

# KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA.

## W sprawie operacyjnego leczenia łuszczyki jaglicowej.

Podał

L. Endelman.

Powikłania rogówkowe w przebiegu jaglicy są właściwie dopiero tą sprawą, która nadaje omawianemu cierpieniu piętno złośliwości, albowiem doskonale nam wiadomo, że sprawa chorobowa w spojówkach nawet przy niewystarczającym leczeniu lub zgoła zupełnie nieleczona samoistnie, a mówiąc pospolicie, automatycznie po dłuższym lub krótszym trwaniu dobiega swego kresu — zbliznowacenia. Cały nasz arsenał leczniczy, jaki w walce z tym cierpieniem wytaczamy, ma wyłącznie na celu przyspieszenie tego końcowego okresu.

Rzecz się ma zupełnie odmiennie ze sprawami chorobowymi w rogówce, jakie spotykamy w jaglicy. Nie będę tu poruszał ani istoty, ani pochodzenia tych spraw. Czy będziemy hołdowali poglądom, uznającym jedynie urazowe — skutkiem tarcia — powstawanie spraw w rogówce, czy też staniemy po stronie tych, co widzą w powikłaniach rogówkowych sprawę swoistą, różniącą się od sprawy w spojówce tylko o tyle, o ile odmiennie jest podłoże anatomiczne, zawsze musimy się zgodzić, że wcale nierzadko sprawy, przebiegające w obu tych błonach, są od siebie w dość znacznej mierze niezależne. Z jednej strony każdy z nas zna przypadki ze znacznymi prze-

rostami brodawek, wielką obfitością zlewających się jagiel (trachoma mixtum dawniejszych autorów), ciągnące się miesiącami, a nawet lata, które mimo to nie dają prawie żadnych powikłań rogówkowych. Z drugiej zaś—przypadki jaglicy z bardzo nieznacznymi zmianami w spojówkach, którym już w początkowych okresach towarzyszą uporczywe, często z nawrotami powikłania w rogówce, czy to w charakterze łuszczki, czy też w postaci nacieków, owrzodzeń, łuszczenia nabłonka i t. p. Jest wreszcie i trzecia postać — zupełnego już zabliznienia, więc wyleczenia doszczętnego spojówki, podczas gdy sprawa rogówkowa trwa w najlepsze. Oczywiście, nie zaliczam do tej kategorii przypadków, zakończonych podwinięciem rzęs lub powieki całej, co mogłoby tłumaczyć nieustawanie sprawy zapalnej w rogówce.

O tej względnej niezależności spraw chorobowych w spojówce i rogówce pamiętać zawsze musimy przy leczeniu jaglicy. Jeśli ze sprawą spojówkową zazwyczaj uda się nam uporać za pomocą całego szeregu nader licznych i powszechnie znanych sposobów, które dają szerokie pole dla czysto osobniczych upodobań, znacznie trudniejsze zadanie mamy przy zwalczaniu powikłań, czy też sprawy swoistej w rogówce. Zazwyczaj potrafimy zwalczyć jedną lub drugą wznowę nacieku lub owrzodzenia na rogówce, lecz względnie rzadko uda się nam przy pomocy zwykłych, farmakologicznych środków zapobiec dalszym nawrotom rogówkowym i zapewnić choremu jeżeli nie zupełne wyleczenie, to choćby dłuższy okres czasu, w którym wolny będzie od ciężkich objawów, towarzyszących wszelkim powikłaniom rogówkowym i niewytracony w większym lub mniejszym stopniu z obranego zawodu życiowego.

Zdajemy sobie doskonale sprawę z tego, że, chcąc wzmocnić siły odporne tkanki rogówkowej w walce z czynnikami chorobotwórczymi, musimy stworzyć dla niej jaknajlepsze warunki odżywiania. Baczniejsze spostrzeżenie przypadków jaglicy, powikłanych schorzeniem rogówki, prawie zawsze pouczy nas, że w przypadkach tych w mniejszym lub znaczniejszym stopniu dotknięta jest przewlekłą sprawą zapalną spojówka gałkowa, najbardziej zaś jej odcinek górny, gdzie znajdziemy nie tylko wydadne przekrwienie, rozpułchnienie tkanek, lecz

nierzadko i drobne szarawe guzki, które są niczem innym, jak tylko słabo rozwiniętymi z powodów anatomicznych jagłami.

Zauważyć się to zwłaszcza daje na samym rąbku rogówkowym; naczynia rąbka wraz z układem krwionośnym pod nim leżącej tkanki natwardówkowej stanowią jedyne i wyłączne źródło odżywcze dla rogówki. Nie będziemy, zdaniem naszym, zbyt dalecy od prawdy, jeśli w schorzeniu spojówki nagałkowej, zwłaszcza jej odcinka przyrąbkowego, upatrywać będziemy punkt wyjścia dla powikłań rogówkowych w jaglicy.

Stąd narzuca się już sam przez się wniosek leczniczy: usunięcie doszczętne ogniska chorobowego, które zakłóca i niszczy prawidłowe warunki odżywiania rogówki. Na tych mniej więcej przesłankach były oparte oddawna już w okulistyce stosowane zabiegi operacyjne w łuszczce jaglicowej, t. zw. *peritomia* i *periectomia*.

O znaczny krok dalej poszedł profesor uniwersytetu Columbia w Nowym Yorku Denig, który w r. 1911 zalecił na miejsce po wyciętym płátku schorzałej spojówki galkowej wszczepić płat błony śluzowej, wziętej z jamy ustnej. Kierował się on następującym rozważaniem, któremu niemożna odmówić słuszności.\* Przy wszczepianiu płátku ze zdrowej błony śluzowej rogówka otrzymuje soki odżywcze znacznie wyższe pod względem jakościowym i ilościowym, niżli miało to miejsce przy dotkniętej głębokimi zmianami spojówce galkowej; działa tu również trwające przez czas pewien przekrwienie, wywołane na skutek spraw, towarzyszących wrastaniu przeszczepionego płatika, które dają się porównać ze stosowaniem zastoiny, tak gorąco zalecanej od czasu Bier'a. Od siebie dodamy jeszcze jeden czynnik, który również może grać rolę niepoślednią: wszczepiony płat stanowi istotną zaporę przeciwko rozpostrzenianiu się swoistej sprawy jaglicowej ze spojówki na rogówkę.

W ostatniej swej publikacji z r. 1914 Denig podaje że dokonał 42 wszczepień błony śluzowej na 29 oczach, dotkniętych jaglicą; znaczy to, że w 13-u przypadkach był zmuszony dla tych lub innych powodów zabieg ten powtórzyć (najczęściej z powodu niedostatecznego wyniku operacyjnego). We wszystkich prawie przypadkach już w bardzo krótkim cza-



się po operacji łuszcza uległa znakomitej poprawie, rogówka znacznie się rozjaśniała, objawy zapalne znikaly, siła wzroku wydatnie się wzmacniała, a chorzy podmiotowo doznawali znacznej ulgi.

Sam zabieg nie przedstawia żadnych trudności technicznych i polega na następującym postępowaniu. Oddzielamy nożyczkami spojówkę gałkową tuż u rąbka na takiej przestrzeni, jakiej wymagać będzie rozległość sprawy łuszczkowej, nacieków lub owrzodzeń. Denig w wielu przypadkach oddziela spojówkę okrężnie na całej rozciągłości rąbka. Oddzieloną spojówkę preparujemy wraz z tkanką podspojówkową, podminowując się pod nią i obnażamy twardówkę na przestrzeni 4—6 a nawet 8 mm. w stronę załamka, poczym wycinamy sierpowaty płat spojówki tej samej szerokości. Dokładnie oczyszczamy obnażoną powierzchnię twardówki, rąbka a nawet rogówki za pomocą nożyczek lub łyżeczki ostrej, z wszystkiego, co na nich powstać mogło. Denig nawet niekiedy przyżega oględnie małym żegadłem całą powierzchnię łuszczyki. Tu następuje wycięcie odpowiedniego płata, lekko wygiętego, z błony śluzowej dolnej wargi, przyczym należy go bardzo dokładnie oczyścić z tkanki tłuszczowej i łącznej. Zabieg kończymy, przenosząc płat na obnażone ze spojówki miejsce tak, aby nie wykraczał poza rąbek rogówki (w razie potrzeby zmniejszamy go nożyczkami) i umocowujemy go bardzo dokładnie za pomocą 4—6 szwów do wolnego brzegu spojówki gałkowej, pozostawiając brzeg od strony rogówki zupełnie wolny.

Po operacji Denig radzi nałożyć opaskę na oba oczy i trzymać ją przez 5 dni, opatrując jednak chorego codziennie, gdyż dzięki temu płatek przyrasta pewniej i ściśle pokrywa twardówkę aż do rąbka.

Operacji Denig'a w ciągu ostatnich paru miesięcy wykonaliśmy na naszym oddziale siedem u 6-ciu chorych (u jednego na obu oczach). Z braku miejsca nie podaję szczegółowych historii chorób, ograniczając się do przedstawienia ryczałtowych wyników.

We wszystkich porzypadkach chorzy znieśli zabieg doskonale po znieczuleniu spojówki gałkowej przez zastrzyk  $\frac{1}{2}$ —1 sz. ctm. — 2% *nowokainy z adrenaliną*. Po operacji

zasypujemy oko proszkiem *kseroformowym* i nakładamy opatrunek z maści *kseroformowej*; opatrunek przez 3 — 5 dni nakładamy na oba oczy. Również i po zabiegu choroby nie doznają prawie żadnego bólu. Zwykle już trzeciego dnia po operacji przeszczepiony płatek jest dobrze unaczyniony i wszędzie przylega do rąbka. W żadnym przypadku nie mieliśmy choćby częściowego obumarcia płątka, co zawdzięczyć należy dokładnemu nakładaniu szwów, nie licząc się w razie potrzeby z ich ilością. Szwów przeważnie nie usuwamy przecinaniem, gdyż zazwyczaj wypadają same lub też najwyżej wyciągamy je po ich zluźnieniu szczypczykami 6 — 8 dnia. Po tygodniu zwykle oko jest już tylko nieznacznie podrażnione i chory łatwo może je trzymać otwarte. Rogówka w ciągu pierwszych paru dni nosi cechy niewielkiego nasilenia sprawy zapalnej, lecz nader szybko następuje okres gojenia wszystkich nacieków, owrzodzeń i stopniowego zaniku w niej naczyń, co już w ciągu 2 — 3 tygodni deprowadza do uzyskania w znacznym niekiedy stopniu jej przejrzystości, a tym samym znacznej poprawy wzroku. O ile stan spojówek u chorych był względnie niezły, operacja ta znacznie skraca czas pobytu chorego w szpitalu; przy leczeniu zwykłym łuszczki choroby tacy pozostają na oddziałach przez szereg długich miesięcy. Tu zauważyć musimy, że tylko w jednym przypadku nie byliśmy całkowicie zadowoleni z wyniku operacyjnego. Dotyczyło to chorego, któremu operacji dokonaliśmy w okresie niezadawalającego stanu spojówek powiększonych i załamków, jeszcze w 2-im okresie jaglicy, z obfitą wydzieliną, znacznymi przerostami brodawkowemi i rozszaniem jagłami.

Co się tyczy dalszego przebiegu u operowanych chorych, to dla przykładu podajemy los jednego z nich, u którego ubiegło już 9 miesięcy po zabiegu: od czasu operacji nie miał on ani jednego, choćby najłżejszego, nawrotu cierpienia rogówkowego i wrócił do swego zwykłego zajęcia, podczas gdy w ciągu prawie 3-ech lat, poprzedzających operację, prawie bez przerwy, musiał pozostawać pod opieką lekarską i prawie nie mógł się oddawać pracy zawodowej.

Nasze doświadczenie, zdobyte wprawdzie na bardzo nie-licznym materiale, upoważnia nas już obecnie do zaliczenia operacji Denig'a we wszystkich przypadkach uporczywych

i często wznawiających się powikłań rogówkowych w przebiegu III-go lub zbliżonych do niego okresów jaglicy, do zabiegów koniecznych. Sądzę, że mogę się przysłużyć dobrej sprawie, wyciągając z zapomnienia operację Denig'a, która u nas, przy tak jeszcze szeroko niestety rozpowszechnionej jaglicy, powinna znaleźć pełne prawo obywatelstwa.

Na zakończenie nadmienić jeszcze pragnę, że aby oprzeć operację Denig'a na podstawie anatomo-patologicznej, rozpoczął kol. Zamenhof w pracowni oddziałowej badania wyciętych przy operacji skrawków schorzałej spojówki gałkowej. Praca ta jest w biegu; po jej ukończeniu kol. Zamenhof podzieli się z nami jej wynikami.

---

Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH DR. E. FLATAUA.

## **O wpływie roentgenoterapii na objawy oczne w przypadkach nowotworów mózgowia.**

Podał

J. H. Skotnicki.

---

Leczenie guzów mózgowia za pomocą promieni Roentgena bywa ostatnio stosowane coraz częściej.

Pierwszym celem roentgenoterapii w tych wypadkach jest zmniejszenie lub usunięcie możliwości rozrostu guza, a co za tym idzie—utrzymanie chorego osobnika przy życiu z możliwą restytucją upośledzonych funkcji. Wysuwa się tu na plan pierwszy niebezpieczeństwo częściowej lub zupełnej utraty wzroku, zagrażające zazwyczaj w przebiegu nowotworów mózgu.

Dlatego też niezmiernie ważną rzeczą jest ocenić należyte wyniki tej metody leczniczej, stosowanej w nowotworach mózgowia, pod kątem zachowania się objawów ocznych.

Prowadząc te badania na oddziale E. Flatau, miałem możliwość obserwować w ciągu ostatnich 18-tu miesięcy 30 chorych z nowotworami mózgowia, leczonych promieniami Roentg. Przypadki te były śledzone systematycznie za pomocą badań w pewnych odstępach czasu.



Wobec trudności w wielu przypadkach przy ustalaniu refrakcji, ze względu na ciężki stan wielu chorych, badałem dla ujednostajnienia wszystkich spostrzeżeń siłę wzroku bez korekcji.

Wydało mi się celowym rozbić omawiane przypadki na poszczególne grupy, w zależności od umiejscowienia guza, ze względu na różnice w objawach ocznych i różny odsetek poprawy przy stosowaniu roentgenoterapii.

I grupa obejmuje 10 przypadków guzów przysadki.

Przypadek I. Mil. Ch., dotyczy kobiety 36-letniej (26.6.23 r.).

Przed 6 laty zaczęła gorzej widzieć prawym okiem. Wzrok stopniowo się pogarszał. Od 2 lat nic nie widzi prawym okiem. Na wiosnę 1923 zaczął słabnąć wzrok w oku lewym. Od początku czerwca 1923 napady dokuczliwych bólów głowy w okolicy czołowej i ciemieniowej. Wymioty. Od 15 lat nie miesiączkuje.

St. ob. (czerwiec 1923): wzrost niski, budowa drobna, tkanka tłuszczowa dobrze rozwinięta. Uwłosienie pod pachami skąpe; na spojeniu łonowym dość obfite. B. silne bóle głowy i wymioty. Tętno 72. Badanie oftalmologiczne: prawa tarcza błada, granice ostre, naczynia wąskie (zanik prosty). VOD = 0. Lewa tarcza bez zmian. VOS =  $\frac{1}{7}$ . Pole widzenia zwężone w części nosowej, skroniowej części brak (Hemianopsia temporalis) (patrz fig. 1).

Roentgenogram czaszki: znaczne zniszczenie siódła tureckiego, zarysów siodełka zupełnie nie widać.

Od końca czerwca 1923 — naświetlanie promieniami Roentgena serjami. Bóle głowy słabsze i krótsze. Wymioty ustąpiły. Obiektywnie st. idem. VOD  $\frac{1}{12}$ . We wrześniu pogorszenie ogólnego stanu: apatja, senność. Po drugiej serji poprawa. W dalszym przebiegu kilkakrotne pogorszenia, ustępujące po naświetlaniach. VOS ciągle się poprawia. W maju 1924 stan ogólny b. dobry. Bóle głowy nieznaczne, nie wymiotuje.

Badanie oftalmologiczne: prawostronnie st. idem. (Atrophia simplex, Amaurosis). Lewostronnie tarcza bez zmian, VOS  $\frac{5}{7}$ . Pole widzenia: niewielkie zwężenie koncentryczne (patrz fig. 2).

Przypadek II. Wajnc. Est. (16.7.23r.), dotyczy młodej 17-letniej dziewczyny.

Od 5 miesięcy uporczywe bóle głowy. St. ob.: wzrost średni, tkanka tłuszczowa dobrze rozwinięta. Uwłosienie na spojeniu łonowym i pod pachami skąpe. Menses +, regularne. Facialis górny pr < 1.

Badanie oftalmologiczne: Ruchy gałek prawidłowe. Oddziaływanie źrenic prawidłowe. Dno obustronnie bez zmian. V. oc. utr.  $\frac{5}{10}$ .

Roentgenogram: Wymiary siódła powiększone.

5.8. Bóle głowy uporczywe. Obiektywnie st. idem.

Badanie oft.: dno — obustronnie wybitne tarcze zastoinowe,  $pr \geq 1$ . Vis. oc. utr. — jak poprzednio.

Pole widzenia: bez wybitnych zmian, niewielkie zwężenie koncentryczne. 1-sza serja naświetlań w sierpniu.

7.12. Przez cały czas czuła się dobrze. Bóle głowy rzadsze i słabsze. Nie wymiotuje. Źrenice szerokie,  $l > pr$ , na światło prawa reaguje minimalnie, lewa—0. Dno—obustronnie zanikowe tarcze pozastoinowe. V. oc. utr.—światło.

15.12.--22.12. 2-ga serja naświetlań.

29.12. Wypisana. Stan ogólny dobry. Bóle głowy minimalne. Wzrok bez poprawy.

Przypadek III. Zylb. P. (21.7.23 r.), dotyczy 35-letniej kobiety.

Od 3—4 miesiące dokuczliwe bóle głowy. Od miesiąca bóle daleko silniejsze, trwające po całych dniach i zjawiające się również w nocy. Nie wymiotuje. Od stycznia widzi czasami, jak przez mgłę. Od początku lipca szybko postępujące osłabienie wzroku. Pragnienie wzmożone.

St. ob.: Wzrost średni, budowa i odżywienie dobre. Stan ogólny obiektywnie bez zmian. Badanie oft.: ruchy gałek prawidłowe, źrenice równe, dość szerokie. Oddziaływanie na światło lewej minimalne, prawej nieco lepsze. Dno obustronnie bez zmian. VOD. odróżnia przedmioty z 0,5 m., VOS—światło.

Pole widzenia w oku prawym: hemianopsia temporalis. Roentgenogram: destructio sellae turcicae.

1-sza serja naświetlań w końcu lipca (od 27 lipca).

28.7. bardzo silne bóle głowy, wymioty, VOD gorszy, palce z 20 cm., VOS—światło.

31.7. Nagła poprawa. Bóle głowy ustąpiły zupełnie. Czuje się dobrze. Dno obustr. bez zmian. VOD  $1/2$ , VOS  $1/3$ . Pole widzenia: obustr. zwężenie skroniowe.

Ponownie przybyła we wrześniu. Silnych bólów głowy nie było. Nie wymiotowała. Wzrok stopniowo się pogarszał. Status (wrzesień 1923): ogólnie obiektywnie st. idem. Badanie oft.: źrenice szerokie; oddziaływanie na światło: prawa minimalnie, lewa 0. Dno obustronnie bez zmian. VOD—palce z odl. 1 m., VOS — ruchy ręki z odl. 10 cm. Pole widzenia w oku pr.: hemianopsia temporalis. Roentgenogram, jak poprzednio.

17.9.—24.9. 2-ga serja naświetlań.

27.9. Czuje się dobrze. Bóle głowy słabe. VOD światło, VOS-0.

Przypadek IV. Brom M. (18.9.23 r.), dotyczy chłopca 14-letniego.

Od 6—7 miesięcy uporczywe bóle głowy, napady drgawek, wymioty. Od 2-ch tygodni stan ciężki, zanieczyszcza się. Apatyczny, na osłabienie wzroku nie narzekał. Od 3 — 4 tygodni chodzi, jak pijany.

St. ob.: wzrost niski, budowa drobna, tkanka tłuszczowa dobrze rozwinięta. Hypogenitalismus wybitnie zaznaczony. Penis, jak



u 4-letniego dziecka, jądra również. Brak uwłosienia pod pachami i na spojeniu łonowym. Czaszka powiększona (wodogłowie). Stan ciężki. Indolencja. Zanieczyszcza się. Na nic nie reaguje. Nie chodzi i nie siedzi. Postawiony lub posadzony, natychmiast pada.

Badanie oft.: szpary oczne szerokie. Gałki często ustawiają się rozbieżnie, naprzemian abdukcja prawej lub lewej. Źrenica l. > pr. Na światło nie reagują. Dno—obustronnie wybitne objawy zastoinowe, wysięki i krwotoki. Siły wzroku nie udaje się określić. Zachowuje się, jak ślepy.

Roentgenogram: zniszczenie tylnej części siodła tureckiego, końca piramidy (lew.) i części clivus Blumenbachii.

1-sza serja naświetlań (22.11.—26.11.). Stan ogólny i wzrok poprawiają się.

2-ga serja naświetlań (22.1.—22.1.24 r.). 25.1.24. Stan ogólny o wiele lepszy. Przytomny. Pamięć dobra. Nastrój pogodny. Bólów głowy brak. Nie wymiotuje. Chodzi bez obcej pomocy.

Badanie oft.: źrenice na światło nie reagują. Dno—obustronnie wybitna zastoina, tarcze wyniesione, naczynia szerokie, elementy zanikowe. VOD—palce z 3,5 m., VOS—ruchy ręki z 20 cm. Pole widzenia w oku prawym: zwężenie koncentryczne, barw zielonej i czerwonej nie rozpoznaje (patrz fig. 3).

12.3.24. Czuje się dobrze. Bólów głowy niema. Nie wymiotuje. Wzrok poprawia się z każdym dniem. Modli się z pamięci.

Badanie oft.: ruchy gałek prawidłowe. Źrenice pr. > l. Oddziaływanie na światło prawej minimalne, lewej 0. Dno—obustr. zanikowe tarcze pozastoinowe, l. > pr., naczynia wąskie. VOD  $\frac{5}{10}$ , VOS—liczy palce z 1 m. Pole widzenia prawostr.: zwężenie koncentryczne, lewostr.: zwężenie z załamaniem się w dolnym kwadrancie nosowym. Barwy rozpoznaje prawym i lewym okiem.

3-cia serja naświetlań (15.3.—19.3.). 13.5. Czuje się b. dobrze. Pogodny, śpiewa. Psychika normalna. Chodzi, biega. Badanie oft.: źrenice szerokie, na światło nie reagują. Dno—obustronnie zanikl pozastoinowe, l. > pr.; VOD  $\frac{5}{10}$ , VOS—palce z 1 m. Pole widzenia: prawostr. prawie normalne, lewostr. niewielkie zwężenie (patrz fig. 4).

4-ta serja naświetlań (3.6.—7.6.). 3.8. Czuł się b. dobrze. Badanie oft.: dno—obustr. tarcze zanikowe, granice prawie ostre. Pole widzenia, Visus, jak poprzednio (fig.) 4. Dalsze naświetlania.

Przypadek V. Żel. J. (7.12.23 r.), dotyczy mężczyzny 48-letniego, rzemieślnika.

Od 6 tygodni osłabienie wzroku. 3 tygodnie temu już nie mógł przeczytać gazety. Wzrok ciągle się pogarsza. Bólów głowy nie miał. Od 2—3 lat wymiotuje 1—2 razy tygodniowo. St. ob: wzrost średni, budowa, odżywienie prawidłowe. Ogólnie obiektywnie bez zmian. Badanie oft.: ruchy gałek prawidłowe, źrenice równe, oddziaływanie powolne. Dno obustronnie bez zmian. VOD  $< \frac{1}{10}$ , VOS—palce z 2 m.

Pole widzenia: obustronnie zwężenie koncentryczne dla barw: białej, niebieskiej i czerwonej. Hemianopsia bitemporalis dla barwy zielonej. Dischromatopsia bitemporalis dla wszystkich barw. Obustronnie niewielkie scotomata centralia, względne dla barwy białej, bezwzględne dla pozostałych (patrz fig. 5).

Roentgenogram: Wyraźne powiększenie i pogłębienie siodła tureckiego.

1-sza serja naświetlań w grudniu 1923, 2-ga serja w końcu stycznia 1924. Po pierwszych naświetlaniach silne bóle głowy, wymioty. Potem stan dobry. Visus się poprawia.

1.2.24. VOD  $\frac{1}{4}$ , VOS—palce z 4—4,5 m. Następne serje w odstępach dwumiesięcznych. Ostatnio lekarz, mający chorego w ciągłej obserwacji, doniósł, że chory czuje się zupełnie dobrze, widzi dobrze (tak, jak przed chorobą, według słów pacjenta), czyta, pracuje.

Przypadek VI, Lan. F. (12.12.23), dotyczy kobiety 40-letniej.

Od 2 miesięcy osłabienie wzroku. Czyta z trudnością. Luki w polu widzenia. Widzi części obrazów, w twarzy osoby widzianej brakuje nosa, oka i t. d. Bólów głowy wyraźnych nie miała, nie wymiotuje. Sypia naogół źle.

St. ob.: Wzrost średni, budowa dobra, dość otyła. Wargi dość duże i grube. Czaszka bolesna przy opukiwaniu, szczególnie po stronie lewej czołowej. Gałki przy ucisku i ruchach bolesne.

Badanie oft.: źrenice równe, oddziaływanie prawidłowe. Dno obustronnie bez zmian. Vis. oc. utr.  $\frac{5}{6}$ . Pole widzenia: obustronnie nieznaczne zwężenie koncentryczne; Dischromatopsia bitemporalis. Hemiscotomata centralia bitemporalia, względne dla białej barwy, bezwzględne dla pozostałych. Roentgenogram: destructio sellae turcicae gradus maioris.

Do dnia dzisiejszego chora otrzymała 5 serji naświetlań. Czuje się dobrze. Dno przez cały czas obustr. bez zmian. Visus obustronnie przez cały czas  $\frac{5}{6}$ . Pole widzenia natomiast wyraźnie zmierza ku hemianopsia bitemporalis absoluta. Na załączonych szematach (fig. 6 — 10) widać wszystkie stadja tej przemiany, ze stopniowym wycofywaniem się barw ze skroniowych pól widzenia.

Półmroczki już w marcu stały się absolutnymi również dla białej barwy.

Przypadek VII. Rutm. A. (8. 1. 24), dotyczy mężczyzny 37-letniego.

Od 2 lat osłabienie wzroku w oku lewym, ciągle postępujące. Bóle głowy. St. ob.: wzrost, budowa, odżywienie prawidłowe. Ogólnie bez zmian obiektywnych. Badanie oft.: źrenice l.  $>$  pr. Oddziaływanie na św. prawej normalne, lewej słabe. Dno — prawostr. bez zmian, lewost. zanik prosty n. wzr. VOD  $\frac{3}{5}$ , VOS palce z 3,5 m. Pole widzenia w oku prawym normalne w oku lewym pozostał tylko górny nosowy kwadrant. Lewym okiem barw nie rozpoznaje. Rengtenogram: Dilatatio sellae turc. gravis. Naświetlany serjami od października 1923 r. Przez cały czas czuje się zupełnie dobrze.

Pracuje. 18. 3. Badanie oft: prawostronnie idem, lewostronnie zanik prosty n. wzr., VOS lepszy, palce z 4 — 5 m., poznaje ludzi lewym okiem.

Przypadek VIII Ren. M. (20. 2. 24), dotyczy kobiety 50-letniej. Od trzech miesięcy ból głowy w okolicy czołowej, przeważnie napadowy. Od roku gorzej widzi.

St. ob. Wzrost niski, budowa i odżywienie dobre. Ogólnie obiektywnie bez zmian. Badanie oft.: Ruchy gałek prawidłowe. Źrenice równe, oddziaływanie prawidłowe. Dno — praw. atrophia simplex n. opt. lew. tarcza nieco odbarwiona; V. oc. utr.  $\frac{5}{10}$ . Pole widzenia w oku prawym: zwężenie koncentryczne i załamanie się barw w dolnym kwadrancie skroniowym; lewostr. nieznaczne zwężenie koncentryczne (patrz fig. 11). Rentgenogram: pogłębienie siodła turekiego.

1 serja naświetlań 4. 3. — 8. 3. 2-ga serja 6. 5. — 11. 5. Czuje się dobrze. Badanie oft. (30. 5.) Dno — praw.: atrophia simplex n. opt., lew. tarcza dość biała. VOD  $\frac{5}{15}$  VOS  $\frac{5}{10}$ . Pole widzenia o wyraźnym charakterze hemianopsia bitemporalis, szczególnie dla barw (fig. 12).

Przypadek IX Ziel. L. (28. 5. 24), dotyczy panny 16-letniej. Od roku osłabienie wzroku, stale postępujące. Bóle głowy nieznaczne.

St. ob.: wzrost dość niski., budowa prawidłowa, tkanka tłuszczowa dobrze rozwinięta, uwłosienie pod pachami i na spojeniu łonowym skąpe. Menses b. skąpe. Pozatym ogólnie obiektywnie bez zmian. Badanie oft.: Ruchy gałek prawidłowe, źrenice równe, oddziaływanie dobre. Dno obustronnie bez zmian. VOD  $\frac{1}{25}$  VOS — palce z 20 cm. Pole widzenia w oku prawym, ogromne zwężenie koncentryczne (do  $10^0$ ), zwężenie skroniowe dla barw, gorsze widzenie skroniowe. (fig. 13).

Rentgenogram. Siodło tureckie powiększone i pogłębione.

1 serja naświetlań w początku czerwca 1924.

17. 7. Czuje się dobrze. Badanie oft.: Dno obustronnie bez zmian. VOD  $\frac{1}{10}$ , VOS  $\frac{1}{20}$ . Pole widzenia: obustronnie znaczne zwężenie koncentryczne (do  $10^0$ ), zwężenie skroniowe dla barw (fig. 14).

W lipcu 2-ga serja.

Przyp. X Eng. I., (8. 5. 24), dotyczy mężczyzny 37-letniego. Od roku osłabienia wzroku, szczególnie w oku prawym. Bólów głowy nie miał. Nie wymiotował.

St. ob.: Wzrost średni; budowa, odżywienie dobre. Obiektywnie zmian brak.

Badanie oft.: źrenice równe, oddziaływanie powolne. Dno — obustronnie atrophia simplex n. opt. VOD — palce z 20 cm., VOS —  $\frac{1}{10}$ . Pole widzenia w oku lewym: zwężenie, szczególnie w górnej części nosowej.

Rentgenogram: Zniszczenie tylnych wyrostków klinowych.

1 serja naświetlań w maju.

22. 7. Badanie oft.: Dno — obustronnie atrophia simplex nn.



opt. VOD — palce z 1,5 m., VOS  $\frac{1}{8}$ ; Pole widzenia oka prawego o tym samym charakterze, nieco szersze.

2-ga serja w końcu lipca.

Przypadek I jest wysoce wymowny. Chora przybyła w stanie ciężkim. Badanie oczne wykazywało typowe niedowidzenie połowicze skroniowe widzącego oka lewego (fig. 1), przy sile wzroku =  $\frac{1}{7}$ , która po 4 tygodniach spadła do  $\frac{1}{12}$ . W przebiegu wielokrotne pogorszenia, ustępujące po każdej serji naświetlań: obecnie chora już od kilku miesięcy czuje się zupełnie dobrze, tarcza lewego nerwu wzrokowego pozostała normalną, pole widzenia (fig. 2) wykazuje zaledwie nieznaczne zwężenie koncentryczne, a visus podniósł się do  $\frac{5}{7}$ .

Przypadek III usunął się, niestety, z pod obserwacji po drugiej serji naświetlań, przyczym ostatnie badania oczu wykazały wówczas ślepotę prawie zupełną, przy niezmiennym obrazie dna.

W przebiegu tego przypadku wystąpił epizod godny zastanowienia.

U chorej stwierdzono na początku wybitne osłabienie wzroku (VOD — palce z 0,5 m, VOS — światło). Siła wzroku padała z dnia na dzień i już po 6 dniach chora odróżniała ruchy ręki zaledwie z 20 cm. Otóż, po pierwszej serji naświetlań wzrok poprawił się nagle, w ciągu conajwyżej 20 godzin.

Badałem chorą 30. 7. około godz. 1 $\frac{1}{2}$  pp. i zastałem ją w rozpacz, z powodu zupełnej ślepoty po stronie lewej i prawie zupełnej po stronie prawej, a gdy następnego dnia o godz. 10-ej rano przybyłem na oddział, znalazłem chorą w ekstazie radości z powodu nagłego odzyskania wzroku; stała przy oknie i uszczęśliwiona głośno wykrzykiwała nazwy przedmiotów widzianych, „liście, ptaszki“, odczytywała na ściennym zegarze godzinę z odległości kilkunastu metrów i t. d. Obiektywnie VOD  $\frac{1}{2}$ , VOS  $\frac{1}{8}$ : Niestety, stan ten nie utrzymał się długo, wzrok zaczął się wkrótce pogarszać, a po dwóch miesiącach VOD = światło, VOS = 0. II serja nie wywarła już żadnego wyraźnego wpływu. Uprzedzona, że ma się zjawić po 6 tygodniach celem dalszych uświetlań, chora nie przybyła.

Przypadek IV dał znakomitą poprawę, która, jak dotąd, daje wrażenie trwałości. Chory przybył w stanie b. ciężkim, ze ślepotą prawie zupełną (ruchy ręki tuż przed oczyma). Już

po pierwszej serii naświetlań stwierdzono poprawę, która w miarę dalszej terapii ciągle postępowała (fig. 3, 4), aczkolwiek oftalmoskopowo pozostały wyraźne zaniki pozastoinowe.

Przypadek V, jak dotychczas, daje obraz zupełnego wyleczenia. Chory, który przybył ze wzrokiem osłabionym ( $VOD < \frac{1}{10}$ , VOS — palce z 2 m.), czuje się ogólnie b. dobrze i widzi, według jego słów, tak dobrze, jak przed chorobą. Przypadek ten jest b. ciekawy ze względu na zmiany w polu widzenia, rzadko napotykanie w sprawach przysadkowych i wogóle w przebiegu nowotworów na podstawie czaszki. Przewszystkiem, objawy skroniowego niedowidzenia połowiczego zaznaczyły się z początku tylko jako gorsze skroniowe widzenia wszystkich barw (Dischromatopsia bitemporalis), zaś po pewnym czasie wystąpiło zupełne niedowidzenie skroniowe dla barwy zielonej.

Objaw ten, najprawdopodobniej poprzedzający zupełne niedowidzenie połowicze, będzie omówiony szerzej przy rozpatrzeniu przypadku VI-go, w którym wystąpił jeszcze wybitniej.

W danym przypadku zastanawiały prócz tego niewielkie, co do rozmiarów, lecz intensywne, co do nasilenia, mroczki środkowe, na karb których należy prawdopodobnie położyć tak znaczne upośledzenie wzroku (fig. 5). Mroczki te, w miarę stosowania terapii promieniowej, ustępowały powoli, tracąc na swej intensywności i wreszcie zupełnie znikły.

Kubik opisuje przypadek nowotworu na podstawie czaszki, zakończony sekcją, w którego przebiegu występował mroczek środkowy. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1923 r., LXXI Bd.). Badacz ten podkreśla niezmierną rzadkość tego objawu, który trudno sobie wytłumaczyć.

Jeżeli przyjąć, że pęczek plamkowy, jako najbardziej zróżnicowany i czuły, winien ulegać w każdej sprawie uciskowej zmianom, to należałoby raczej oczekiwać obecności mroczka środkowego w nowotworach mózgu.

Wydaje się prawdopodobniejszym tłumaczenie, że właśnie w tych rzadkich przypadkach pęczki plamkowe przebiegają w okolicy skrzyżowania szczególnie blisko obwodu nerwów wzrokowych i dlatego ulec mogą prawie bezpośrednio wpływowi ucisku.

Przypadek VI dotyczył chorej, która przybyła ze skargami na przerwy w polu widzenia. Obecnie, po 5 serjach naswietlan, chora czuje się dobrze, bóle głowy, wyraźnie zaznaczone w wywiadach, ustąpiły prawie zupełnie. Dno oczu pozostało obustronnie bez zmian, Vis. oc. utr. utrzymał się na wysokości  $\frac{5}{6}$ , pole widzenia zmierza natomiast wyraźnie ku typowej *hemianopsia bitemporalis absoluta*.

Zmiany w polu widzenia, z którymi chora przybyła, były, że się tak wyrażę, zupełnie świeże i w ciągu 9 miesięcy, podczas których chora była wielokrotnie badana, udało się prześledzić stopniowe zwięzanie się skroniowych części pola widzenia. Jak widać z załączonych szematów (fig. 6 i 7), stwierdzono na początku, przy prawie niezmienionych granicach, li tylko gorsze widzenie wszystkich barw w obrębie skroniowych pól widzenia, szczególnie w górnych kwadrantach, oraz zupełne niewidzenie wszystkich barw w obrębie symetrycznie ułożonych, dużych skroniowych półmroczków środkowych, ciągnących się od plamki ślepej do żółtej.

Później rozpoczyna się dość powolne wycofywanie się barw, najprzód zielonej, później czerwonej i niebieskiej ze skroniowych części, przechodząc w *hemianopsiam bitemporalem absolutam ad col. viridim, rubrum et coeruleum*, z zachowaniem widzenia barwy białej, jako brudno-szarej w coraz to mniejszych odcinkach skroniowych (fig. 8, 9). Wreszcie ustalamy po stronie prawej zupełne niedowidzenie skroniowe, a po stronie lewej — zupełne w górnym, względne jeszcze w dolnym kwadrancie skroniowym (fig. 14). Przypadek ten, badany w celach porównawczych na polomierzu Foerster'a, na ekranie Bierum'a oraz na wielkim wklęsłym polomierzu Igersheimer'a, zawsze dawał identyczne wyniki.

Wobec tego, że w czterech (przyp. V, VI, VIII, X) na 10 obserwowanych przypadkach guzów przysadki stwierdziłem z początku gorsze tylko widzenie skroniowe, szczególnie barwne (*Dischromatopsia bitemporalis*) (fig. 5--17) i że to niedowidzenie połowicze dla barw (zielonej, czerwonej, niebieskiej) zawsze poprzedzało niedowidzenie połowicze zupełne, sądzę, że zjawisko to występuje prawdopodobnie zwykle, jako zapowiedź zupełnego niedowidzenia połowiczego i dlatego,



jako wczesny objaw rozpoznawczy, powinno być należycie ocenione.

Przypadek VII daje obecnie obraz stanu trwałego. Ogólny stan chorego jest b. dobry. Bóle głowy i wymioty znikły. Oko lewe uległo nieznaczej poprawie (chory przybył już z zanikiem lewego nerwu wzrokowego), prawe natomiast pozostało zupełnie nietknięte z Vis.  $\frac{5}{6}$ .

Przypadek VIII, wykazujący narazie, przy dobrym stanie ogólnym, pogorszenie zarówno siły wzroku, jak i pola widzenia, ciekawy jest ze względu na zachowanie się widzenia barwnego w skroniowych częściach pola widzenia (fig. 11, 12).

Przypadek IX, obserwowany jeszcze dość krótko i wszystkiego dwukrotnie badany, 8.5. przed pierwszą serją naświetlań i poraz drugi 22.7., — 2 miesiące po jej ukończeniu, wykazał znakomitą poprawę stanu ogólnego i samopoczucia chorego. Badanie oft., dokonane 8.5., stwierdziło obustronny zanik prosty nerwów wzrokowych (VOD—palce z 20 cm., VOS— $\frac{1}{10}$ ), zaś 22.7. przy niezmienionym obrazie oftalmoskopowym stwierdzono VOD—palce z 1,5 m., VOS— $\frac{1}{3}$ ! Dalsza obserwacja rozstrzygnie o ostatecznym wpływie leczenia w tym przypadku.

Przypadek X, również narazie krótko obserwowany, wykazywał w dn. 28.5.: dno obustronnie norma, VOD— $\frac{1}{25}$ ; pole widzenia: znaczne zwężenie koncentryczne i gorsze widzenie skroniowe dla barwy białej, oraz zwężenie skroniowe dla barw zielonej, czerwonej i niebieskiej (fig. 13), VOS—palce z 20 cm.; badanie polomiercze niemożliwe z powodu niedowidzenia; z odległości 10 cm. rozpoznaje barwę żółtą i niebieską, zielonej i czerwonej nie rozpoznaje zupełnie, a po pierwszej serji naświetlań, 17.7., ogólny stan b. dobry. Oft.: dno obustronnie bez zmian, VOD— $\frac{1}{10}$ , pole widzenia, jak poprzednio, VOS— $\frac{1}{20}$ , pole widzenia dla b. białej zwężone, jak w oku prawym, dla innych barw granic nie udaje się określić, gdyż z 30 cm. barw nie rozpoznaje (z 15—20 cm. rozpoznaje wszystkie barwy) (fig. 14). Jak zachowa się otrzymana narazie znaczna poprawa, pokaże dalsza obserwacja.

Przypadek II, nie dając w przebiegu żadnej poprawy wzroku, po kilku miesiącach, przy stanie ogólnym dobrym, wykazywał obustr. zaniki pozastoinowe, V. oc. utr. — światło. Należy w tym miejscu jeszcze raz zaznaczyć, że czas obser-

wacji podanych przypadków nie jest jeszcze dostatecznie długi, aby można było wyciągnąć już teraz ostateczne i pewne wnioski, przyznać jednak należy, że dotychczasowe wyniki zachęcają do stosowania leczenia promieniami Roentgena w nowotworowych sprawach przysadki, gdyż:

1) poprawa ogólnego stanu chorych miała miejsce we wszystkich przypadkach (100%);

2) dotychczas utrzymująca się poprawa wzroku nastąpiła w 6 przypadkach (60%) (przyp. I, IV, V, VII, IX, X);

3) w dwóch przypadkach (VI i VIII) siła wzroku utrzymuje się na dość wysokim poziomie, nie udało się natomiast dotychczas stwierdzić poprawy pola widzenia;

4) przypadek III, zakończony ślepotą, wykazał po naświetlaniu, krótkotrwałą co prawda, lecz znaczną poprawę wzroku;

5) jeden tylko przypadek II zakończył się ślepotą, nie dając w przebiegu żadnej poprawy wzroku.

Wyniki, otrzymane przez Béclere'a, Schaefer-Chotzen'a, Flatau'a, dotyczące guzów przysadki, leczonych promieniami Roentgena, dają podobny stosunek procentowy.

Druga grupa obejmuje 3 przypadki nowotworów mózgu.

Przypadek I, Her. S. (4.12.23), dotyczy mężczyzny 56-letniego.

Od 5 miesięcy bóle głowy. Od 3 miesięcy osłabienie wzroku.

St. ob. Wzrost średni, budowa i odżywienie dobre. Badanie oft.: Ruchy gałek prawidłowe, źrenice szerokie, oddziaływanie na światło 0. Dno—obustronnie tarcze zastoinowe z tendencją zanikową; po prawej stronie krwotoczki. V. oc. utr.—0.

Dysmetrja lewostronna. Percepcje kinestetyczne upośledzone w lewej dłoni i palcach lewej stopy. Przedmiotów lewą ręką nie rozpoznaje. Odruchów brzusznych obustronnie brak. Przy chodzeniu pociąga lewą nogę, zatacza się w lewo. Senny, indolentny. Nie zdaje sobie sprawy ze ślepoty.

I serja naświetlań 12.12.—18.12.23 r.

21.12. Stan ciężki, skubiące ruchy w palcach. Badanie oft., jak poprzednio. W dalszym przebiegu stan ogólny się poprawia, indolencja ustępuje; badanie oft: obustronnie zaniki pozastoinowe, V. oc. utr.—0.

Przypadek II, Rezn. S. (25.3.24), dotyczy mężczyzny 54-letniego.

Od 3 miesięcy gorzej chodzi, chwiejnie. Od 4 tygodni bóle głowy w okolicy czołowej. Rodzina zauważyła upadek inteligencji. St. ob. Wzrost średni, budowa i odżywienie dobre. Okolica czołowa bolesna przy opukiwaniu. Tętno 60. Odruchy brzuszne: prawy słaby,

lewy 0. Chód chwiejny, o szerokiej podstawie. Pod względem psychicznym — apatyczny, zorientowany nieźle. Często ziewa. Objaw dowcipkowania. Badanie oft.: Ruchy gałek prawidłowe, źrenice równe, oddziaływanie prawidłowe. Dno — obustronnie wybitna zastoina, z krwotokami, pr. > 1. VOD  $\frac{5}{30}$ , VOS  $\frac{5}{15}$ , pola widzenia nie udaje się określić ze względu na stan chorego.

I serja naświetlań 11.4.—15.4.24 r. W następstwie silne bóle głowy, stan ogólny gorszy, indolencja. Dno — obustronnie świeże krwotoczki. Stan się pogarsza.

23.5.—3.6. II serja. Zupełna obojętność. Zanieczyszcza się. Dno — obustr. tendencja zanikowa. Stan coraz gorszy i 27.8. mors. Sekcja: Guz (glioma) wielkości mandarynki w prawej półkuli mózgowej w okolicy gyrus centralis ant. i tylnej części gyrus frontalis III.

Przypadek III, Daw. J. (26.4.24), dotyczy mężczyzny 44-letniego.

Od 5 tygodni ból głowy, szczególnie w okolicy czołowej lewej. Od 15 dni gorzej widzi. Osłabienie górnej kończyny prawej. Wymioty kilka razy, ostatnio częściej.

St. ob.: Wzrost niski, budowa i odżywienie dobre. Odruchy brzuszne: pr. 0, lewy słaby. Osłabienie górnej kończyny prawej. Senny, bóle głowy. Badanie oft.: Ruchy gałek prawidłowe, źrenice równe. Na światło pr. oddziałują słabo, lewa — 0. Odruchy rogówkowe i spojówkowe pr. < 1. Dno — obustronnie wybitne objawy zastoinowe, wielkie krwotoki wieńcem otaczają tarcze, tendencje zanikowe. VOD — palce z 2 m., barw nie rozpoznaje, pole widzenia zwężone (fig. 15), VOS — 0.

I serja naświetlań 30.4.—6.5. Stan ogólny się poprawia, bóle głowy słabsze, nie wymiotuje. 20.5. VOD  $\frac{1}{20}$ , pole widzenia szersze, VOS — ruchy ręki z 40 cm. Stan ciągle się poprawia, wzrok również. 3.6. VOD  $\frac{1}{8}$ , VOS — ruchy ręki z 1 m.

II serja od 14.6. do 18.6. Od tego czasu utrzymuje się stan ogólny zupełnie dobry, chory pracuje. Badanie oft.: Dno — obustronnie zanikowe tarcze pozastoinowe, ślady po krwotokach. VOD —  $\frac{1}{4}$ ! pole widzenia prawie normalne (fig. 16), — VOS ruchy ręki z 1 m.

Przypadek I przybył w stanie b. ciężkim. Pod wpływem naświetlań stan ogólny się poprawił; jednak zastoina na dni obustronnie przeszła w zanik nerwów wzrokowych z zupełną ślepotą.

Przypadek II nie wykazuje w przebiegu żadnej poprawy, stan ogólny coraz gorszy, ciągle świeże krwotoki wokoło wielkich tarcz zastoinowych, wreszcie mors. Sekcyjnie — wielki glejak na granicy płatów czołowego i ciemieniowego po stronie lewej.

Przypadek III wskazuje rychłą i znaczną poprawę już po



pierwszych naświetlaniach. Chory przybył w stanie dość ciężkim z silnymi bólami głowy, wymiotował, Obustronnie wybitna zastoina z wielkimi krwotokami, VOD—palce z 2 m., VOS—0. Już po pierwszych naświetlaniach stan ogólny i wzrokowy zaczął się poprawiać z dnia na dzień, szczególnie w oku prawym, gdyż 26.5. VOD— $\frac{1}{20}$ ! pole widzenia daleko szersze (fig. 15, 16), VOS—ruchy z 40 cm., zaś po tygodniu VOD— $\frac{1}{6}$ , poznaje barwy; po następnych dwóch tygodniach VOD— $\frac{1}{4}$ , VOS—ruchy z 2 m. Stan ogólny b. dobry. Bóle głowy i wymioty zupełnie ustąpiły.

Dodatknie wyniki leczenia promieniami Roentgena w przypadkach tej grupy odpowiadają wynikom Flatau a (2 przypadki poprawy na ogólną liczbę 7), ustępują natomiast znacznie statystyce Nordentoft a, który otrzymał poprawę w 4 przypadkach na ogólną liczbę 6 (66%). W kilku przypadkach, ogłoszonych niedawno przez H. Hensena i Schaefera, nie otrzymano żadnej poprawy.

III grupa obejmuje 7 przypadków nowotworów mózdzku i kąta mózdzkowo-mostowego.

Przypadek I, Wol. J. (10. 6. 23), dotyczy mężczyzny 52 letniego.

Od 4 lat szum w głowie, lewostr. osłabienie słuchu. Od pół roku bóle głowy, wymioty. St. ob. Wzrost wysoki, budowa i odżywienie dobre. Smak lewostr.-O. Słuch lewostr.-O. Dysmetrja w lewej ręce. Facialis pr. > l. Odruchy brzuszne pr. > l. Czucie na twarzy lewostronnie osłabione. Chód ostrożny, niepewny. Badanie oft.: Ruchy gałek prawidłowe. Nystagmus w obydwie strony. Odruch rogówkowy lewy - O. Dno obustr. norma. V.oc.utr.  $\frac{5}{8}$ . I serja 9. 7. — 13. 7. 23 r. Po przerwie 6-miesięcznej — bóle głowy, wymioty, chód gorszy, gorzej widzi. Badania oft. Dno — obustronie tarcze zastoinowe, krwotoczki. V.oc.utr.  $\frac{5}{8}$ . Pole widzenia nieznaczne zwężenie koncentryczne. II serja 26. 2. — 1. 3. 24 r. Stan gorszy, visus słabnie. III serja 13. 4. — 17. 4. W końcu kwietnia stan ogólny gorszy, VOD  $\frac{5}{20}$ , VOS  $\frac{5}{10}$ , obustr. zastoina, krwotoki. W maju stan poprawia się, bóle głowy słabsze, VOD  $\frac{5}{15}$ , VOS  $\frac{5}{10}$ . Tendencje do zaniku tarcz. VI serja 3. 6. — 6. 6. 24. Stan ogólny się nieco poprawia, visus również, 20. 7. — 30. 7. V serja: We wrześniu stan lepszy, bóle głowy nieznaczne, wymiotuje rzadziej. Dno — po stronie prawej zanik pozastoinowy, naczynia wąskie; po stronie lewej — zastoina z tendencją zanikową. VOD  $\frac{5}{10}$ , VOS >  $\frac{5}{8}$ .

Przypadek II, Słod. B. (21. 9.) dotyczy panny 21 l.

O 5 miesięcy bóle głowy, i osłabienie słuchu prawostronne.

Od 3 — 4 miesięcy chód niezręczny, pociąga prawą nogę. Wymioty. Zawroty głowy.

St. ob.: Wzrost niski, budowa i odżywienie dobre. Menses norma. Słuch praw. znacznie osłabiony. Osłabienie dolnej gałązki praw. facialis. Osłabienie i dysmetrja prawych kończyn. Diadochokin. w prawej ręce zaznaczona. Romberg dodatni. Chód chwiejny z rozstawionymi nogami. Osłabienie pamięci. Apatja. Indolencja.

Badanie oft.: Nystagmus w lewo. Żrenice równe, oddziaływanie prawidłowe. Dno — obustronnie zastoinowe tarcze z tendencją zanikową. Krwotoków niema. VOD  $\frac{1}{6}$ , VOS  $\frac{1}{10}$ . Pole widzenia koncentrycznie zwężone. Roentgenogram: Górny brzeg grzbietu siodła tureckiego zniekształcony, prawdopodobnie na skutek ucisku od tyłu.

I serja 9. 10. — 12. 10. 23. Bóle głowy, wymioty. VOD  $\frac{1}{20}$ , VOS palec z 15 cm. 31. 10. Żrenice pr. < l. Oddziaływanie pr. dobre, lew. — słabe. Dno — obustr. zanikowe tarcze pozastoinowe. Pole widzenia zwężone. VOD ob.  $\frac{1}{15}$ , VOS — ruchy ręki tuż przed okiem. Ogólny stan gorszy.

Przypadek III, Pelc. A., (9. 10. 23 r.), dotyczy mężczyzny 43 letniego.

Od 2 lat osłabienie nóg, bóle głowy. St. ob. Wzrost średni, budowa prawidłowa. Chód chwiejny, zatacza się w obie strony. Głuchota prawostronnie. Odruch rogówkowy prawy O. Początkowa zastoina lewostronna, Nystagmus.

I serja naświetlań w listopadzie.

II „ „ w lutym 1924.

III „ „ w marcu.

IV „ „ w kwietniu.

Stan gorszy, Visus gorszy. Dno — obustronne zaniki pozastoinowe. VOD ok.  $\frac{5}{10}$ , VOS, palec z 3 m. Pole widzenia zwężone.

Przyp. IV. Klein. S. (15. 23), panna, 18 l.

Od 3 miesięcy bóle głowy, później wymioty. St. ob. B. silne bóle głowy, stale leży. Przytomna. Menses norma. Słuch upośledzony obustr., > pr. Lewa bródka nosowargowa wygładzona. Diadochokineza w lewej dłoni upośledzona. Próba omijania Barany'ego: odchylenie nazewnątrz w lewej ręce. Chód z rozstawionymi nogami. Bad.: oft.: Lewa szpara oczna węższa. Nystagmus w lewo. Żrenice pr. > l. Oddziaływanie dobre. VOD  $\frac{1}{10}$ , VOS  $\frac{1}{4}$ . Dno obustronnie zastoina, krwotoki. Pole widzenia: zwężenie koncentryczne.

I serja naświetlań 18. 10. — 25. 10. Bóle głowy, wymioty. Na dzień świeże krwotoki. Visus gorszy. VOD  $\frac{1}{15}$ , VOS  $\frac{1}{10}$ . II serja 4. 12. — 9. 12. Stan ogólny coraz cięższy. Dno — obustronne zaniki pozastoinowe. Słuch zły. Dysmetrja w lewej ręce. Chód o wiele gorszy. Napady drgawek w kończynach prawych. Nieprzytomna. Obustr. Babiński. Tętno b. małe, 130. III serja w końcu stycznia 30.1. Zabrana przez rodzinę w w stanie b. ciężkim.

Przypadek V, Rub. T. (23.12.23), dotyczy kobiety 40-letniej

Od 2 lat bóle głowy, wymioty. Od 5 miesięcy widzi, jak przez mgłę.

St. ob.: Wzrost niski, budowa i odżywienie dobre. Facialis pr. < l. Słuch praw. O. lew. n. Smak praw. O. Czucie na twarzy i na języku pr. < l. Prawy policzek zaczerwieniony. Masseter pr. < l. Diadochokin. l. < pr. Odruch brzuszny prawy O; lewy słaby. Rosso-limo praw. Chód chwiejny z rozstawionymi nogami.

Badanie oft.: lekki wytrzeszcz gałki prawej. Nystagmus obust. Odruch rogówkowy pr. O. Żrenice równe, na światło prawa oddziaływa słabo, lewa minimalnie. Dno — obust. zaniki pozastoinowe, l > pr. VOD — palce tuż przed okiem. Pole widzenia bardzo zwężone, prócz białej rozpoznaje tylko czerwoną barwę, (fig. 17.) VOS ruchy ręki tuż przed okiem. I serja naświetlań 14.1. — 20.1.24 r. 14.3. Czuje się znacznie lepiej. Bóle głowy słabsze. Nie wymiotuje. Chód lepszy. Badanie oft.: Dno jak poprzednio. VOD ok.  $\frac{5}{10}$ . Pole widzenia znacznie szersze (fig. 18.) VOS, ruchy ręki z 1 m.

Przyp. VI, Szpin. G. (21.2.24), mężczyzna 38 l.

Od 2 — 3 miesięcy napadowe bóle głowy. Wymioty, kilkakrotnie drgawki. Gorzej sypia. Od miesiąca chód gorszy.

St. ob.: Wzrost średni, odżywienie mierne. Lekki niedowład dolnej gałkzki praw. facialis. Odruchy brzuszne prawy n., lewy O. Cremaster pr. > l. Clonus rzepek i stóp pr. < l. Chód chwiejny z rozstawionymi nogami. Zatacza się w obydwie strony.

Badanie oft.: Lewa szpara oczna szersza. Oczopląs w obydwie strony.

Żrenice równe, oddziaływanie dobre. Dno prawego oka — żyły poszerzone, granice tarczy lekko zawoalowane; lewego — norma. Vis. oc. utr.  $\frac{5}{10}$  (słaba myopia). Pole widzenia bez zmian,

I serja naświetlań 11.3. — 17.3. W maju bóle głowy trwają, chód gorszy. Odruchy rogówkowe obustr. O. Objaw Stewart-Holmes'a dod. Dno — praw. początkowa zastoina, lew. żyły poszerzone. Vis. oc. utr.  $\frac{1}{8}$ . Pole widzenia zwężone koncentrycznie. II serja 13.6. — 17.6.

Przypadek VII Krym. Z. (7.7.24) dotyczy mężczyzny 24-letn.

Od roku chwiejny chód. Od 4 tygodni bóle głowy w potylicy. Wymioty. Ostatnie 2 tygodnie gwałtowne bóle głowy. Codziennie wymiotuje kilka razy.

St. ob. Wzrost średni, budowa dobra. Chód chwiejny. Dno obustr. zastoina bez krwotoków. V. oc. utr. >  $\frac{5}{6}$ , pole widzenia normalne. I serja 11.4. — 16.4. Czuje się lepiej. Stan ciągle się poprawia. II serja 26.5. — 30.5. Czuje się dobrze. Chodzi o wiele lepiej. Bóle głowy i wymioty zupełnie ustąpiły. Dno — zastoina b. słabo zaznaczona, tendencji zanikowych brak. V. oc. utr. >  $\frac{5}{6}$ . Pole widzenia norma. III serja w końcu lipca. Czuje się b. dobrze. Dno obustr. jak poprzednio (b. słaba zastoina).

4.10. Chód bez zmian patologicznych. Bólów głowy i wymio-



tów brak. Pragnie pracować. V. oc. utr. jak poprzednio. Dno ob. norma. Pole widzenia bez zmian. Dalsze naświetlania.

Z pośród tych 7-iu przypadków, 4 (II, III, IV, VI) nie wykazały żadnych wpływów dodatnich naświetlania, wykazując stałe pogarszanie się zarówno pod względem ogólnym, jak i wzrokowym.

Przypadek I daje przez pierwsze 10 miesięcy stopniowe pogarszanie się stanu ogólnego i wzroku. Następnie jednak, po III serji, zaczyna się powolna, lecz widoczna poprawa. Samopoczucie lepsze, bóle głowy znacznie słabsze, wymiotuje b. rzadko, a visus, który w końcu kwietnia spadł po stronie prawej do  $\frac{5}{20}$  i po stronie lewej— $\frac{5}{10}$ , obecnie podniósł się do  $\frac{5}{10}$  i  $> \frac{5}{8}$ .

Przypadek V dał znaczną poprawę. Chora czuła się lepiej, bóle głowy i wymioty zelzały, visus zaś podniósł się po stronie prawej (początkowo — palce przed okiem) do  $\frac{5}{10}$ , vos (ruchy tuż przed okiem) podniósł się do spostrzegania ruchów z odległości 1 m. Pole widzenia znacznie się poprawiło (fig. 17, 18), wróciła zdolność rozpoznawania barw. Niestety od tego czasu chora usunęła się z pod obserwacji.

Przypadek VII wykazuje znaczną i, jak dotychczas, trwałą poprawę. Chory czuje się zupełnie dobrze, pracuje w biurze. Dokuczliwe bóle głowy i wymioty zupełnie ustąpiły. Siła wzroku i pole widzenia nie wykazywały żadnych zmian patologicznych i tak pozostały, obustronna natomiast zastoina cofnęła się zupełnie, bez tendencji zanikowych.

A więc na 7 przypadków otrzymano poprawę w 3 (42%), z których jeden (przyp. VII) dotyczy prawdopodobnie nowotworu mózdzku, dwa pozostałe nowotworów kąta mózdzkowego.

Nordentoft opisuje kilka przypadków tego rodzaju, w których po naświetlaniach następowała poprawa, a nawet wyleczenie.

Dalsze obsarwacje podanych w pracy niniejszej i nowych przypadków nie omieszkam podać do wiadomości.

## Układ nerwowy a jaskra.

Podał

W. Arkin.

Już oddawna poczyniono spostrzeżenia, że urazy psychiczne, np. zmartwienie, lęk, troska, silne podniecenie, mogą wywołać ostry atak jaskry u osób, usposobionych do tego schorzenia. Francuzi jaskrę takiego pochodzenia określili nazwą—emotive.

Jak często spotyka się tą postać chorobową, świadczą między innymi przypadki ostrej jaskry oka zdrowego po operacji chorego — jaskrowego, na skutek lęku o zupełną utratę wzroku. Niekiedy już samo przygotowanie do mierzenia ciśnienia wewnątrzgąłkowego wzmagą napięcie oka. Zazwyczaj jednak atak ostry zostaje wywołany nie w chwili największego podniecenia (np. z powodu przegranej w karty, nagłej wiadomości smutnej), lecz w chwilach przygnębienia, które następuje później.

W wywiadach u jaskrowych udaje się pozatym niekiedy ustalić istnienie jakiejś choroby nerwowej, np. migreny, schorzenia nerwu trójdzielnego, pólpaśca i in.

Możliwość bezpośredniego wpływu drażnienia poszczególnych narządów na wysokość ciśnienia wewnątrzgąłkowego nie jest jeszcze dotąd ustalona. Schönberg wykonał próby doświadczalne w tym kierunku, drażniąc u ludzi i kotów podczas operacji otrzewną, jelita, śledzionę, wątrobę i za pomocą jednoczesnych pomiarów ciśnienia wewnątrzgąłkowego stwierdził, że się ono wzmagalo. Mogło to jednak być spowodowane nie tylko drogą odruchową, lecz, jak sam autor przyznaje, przez wahania ciśnienia tętniczego lub też pod wpływem uśpienia.

W etiologii jaskry czynnik nerwowy nie jest bynajmniej jedynym. Układ krwionośny i zespół narządów wewnątrzwydzielniczych ma również wpływ na wysokość ciśnienia we-

wnętrząłkowego. Łączność i zależność wzajemna tych 3-ch czynników, w myśl badań ostatnich lat, polega na następujących zjawiskach. Układ wewnątrzwydzielniczy działa za pośrednictwem swych hormonów na układ wegetacyjny, co powoduje zmiany naczynioruchowe i wydzielnicze, których wyrazem staje się zmienne ukrwienie narządów wewnętrznych i oka, jak również wzmożone ciśnienie krwi tętniczej.

W nauce o jaskrze najbardziej interesujące jest zagadnienie, czy wpływy nerwowe na ciśnienie wewnątrzgałkowe dadzą się sprowadzić do pośredniego lub bezpośredniego działania układu wegetacyjnego, jako zjawiska dziś dla nas najlepiej zrozumiałego. To też rozpatrzmy przedewszystkiem sprawę działania układu wegetacyjnego na wysokość ciśnienia wewnątrzgałkowego.

Adamiuk, drażniąc nerw współczulny, otrzymywał zwiększenie ciśnienia wewnątrzgałkowego, a to przez zwiększenie tą drogą ciśnienia krwi. Adamiuk przypisuje układowi wegetacyjnemu również i działanie odżywcze, które w równej mierze zależne jest wszak od wzmożonego ciśnienia krwi.

Abadie tak samo uzależnia powstanie jaskry od podrażnienia włókien układu współczulnego, sądzi jednak, że nerwy, rozszerzając tu naczynia krwionośne, powodują przepelnienie oka krwią, a co za tym wzmożenie wydzielania limfy, jak również i ciśnienia wewnątrzgałkowego. W jaskrze zapalnej główną rolę odgrywa splot nerwowy, który znajduje się w środkowej części tęczy (wycięcie tęczy — *iridectomy* — powoduje zanik tego splotu i działa zbawczo na przebieg jaskry). Rozszerzenie zrenicy również da się wytłumaczyć podrażnieniem n. współczulnego. W jaskrze prostej, podług Abadie'go, rozszerzenie naczyń odbywa się w tylnym odcinku oka, dlatego też wycięcie tęczy pozostaje bez wpływu na wysokość ciśnienia.

Za teorią Adamiuka i Abadie'go przemawia skuteczność wycięcia w jaskrze szyjnych zwojów nerwu współczulnego.

Z drugiej strony wielu okulistów wypowiada zdanie, że wzmożone napięcie wewnątrzgałkowe rozwija się tu pod wpływem porażenia n. współczulnego, a mianowicie: Fourrier, Magitot, Baillard, Grünhagen, Hippel, Starling,



Henderson i Wessely. Hamburger, który uważa jaskrę za nerwicę, spowodowaną osłabieniem napięcia n. współczulnego, leczy ją podłącznicowemi wstrzykiwaniami adrenalinu, a więc przez drażnienie włókien n. współczulnego.

Jednocześnie podrażnienie całego układu współczulnego nie zawsze działa jednakowo, albowiem — między innymi — wpływ wzmożonego ciśnienia krwi może być wyrównany przez zmieszone ukrwienie oka na skutek skurczu naczyń.

Stopień ukrwienia naczyń oka jest więc zależny od nerwu współczulnego, który może być naruszony w 3-ch ośrodkach (*Colombo*): po pierwsze, w okolicy 4-ej komory, — po drugie, w zwojach szyjnych, po trzecie, w splotach wewnątrzgałkowych (*plexus chorioideus*):

Na udział nerwu współczulnego w rozwoju jaskry wskazują prócz tego niektóre kliniczne spostrzeżenia. Tak więc, układ wegetacyjny ma wpływ niekiedy wybitny na ten lub inny stopień ubarwienia, wzgl. na barwik skóry. Otóż już we wczesnych okresach jaskry barwik tęczy zostaje rozproszony.

Podług Levinsoh'na i Koppe'go barwik ten zatyka wówczas kąt przesącza, a to z kolei powoduje zmniejszenie odpływu cieczy wodnej i wzmożenie ciśnienia.

Prócz tego zauważono, że oczy z różnobarwnością tęczówek (*heterochromia iridis*) częściej zapadają na jaskrę.

Zmienne ubarwienie tęczówek w tych przypadkach może zależeć właśnie od zmian w zwojach szyjnych n. współczulnego, gdyż niejednokrotnie można stwierdzić u takich osobników zwężenie szpary ocznej oraz źrenicy.

Wpływ nerwów naczyniowych daje się też ustalić w tych przypadkach jaskry, gdzie współrzędnie istnieją u tego samego chorego znamiona naczyniowe na twarzy.

Przekrwienie tych znamion prowadzi również do wzmożenia ciśnienia wewnątrzgałkowego i do nasilenia wszystkich objawów jaskrowych, co szczegółowo omawia Z a u n w Klin. M. für Augenh. (stycz. 1924 r.)

Mimo licznych prac istnieje jednak jeszcze wciąż rozbieżność co do istoty i charakteru zaburzeń układu wegetacyjnego w jaskrze. Nie wiadomo bowiem, czy mamy w cierpieniu tym do czynienia z nadmierną, czy też niedostateczną, zmniejszoną, czynnością układu współczulnego. Ci zaś, którzy

uważają jaskrę za nerwicę naczynioruchową, przeciwnie usiłują tłumaczyć to także za przejaw porażenia, wzgl. osłabienia, napięcia w układzie współczulnym.

Niektóre rozważania teoretyczne, przytoczone powyżej z natury rzeczy zaledwie w szkicu, przemawiają na korzyść tej ostatniej teorii, wyniki zaś operacyjne po wycięciu nerwu współczulnego wskazują raczej na słuszność pierwszego poglądu.

Badania doświadczalne nad patologią układu wegetacyjnego wskazały, jak duże znaczenie posiadać mogą dla jego funkcji takie jady, jak nikotyna, adrenalina, pilokarpina i atropina; działają one wybiórczo, a więc wyłączyć mogą lub przeciwnie pobudzić w ten lub inny sposób czynności pewnych odrębnych grup nerwowych.

Jadem, wybitnie drażniącym czynności układu współczulnego, jest, jak wiadomo, adrenalina.

Dotychczas jednak nie posiadamy środka, porażającego ten układ, o działaniu analogicznym do tego, jakie ujawnia atropina na układ autonomiczny.

To też, wobec własności pobudzających adrenaliny, mimowoli nasuwało się pytanie, czy u chorych jaskrowych adrenalina nie krąży, być może, we krwi w nadmiarze. Kleczkowski doświadczalnie stwierdził zwiększoną jakoby zawartość adrenaliny u jaskrowych, lecz badania Lohmana i Gilberta nie potwierdziły prób Kleczkowskiego.

Z drugiej jednak strony wpływ adrenaliny na ciśnienie wewnątrzgłowe był niejednokrotnie sprawdzany, lecz i wynik badań w tym kierunku nie był jednolity; w niektórych przypadkach ciśnienie pozostawało bez zmian, w niektórych wzmagало się, w innych zaś opadało.

Przyczynę takiej rozbieżności wyników należy prawdopodobnie upatrywać w działaniu 2-ch czynników — równoważących się wzajemnie — z jednej strony, wzmożonego ciśnienia krwi tętniczej, a z drugiej — miejscowej niedokrwistości pod wpływem adrenaliny.

Badania farmakologiczne, jak wiadomo, pozwoliły Eppingerowi i Hessowi wyodrębnić 2 kliniczne typy wrażliwości w układzie wegetacyjnym (t. zw. sympatykotonję i wago-tonję). Otóż chcąc sprawdzić doświadczalnie stopień nadwrażliwości

układu wegetacyjnego pod wpływem środków farmakologicznych u jaskrowych, posilkowaliśmy się metodyką Eppingera i Hessa i wstrzykiwaliśmy<sup>1)</sup> podskórnie cierpiącym na jaskrę adrenalinę i polikarpinę (atropiny zaś nie stosowaliśmy w obawie przed pogorszeniem stanu chorobowego). Oczywiście miałem na celu przedewszystkiem stwierdzenie, czy chorzy jaskrowi przedstawiają jakiś jednolity typ kliniczny, odpowiadający jednej z 2-ch grup wrażliwości wegetacyjnej—sympatykotonji lub wagotonji.

Ogółem zbadałem 14 chorych, przeważnie z jaskrą ostrą, a wynik tych badań wskazuje tabelka poniższa (p. str. 219).

Z prób powyższych wynika, że chorzy moi nie reagowali silnie na wstrzykiwania adrenaliny. Ogólna reakcja tylko 3 razy była u nich wyraźna, a cukier wykryto w moczu w jednym przypadku. Ciśnienie maksymalne krwi podnosiło się wolno, a w 5-ciu przypadkach nawet opadało. Po pilokarpinie odczyn wyraźny spostrzegalem tylko 3 razy. W jednym przypadku był odczyn wyraźny zarówno po pilokarpinie, jak i po adrenalinie.

Wpływ adrenaliny na ciśnienie wewnątrzgałkowe był również nieznaczny. Ciśnienie mierzono tonometrem Schiö-tza w następujących odstępach czasu:  $\frac{1}{2}$  godziny, godzina i 24 godz. po zastrzyknięciu adrenaliny; znieczulenie zapomocą holokainy. W przypadkach 2-im, 4-ym, 5-ym, 7-ym, 11-ym i 13-ym ciśnienie pozostawało bez zmiany. Ponieważ ciśnienie mierzono zawsze przed południem, więc wahania dzienne ciśnienia nie mogły mieć wpływu na wynik pomiarów.

Wreszcie w przypadkach 3-im, 5-ym, 7-ym, 8-ym, 9-ym, 10-ym, 11-ym, 12-ym odruch oczno-sercowy Ashnera był słabo zaznaczony.

Niektórzy badacze, jak wiadomo, występują wogóle przeciw całej koncepcji Eppingera i Hessa. Wobec tego nie uważam też za słuszne wysnuwać tu zbyt daleko idących wniosków. Na zasadzie wyniku naszych próbnych badań doświadczalnych mogę jedynie stwierdzić, że podziaływanie zapomocą wyżej wskazanych bodźców sztucznych na układ współczulny i autonomiczny u jaskrowych nie wykazało wyraźnego od-

---

<sup>1)</sup> Próby odpowiednie wykonałem u jaskrowych wspólnie z kol. Lichtenbergiem i Pfefferem, za co im niniejszym dziękuję.



Nazwiska chorych	Jaskra	Ilość adrenaliny	Tętno przed i po iniekcji	Ciśnienie krwi przed i po iniekcji	Cukier w moczu	Odczyn ogólny	Ilość pilokarpiny	Tętno przed i po	Ciśnienie krwi przed i po	Odczyn ogólny <sup>1)</sup>
G. M.	przewlekła	1½ ccm. 10/00	76 88	105 — 80 120 — 95	brak	słaby	1 ccm. 10/00	74 82	110 — 80 105 — 70	słaby
S. W.	prosta	"	69 76	120 — 80 105 — 75	ślady	"	"	80 88	115 — 80 115 — 80	"
P—ein	ostra	1 ccm. 10/00	88 92	120 — 75 130 — 105	brak	"	"	84 82	110 — 70 105 — 70	"
K. B.	ostra	"	96 96	130 — 100 125 — 105	"	"	"	81 84	175 — 105 160 — 100	"
K. P.	ostra	"	100 106	165 — 100 150 — 30	"	"	"	105 96	162 — 105 145 — 100	wy- rażny
Ks. S.	ostra	"	104 120	140 — 85 125 — 95	"	"	"	108 116	135 — 90 125 — 90	słaby
C—aft	ostra	"	108 120	110 — 85 120 — 90	"	"	"	104 112	110 — 85 105 — 70	"
G. M.	ostra	"	80 78	145 — 115 140 — 115	"	"	"	90 90	130 — 115 120 — 115	"
J—icz	przewlekła	"	108 120	175 — 150 175 — 140	"	wy- rażny	"	102 108	160 — 130 195 — 170	"
B—er	doko- nana	"	85 95	120 — 90 130 — 100	"	słaby	"	90 85	115 — 90 110 — 80	"
M—ska	ostra	"	120 115	130 — 105 140 — 110	"	wy- rażny	"	108 114	100 — 90 120 — 108	"
K—erg	ostra	"	114 112	110 — 90 125 — 100	"	słaby	"	110 106	110 — 90 105 — 80	"
W. M.	ostra	"	102 92	160 — 140 155 — 110	"	"	—	—	—	—
W—aub	ostra	"	82 120	120 — 100 140 — 110	"	wy- rażny	"	96 108	145 — 110 120 — 30	wy- rażny

<sup>1)</sup> Odczyn wyraźny — oznacza dla adrenaliny zaczerwienienie, drżenie rąk, mdłości, a dla pilokarpiny — silne pocenie, mdłości, parcie i wymioty.

czynu ze strony tych układów. Brak tego odczynu nie przesądza jednak o możliwości zmian miejscowych w zwojach szyjnych układu współczulnego.

Wogóle ustalić wpływ drażnienia n. współczulnego na ciśnienie wewnątrzgałkowe przedstawia trudności z kilku względów. Oko posiada aparat regulujący, bliżej nieznan, który utrzymuje ciśnienie wewnątrzgałkowe na pewnej wysokości. Widzimy np. osobników z bardzo wysokim ciśnieniem krwi, a bez żadnych objawów jaskrowych. Jeżeli więc działanie nerwu współczulnego objawia się przez wzmożenie ciśnienia tętniczego, to działanie to może być zobojętnione przez skurcz naczyń krwionośnych oka, który występuje po drażnieniu szyjnego zwoju n. współczulnego.

Zmniejszenie światła naczyń zmniejsza ilość krwi w oku a zarazem i ciśnienie. Rozszerzenie źrenicy jest znowu czynnikiem, wzmagającym ciśnienie wewnątrzgałkowe u osób usposobionych, gdyż prowadzi do zamknięcia kąta przesącza.

O ile wprowadzenie adrenaliny do ogólnego obiegu krwi, nawet w dawkach większych, może pozostać bez wpływu na ciśnienie wewnątrzgałkowe, o tyle miejscowe wstrzykiwanie poza gałkę lub podłącznicowo wywiera większe działanie. Wstrzykiwanie pozagałkowe już po kilku minutach obniża tak wybitnie ciśnienie wewnątrzgałkowe, że sposób ten stosuje się przed wycięciem tęczy u jaskrowych, aby chwilowo zmniejszyć napięcie gałki i ułatwić zabieg. Działanie powyższe polega w pierwszym rzędzie na skurczu naczyń oka. Również podłącznicowe zastrzyki adrenaliny nie pozostają bez wpływu na ciśnienie oka. Hamburger stosuje je do obniżenia ciśnienia w jaskrze. Zdaje się jednak, że nie mogą one być uważane za bezwzględnie skuteczne, a nawet bezpieczne, na co wskazują np. i następujące przypadki, w których zastosowałem sposób Hamburgera.

W 1-ym przypadku było oko z jaskrą dokonaną. W godzinę po iniekcji adrenaliny nastąpiło maksymalne rozszerzenie źrenicy, jednak bez wzmożenia ciśnienia. Aczkolwiek po 24 godzinach źrenica się zwęziła, wystąpiły objawy jaskry ostrej. W drugim przypadku, w jaskrze przewlekłej, po zastrzyknięciu adrenaliny ciśnienie wewnątrzgałkowe pozostało bez zmiany.

Streszczając powyższe dane, można uznać, że ani zapomocą badań krwi na zwiększoną zawartość adrenaliny, ani zapomocą prób farmakodynamicznych nie udaje się wykazać zwiększonego napięcia w układzie wegetacyjnym u chorych na jaskrę.

Natomiast niektóre kliniczne spostrzeżenia i dane doświadczalne ustalają zależność ciśnienia wewnątrzgałkowego od zmian miejscowych w zwojach szyjnych n. współczulnego. Wchodzą tu jednak w grę i czynniki równoważące się wzajemnie, a mianowicie: ciśnienie krwi, pojemność naczyń krwionośnych i szerokość źrenicy. Zestawienie tych 3-ch czynników może w każdym poszczególnym przypadku dać inny obraz kliniczny, w zależności od przewagi któregośkolwiek z tych współczynników oraz stanu samego oka.

---

Z ODDZIAŁU CHORYCH NERWOWYCH D-RA BREGMANA.

---

## **Przyczynę do symptomatologii krwotoków samoistnych podpajęczynówkowych (Leptomeningitis haemorrhagica).**

Podał

**L. Nudelman**

Asystent Oddziału.

---

Przyp. I.

P. R., l. 16, w X. 1923 r. nagle, podczas oddawania stolca, straciła przytomność i upadła. Po 3 godzinach, gdy odzyskała przytomność, miała już silne bóle głowy, zwłaszcza w okolicy skroniowej, oczodołach i karku; przeszło 36 godzin wymiotowała niezależnie od jedzenia. Podwójnie nie widziała. Miała wciąż, jak się wyrażała, „kark sztywny“. W ciągu tygodnia bóle głowy, zrazu b. silne, stopniowo zmniejszyły się tak, że już w 3 tygodniu zaczęła wstawać. T<sup>0</sup> nie była wysoka. W 4 tygodniu poczuła się już o tyle dobrze, że rozpoczęła swą pracę zawodową, choć bóle głowy niezupełnie ustąpiły. Po tygodniu zaledwie podczas pracy zawodowej nagle z wieczora wróciły silne bóle w okolicy prawego oczodołu, a po nieprzespanej nocy i w lew. oczodole, przyczym znów straciła przy-



tomność, upadła. Powtórzyły się wymioty, silne bóle głowy i w karku, jego sztywność oraz bóle w kkd., lew. barku, przyczym ujawniło się wyraźnie opadnięcie powieki górnej praw. oka; po 4-ch dniach oko to już zupełnie było pokryte powieką, a zanim to nastąpiło, widziała też podwójnie. Bóle głowy trwały tym razem 3 tyg.

W dzieciństwie płonica, zapalenie nerek i odra. Niekiedy bóle głowy w okolicy obu skroni, przyczym bywało zaczerwienienie twarzy. Ojciec cierpi też na podobne bóle. — Dotąd amenorrhoea.

Chorą przyjęto na oddział w 3-im tygodniu po 2-im udarze, i tu stwierdzono, co następuje. St. ob.; przytomna, miernie odżywna. T. 37,5<sup>o</sup>, tętno 90, miarowe, pełne. Narządy wewnętrzne +. Sztywność karku i całego kręgosłupa. Przy próbie ruchu głowy ku tyłowi, ból silny w karku i kręgosłupie; pozostałe ruchy głowy też bolesne. Obj. Kernig'a wybitnie +. Zupełne opadnięcie prawej powieki; światłowstręt. Brak ruchu praw. gałki ocznej w górę, ku dołowi i nawewnątrz; rozszerzenie prawej źrenicy od maximum bez odczynu na światło, zbieżność i nastawienie (zupełne porażenie n. okoruchowego praw.). K. k. dolnemi niechętnie porusza, utrzymuje je nieco zgięte w stawach kolanowych. Odruchy żywe. Przeczulica powłok brzusznych i na k. k. dolnych, zwłaszcza na podudziach. Płyn mózgo-rdz.-krwawy, o ciśnieniu wzmożonym, ponad krwinkami wybitnie ksantochromiczny. Odczyn Wasserm. we krwi ujemny, w płynie m. — rdz. słabo + w małym rozcieńczeniu, ujemny w dużym. (Powtórne badanie wykazało odczyn zupełnie ujemny). Z początku T<sup>o</sup> w Szpitalu do 37,5 podniosła się do 39<sup>o</sup>. Nakłucia (siedem) znosiła b. dobrze, miała po nich ulgę; ostatnie nakłucie, w 17 dniu pobytu w Szpitalu, gdy bóle głowy, karku, sztywność jego były już nieznaczne, a objaw Kerniga słabo +. Po 2 miesiącach zaczęła wstawać. Porażenie prawostronne n. okoruchowego ustępowało z wolna tak, że przy wypisaniu ze Szpitala szpara oczna prawa była jeszcze nieco węższa, źrenica szersza, odczyn na światło niedostateczny, a na zbieżność i przystosowanie dobry. Ruchy praw. gałki ocznej wróciły natomiast do normy. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (kol. Etingerowa i Rozentalowa) dawało w przebiegu choroby wyniki, wskazane na tabl. I (patrz str. 223).

#### Przyp. II.

L. B., lat 56, w X. 1923 r., po urazie psychicznym nagle zaczęła źle mówić, dostała bólu głowy, który ku wieczorowi się wzmógł, a następnie przy > T.<sup>o</sup> w ciągu 2 dni rozwinął się niedowład k. k. prawost., poczym utraciła zupełnie mowę; łącznie trwało to cały tydzień. Po tygodniu bóle głowy zmniejszyły się, zaczęła wymawiać pojedyncze słowa, nadal się jednak nie orjentowała. Urazom nie ulegała. Przed 2 laty obfite miesiączki. Pozatym zawsze zdrowa.

St. ob. w Szpitalu (w 3 tygodniu choroby). Stan bezgorączkowy. Nie mówi, nie rozumie mowy; nie wykonywa zleceń; zanieczyszcza się. Apatyczna. Oddech zwolniony, równy; tętno — 50 uderzeń na

T A B L. I.

	21/XI 1923	22/XI	23/XI	25.XI	27/XI	3/XII	7/XII
Barwa	Krwawo-czerwona			różowa		ksant.	bezb.
Nonne-Apelt	0	0	0	0	0	0	+
Białko	5,4 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	4,9 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	4,7 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	4,5 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	4,6 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	0,2 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	0,2 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>
Wielojędrzaste	18	14	8	3	11	0	0
Limfocyty	10	13	15	16	64	21	16
Czerwone c. krwi	bardzo dużo i opadają na dno bez skrzepu, nad nimi płyn ksantochromiczny		mniej	jeszcze mniej	mało	brak	brak
			krwinki zmienne, makroskopowo niewidoczne				

minutę, miarowe, dość napięte. Bolesność przy opukiwaniu lew. 1/2 głowy; sztywność karku. Żrenice równe, o leniwym odczynie na światło. Porażenie praw. k. k. i wzmożone tu napięcie mięśni. Niedowład n. twarzowego praw. Wymioty. Obj. Babińskiego po praw. str. W płynie ksantochromicznym (o ciśnieniu wzmożonym) oraz we krwi Wasserman ujemny.

W Szpitalu stan chorej zrazu się pogorszył; była wciąż apatyczna, bez łaknienia, nie mówiła; nadal nie rozumiała zleceń, zanieczyszczała się. Po 1-ym nakłuciu lędźwiowym zaczęła się poprawiać jednak, znakami wskazywała, że chce oddać mocz. Odtąd stała poprawa. Zwolnienie ruchów serca znikło. Wracała władza w pr. k. górnej i chwilami już rozumiała mowę; ożywiła się, a nawet była jakby podniecona. Objawy niemoty czuciowej uwydatniły się wówczas w całej pełni: gestykulując, powtarzała niezrozumiałe słowa, modliła się, przyczym gdy zawsze w domu rozmawiała tylko po żydowsku, w Szpitalu z córką i lekarzami porozumiewała się narzeczem kresowym rosyjskim, wtrącając słowa żydowskie i hebrajskie. Z dnia na dzień jednak mowa stawała się wyraźniejsza. Zaczynała wymawiać krótkie zdania z częstym jednak nadal objawem niemoty amnestycznej. W 2 tygodniu mówiła już dość wyraźnie, była mniej podniecona, wykonywała zlecenia; a bezwład praw. k. k. w 4 tygodniu pobytu chorej w Szpitalu już zupełnie ustąpił. Niekie-

dy tylko ma jeszcze omamy czuciowe w praw.  $1/2$  ciała (uczucie zimna) i nieznaczne bóle głowy. Stopniowo też znika odr. Bab. W 6-ym tygodniu w mowie używa jeszcze nieodpowiednich słów, w 8-ym zaczyna władać k.k., a w 9-ym już wstaje. Wypisana, czuje się lepiej znacznie, mówi i włada k. k. zupełnie dobrze.

Nakłuc łądźwiowych było 5. Znosiła je znakomicie i upominała się o nie, gdyż po nich bóle głowy zmniejszały się. Z początku nakłucia wykonywano dość często. Wynik badania płynu mózgodzeniowego był następujący:

T A B L. II.

	24/XI	25/XI	28/XI	3/XII	7/XII
Barwa	Ksantochromiczn.		Słabo ksantochr.		bezbarw.
Nonne-Apelt	0	0	0	0	+
Białko	1,14 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	1,1 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	0,45 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	0,3 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	0,2 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>
Wielojądrzaste	4	4	6	0	0
Limfocyty	12	12	28	3	3
Krażki czerwone	—	—	—	—	—

Przechodząc do rozpoznania danych przypadków, sądzimy, że mieliśmy do czynienia, zarówno w pierwszym, jak też w drugim, niewątpliwie z krwotocznym zapaleniem opon miękkich (*Leptomeningitis haemorrhagica*), czyli, według zalecanej przez Goldflama i Flataua terminologii, z krwotokiem samoistnym podpajęczynówkowym. Początek nagły, bez wszelkich zwiastunów, utratą przytomności, silne bóle głowy, wymioty, zwolnione tętno (w drugim przypadku jeszcze w 3-im tygodniu po udarze), > ciepłota ciała, sztywność karku, dodatni objaw Kerniga, porażenie w pierwszym przyp. n. okoruchowego, a w 2-im porażenie połowiczne prawostronne z niemotą czuciową, a nadewszystko wynik badań płynu mózgodzeniowego przemawiają za naszym rozpoznaniem. W pierwszym przypadku płyn był zrazu krwawy, następnie ksantochromiczny, w 2-im—odrazu ksantochromiczny. W 1-ym przypadku mieliśmy w płynie b. charakterystyczne dla *Leptomeningitis haemorrhagica* zmienione czerwone ciała krwi, mianowicie



niektóre z nich utraciły już swój wygląd normalny i wykazywały kontury ząbione lub nadżarte, niektóre z nich z wakuolizacją, co łącznie stwierdzone dla *Leptomening. haemorrhag.* przez Rotstadta w pracy jego: O cytologii płynu mózgodzeniowego. Badanie płynu wykazało pozatym bardzo charakterystyczny dla *Lept. haem.* objaw, a mianowicie: Nonne-Apelt z początku zawsze ujemny, a ilość białka b. duża, następnie z początku w płynie nadmiar ciał wielojądrzastych, jako objaw wtórny odczynowy na skutek podrażnienia opon przez wylew krwi, gdy w późniejszych okresach płyn mniej krwawy i przewaga zabarwienia ksantochromicznego, aż wreszcie ksantochromja ustępuje. Stopniowo znikają też wielojądrzaste ciała, a występują limfocyty, zmniejsza się też ilość białka, wreszcie płyn odzyskuje normalny wygląd i skład, co też właśnie zostało stwierdzone w naszych przypadkach (patrz tablica 1 i 2). Charakterystyczne dla danej sprawy jest i zejście, które było w obu przypadkach pomyślne. Według Ehrenberga, *Lept. haemorrh.* w wieku do lat 30 kończy się pomyślnie w 64%, a w 45% dla tych, którzy już ten wiek przekroczyli.

W 2-im przypadku, wobec starszego wieku chorej, można było przypuścić, że to *Pachymening. haemorrh. int.*, ale wzięwszy pod uwagę, że w *Pach. int.* początek bywa nie tak nagły i nie tak gwałtowny, że są tam zwykle nawroty, często ataki drgawek, że pozostają braki w postaci porażeń i zaburzeń mowy i wzroku, oraz że płyn przeważnie nie daje pleocytozy, a często nawet jest zupełnie normalny, że nakłucie nie daje objawów poprawy, że zejście prawie zawsze jest niepomyślne, można tę jednostkę chorobową wyłączyć i w 2-im przypadku.

Co do 1-go przypadku, jest on pod względem symptomatologicznym nadzwyczaj ciekawy i niezwykły. Objaw porażenia n. okoruchowego jest zjawiskiem wyjątkowym. Flatau w pracy swej o krwotokach samoistnych podpajęczynówkowych, podając symptomatologię tego cierpienia, nie wspomina o porażeniu pojedynczych n. n. czaszkowych, jak to miało miejsce w naszym przypadku, podkreśla natomiast, że w *Pachymening. haemorrhag. interna* wyjątkowo cierpienie umiejscowione być może u podstawy czaszki, to też wówczas mogą być objawy ze strony n. n. czaszkowych, jak np. porażenie m. m. ocznych

(przyp. Ziehena). Również i Goldflam w ostatniej swej pracy o krwotokach samoistn. podpajęczynówkowych podkreśla, że nie zdarzają się one nigdy u podstawy mózgu; w symptomatologii tego cierpienia Goldflam wspomina o porażeniach połowicznych, a nie wspomina o porażeniach pojedyncz. n. n. czaszkowych. W dostępnym mi piśmiennictwie nie znalazłem ani jednego przypadku *Leptomeningitis haemorrhagica* z porażeniem n. n. czaszkowych. Nasz więc przypadek należałoby uważać za wyjątkowy.

W 1-yim przypadku pozatym należy jeszcze podkreślić nawrót sprawy, tu bowiem powtórzył się udar dwukrotnie w ciągu 5 tygodni, przyczym o ile po 1-yim udarze chora się stosunkowo prędko poprawiła, o tyle po 2-im miała porażenie n. okoruchowego, a przebieg cały był dość ciężki—trwał prawie 2½ miesiąca. Goldflam w swej pracy podkreśla, że w piśmiennictwie niema wzmianki o nawrotach po krwotokach podpajęczynówkowych samoistnych. Sam zaś spostrzegał przypadek, gdzie po 6-ciu tygodniach zupełnego zdrowia wystąpił nawrót w postaci udaru z 5-ciogodzinną utratą przytomności. I ten przypadek miał zejście zupełnie pomyślne. Ostatnio spostrzegali nawroty w swoich przypadkach Z. Bychowski i Mackiewicz (patrz Kw. kl. Szpit. Staroz. t. III, 1924).

---

## Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

---

**Sprawozdanie z posiedzenia dn. 28 marca 1924 r. (Ciąg dalszy).**

Przewodniczył Wertheim.

**Lejzerowicz, Lichtenberg, Pain i Szour. 4 przypadki odmy sztucznej.**

I. Lichtenberg.

C. Ł., l. 20. Od 5 miesięcy kaszel,  $> T^0$ , nocą poty, wychudzenie; w dzieciństwie żoły; obarczenie gruźlicze.

St. ob. po zapisaniu do Szpitala: nacieczenie rozpadowe w lewym płucu do kąta łopatki z jamą pod obojczykiem, zgęszczenie prawego szczytu. Pirq. +. Laseczniki Kocha +. Odma sztuczna 5-krotnie po  $\pm$  500 cm.<sup>3</sup> powietrza, bez powikłań. Poprawa samopoczucia, objawy toksyczne  $<$ ,  $T^0$  opadła do normy; przy-

rost wagi o 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> kg. w ciągu miesiąca, zwolnienie szybkości opadania czerw. krw.. Wypisana z poleceniem zgłaszania się okresowo dla wykonania odmy sztucznej.

## II. Pain.

22-letn. kobieta; kaszel od roku, T<sup>0</sup>>; 2-letnie krwiopłucie. W dzieciństwie zapalenie płuc; obarczenie gruźlicze. 1-szy raz była na oddziale w IX.23 r., po 3 mies. drugi raz ze znacznym pogorszeniem, wówczas stwierdzono stłumienie u praw. płata górnego, oddech oskrzelowy, wilgotne drobne rżżenia w całym górnym prawym płucu. W płwocinie lasecz. Kocha. Zastosowano odmę piersiową: 13.II.24—650 cm.<sup>3</sup> powietrza; 15.II.24—650 cm.<sup>3</sup>; 22.II.24—950 cm.<sup>3</sup>; 29.II.24—700 cm.<sup>3</sup>; 7.III.24—650 cm.<sup>3</sup> Doprowadzono ciśnienie wewnątrz opłucnej do + 1. Stan chorej lepszy, kaszle mniej, prawie nie gorączkuje.<sup>1)</sup>

## III. Lejzerowicz.

Chłopiec lat 19, nie obarczony. Objawy nacieczenia w jednym płucu przy jednoczesnym wysięku w opłucnej. Pirq. ++++. Po odmie stan znacznie się poprawił; przyrost wagi, zwolnienie szybkości opadania krwinek.

## IV. Szour.

B. Sz., lat 56. 25.XII.23 objawy nieżyłowego zapalenia w prawym płucu. Po tygodniu cuchnąca płwocina z domieszką krwi; dreszcze, wysoka T<sup>0</sup>. Pirq., laseczniki Kocha, krętki—. Na rentgenogramie jama, zajmująca 1/3 płata środkowego płuca prawego. Na oddz. Lubliner'a zastosowano 2-krotnie neosalvars., następnie na oddz. Klejna doprowadzono do 8 wlewań neosolvars., lecz bez poprawy. Zastosowano więc odmę sztuczną powietrzną 11 razy, w odstępach 3-dniowych. Już po pierwszych insuflacjach T<sup>0</sup> opadła, płwocina zmniejszyła się, straciła woń przykrą, kaszel powoli <; w stanie ogólnym nastąpiła również znaczna poprawa. Zważywszy na zdobyte doświadczenie, Sz. dochodzi do wniosku: 1) w przyp. tym odma wpłynęła dodatnio na przebieg choroby; 2) leczenie odmą sztuczną szybko zwalnia ustrój od zatrucia zgorzelowego i hamuje rozpadową sprawę; 3) dłuższe stosowanie odmy sprzyja zablźnianiu się ogniska; 4) leczenie neosalvarsanem zgorzeli płuc, gdy w płwocinie niema wiciowców, nie jest skuteczne.

W dyskusji Lubliner podkreśla jedynie doraźny wpływ dodatni odmy sztucznej w gruźlicy płuc; nieraz to sam spostrzegal. Wynik nie jest trwały, a dłuższe spostrzeganie wykazuje nawroty.

Luxenburg omawia sprawę wahań w szybkości opadania krwinek, jako wskaźnika polepszenia stanu chorych.

Spielman zaznacza, że odma sztuczna ma na celu utrzymanie płuca, względnie jego odcinka schorzałego, przez dłuższy

<sup>1)</sup> Chora ma się nadal zupełnie dobrze. Ostatnia odma przed 5 tyg., a 26.II.24 stwierdzono prawie zupełne wygaśnięcie sprawy gruźliczej, mowa więc tu być może o wyleczeniu klinicznym.



czas w stanie unieruchomionym, by dać rozwinąć się tkance łącznej; to też S. p. stosuje jednocześnie śródżylnie leki, sprzyjające rozwojowi tkanki łącznej. S. p. niejednokrotnie się przekonał o okresowej poprawie po odmie ze spadkiem  $T^0$ , zmniejszeniem laseczników w płwocinie, z zanikiem włókien elastycznych w niej, znikaniem potów i innych objawów wagotonicznych. A jednak po następnych insuflacjach następowało pogorszenie: odma samoistna po silnym kaszlu, krwiopluciu, prosówkowa t. b. c., zajęcie nerek i t. p. Wniosek o skuteczności odmy sztucznej może być słuszny dopiero po upływie 10—12 miesięcy.

Poncz, zastanawiając się nad znaczeniem odmy sztucznej, przypomina o remisjach samoistnych, spostrzeganych często w gruźlicy płuc. Najlepsze wyniki po odmie sztucznej osiągnano zawsze w gruźlicy włóknistej, wytwórczej, a więc gdy w mniejszym lub większym stopniu istniała skłonność do gojenia. Poważną rolę odgrywa tu odporność ustroju; potęgują ją warunki klimatyczno-dietetyczne, stąd tak ważny długotrwały pobyt w sanatorjach odpowiednich.

### Wertheim. Niezwykły przypadek niedrożności jelit.

W. przedstawia niezwykły przypadek niedrożności jelit. Preparat sekcyjny, pochodzący od chorego 48 l., który po raz pierwszy zachorował poważnie 4 tygodnie przed przybyciem do Szpitala wśród objawów niedrożności jelit. Objawy te po kilku dniach ustąpiły samorzutnie, poczym wystąpiły ponownie w słabszej formie, a na kilka dni przed wstąpieniem chorego na oddział stan jego pogorszył się wybitnie. Stwierdzono wzdęcie brzucha, wyraźny wzmożony ruch robaczkowy jelit, wymioty, zupełne zatrzymanie stolca i wiatrów, uderzającą bledłość powłok.

Laparotomia, wykonana w kilka godzin po przybyciu chorego do Szpitala, wykazała znaczne b. rozdęcie jelita krętego, przyczem odrazu wyłoniła się jedna pętla tegoż, wgłębiona na przestrzeni 15 cm.. Odcinek wgłębiony udało się bez najmniejszych trudności odgłobić, przyczem okazało się, że przyczyną wgłębienia był twór kulisty, wielkości małej cytryny, wypełniający całkowicie światło jelita i przyrośnięty częściowo do jego ściany. Szypule tej odpowiada w surowicówce wyraźna, wciągnięta blizna. Gruczoły krezkowe, odpowiadające wyżej wspomnianemu odcinkowi jelita, powiększone. Na razie wycięto odcinek jelita dług. 15 cm. wraz z wypełniającym go guzem i przywrócono drożność przewodu. Badając jelito dalej, stwierdzono w ścianie tegoż, w odległości  $1/2$  metra, w kierunku żołądka, analogiczny, tylko znacznie mniejszy guz w ścianie, na granicy krezki. Twór ten również usunięto. Sieć nie widoczna. Jamę brzuszną zamknięto całkowicie. Zabieg trwał około 40 minut. Chory zmarł po upływie 3 godzin, wśród objawów zapaści. Uderzała przy tym niezwykła sinica.

Ogłędziny pośmiertne dały wynik zgoła niespodziewany. Stwier-

dzono mianowicie w jelicie krętym jeszcze jeden taki sam guz, jak wycięty, wielkości orzecha laskowego, miękki, ciemnoszary, zespolony ze śluzówką. Jelito poprzeczne, na długiej krezce, zstępuje prawie do miednicy. Sieć w małej miednicy; na końcu sieci guz, wielkości  $1\frac{1}{2}$  pięści, o nierównej powierzchni. Gruczoły chłonna krezki i w okolicy bramy wątroby spoiste, na przekroju szczątkowa tkanka wątrobowa, częścią zmartwiała. — Pęcherzyk żółciowy duży, zawiera guz wielkości kciuka, siedzący na szypule. Obie nerki prawie zwykłej wielkości. Oba nadnercza wielkości pięści, na przekroju składają się z guzków rozmaitej wielkości o zabarwieniu białym do jaskrawo żółtego, częściowo rozpadające się. W płucach i szpiku kostnym brak zmian wyraźnych. — Badanie mikroskopowe guzów nadnerczy, jak również guzów jelita i pęcherzyka żółciowego oraz sieci, wykazało budowę typowego nadnerczaka.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na niezwykle, nietypowe umiejscowienie przerzutów nadnerczaka.

Oczywiście rozpoznanie kliniczne za życia nie było możliwe tymbardziej, że choroba zasadnicza, jak to często bywa w tych razach, przebiegała zupełnie skrycie.

Szybkie zejście śmiertelne należy, prawdopodobnie, przypisać ostrej niedomodze nadnerczy pod wpływem uśpienia ogólnego, które zakłóciło resztę równowagi tych prawie zupełnie zanikłych narządów. Przemawia za tym raptowny spadek ciśnienia i wybitna sinica w okresie przedśmiertnym.

### **Goldstein i Lewin. Dwa przypadki plastyki klatki piersiowej przy jednostronnej gruźlicy płuc. (Operacja Sauerbrucha).**

W przypadkach jednostronnej rozpadowej gruźlicy płuc, przy jednoczesnym dobrym stanie drugiego płuca, o ile nie udaje się wykonać z powodu wzrostów opłucnowych sztucznej odmy, wykonywamy operację Sauerbrucha. Polega ona na tym, że wycinamy po stronie chorej od tyłu, w pobliżu kręgosłupa, odcinki długości 3 — 6 cm. ze wszystkich żeber, prócz 12-go, nie otwierając jamy opłucnej. W ten sposób klatka piersiowa po stronie chorej zapada się, zmniejsza wybitnie objętość płuca i umożliwia przez zmniejszenie się jam gruźliczych, powolne ich przerastanie tkanką łączną. Operacja ta, u nas mało znana, daje w odpowiednich przypadkach wyniki zupełnie dobre.

Dwa przypadki podane tu bynajmniej nie należą jednak do idealnych dla operacji Sauerbrucha, która wymaga, aby płuco po stronie nieoperowanej było zdrowe. Operowano jednakże chorych przez wzgląd na gwałtownie pogarszający się stan i niemożność w jakikolwiek inny sposób podziałania na przebieg choroby.

Pierwszy przypadek dotyczy S. A. 42 l. mężczyzny, który przed kilku laty przechodził zapalenie opłucnej. Niedawno znów zachorował; wystąpiła gorączka, dreszcze i kaszel. Chory przebywał kilka-

czas w stanie unieruchomionym, by dać rozwinąć się tkance łącznej; to też S. p. stosuje jednocześnie śródżylnie leki, sprzyjające rozwojowi tkanki łącznej. S. p. niejednokrotnie się przekonał o okresowej poprawie po odmie ze spadkiem  $T^0$ , zmniejszeniem laseczników w płwocinie, z zanikiem włókien elastycznych w niej, znikaniem potów i innych objawów wagotonicznych. A jednak po następnych insuflacjach następowało pogorszenie: odma samoistna po silnym kaszlu, krwiopluciu, prosówkowa t. b. c., zajęcie nerek i t. p. Wniosek o skuteczności odmy sztucznej może być słuszny dopiero po upływie 10—12 miesięcy.

Poncz, zastanawiając się nad znaczeniem odmy sztucznej, przypomina o remisjach samoistnych, spostrzeganych często w gruźlicy płuc. Najlepsze wyniki po odmie sztucznej osiągnano zawsze w gruźlicy włóknistej, wytwórczej, a więc gdy w mniejszym lub większym stopniu istniała skłonność do gojenia. Poważną rolę odgrywa tu odporność ustroju; potęgują ją warunki klimatyczno-dietetyczne, stąd tak ważny długotrwały pobyt w sanatorjach odpowiednich.

### Wertheim. Niezwykły przypadek niedrożności jelit.

W. przedstawia niezwykły przypadek niedrożności jelit. Preparat sekcyjny, pochodzący od chorego 48 l., który po raz pierwszy zachorował poważnie 4 tygodnie przed przybyciem do Szpitala wśród objawów niedrożności jelit. Objawy te po kilku dniach ustąpiły samorzutnie, poczym wystąpiły ponownie w słabszej formie, a na kilka dni przed wstąpieniem chorego na oddział stan jego pogorszył się wybitnie. Stwierdzono wzdęcie brzucha, wyraźny wzmożony ruch robaczkowy jelit, wymioty, zupełne zatrzymanie stolca i wiatrów, uderzającą bledłość powłok.

Laparotomia, wykonana w kilka godzin po przybyciu chorego do Szpitala, wykazała znaczne b. rozdęcie jelita krętego, przyczym odrazu wyłoniła się jedna pętla tegoż, wgłobiona na przestrzeni 15 cm.. Odcinek wgłobiony udało się bez najmniejszych trudności odgłobić, przyczym okazało się, że przyczyną wgłobienia był twór kulisty, wielkości małej cytryny, wypełniający całkowicie światło jelita i przyrośnięty częściowo do jego ściany. Szypule tej odpowiada w surowicowce wyraźna, wciągnięta blizna. Gruczoły krezkowe, odpowiadające wyżej wspomnianemu odcinkowi jelita, powiększone. Na razie wycięto odcinek jelita dług. 15 cm. wraz z wypełniającym go guzem i przywrócono drożność przewodu. Badając jelito dalej, stwierdzono w ścianie tegoż, w odległości  $\frac{1}{2}$  metra, w kierunku żołądka, analogiczny, tylko znacznie mniejszy guz w ścianie, na granicy krezki. Twór ten również usunięto. Sieć nie widoczna. Jamę brzuszną zamknięto całkowicie. Zabieg trwał około 40 minut. Chory zmarł po upływie 3 godzin, wśród objawów zapaści. Uderzała przytym niezwykła sińca.

Oględziny pośmiertne dały wynik zgoła niespodziewany. Stwier-



dzono mianowicie w jelicie krętym jeszcze jeden taki sam guz, jak wycięty, wielkości orzecha laskowego, miękki, ciemnoszary, zespolony ze śluzówką. Jelito poprzeczne, na długiej krezce, zstępuje prawie do miednicy. Sieć w małej miednicy; na końcu sieci guz, wielkości 1 1/2 pięści, o nierównej powierzchni. Gruczoły chłonne krezki i w okolicy bramy wątroby spoiste, na przekroju szczątkowa tkanka wątrobowa, częścią zmartwiała. — Pęcherzyk żółciowy duży, zawiera guz wielkości kciuka, siedzący na szypule. Obie nerki prawie zwykłej wielkości. Oba nadnercza wielkości pięści, na przekroju składają się z guzków rozmaitej wielkości o zabarwieniu białym do jaskrawo żółtego, częściowo rozpadające się. W płucach i szpiku kostnym brak zmian wyraźnych. — Badanie mikroskopowe guzów nadnerczy, jak również guzów jelita i pęcherzyka żółciowego oraz sieci, wykazało budowę typowego nadnerczaka.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na niezwykle, nietypowe umiejscowienie przerzutów nadnerczaka.

Oczywiście rozpoznanie kliniczne za życia nie było możliwe tymbardziej, że choroba zasadnicza, jak to często bywa w tych razach, przebiegała zupełnie skrycie.

Szybkie zejście śmiertelne należy, prawdopodobnie, przypisać ostrej niedomodze nadnerczy pod wpływem uspienia ogólnego, które zakłóciło resztę równowagi tych prawie zupełnie zanikłych narządów. Przemawia za tym raptowny spadek ciśnienia i wybitna sinica w okresie przedśmiertnym.

### **Goldstein i Lewin. Dwa przypadki plastyki klatki piersiowej przy jednostronnej gruźlicy płuc. (Operacja Sauerbrucha).**

W przypadkach jednostronnej rozpadowej gruźlicy płuc, przy jednoczesnym dobrym stanie drugiego płuca, o ile nie udaje się wykonać z powodu zrostów opłucnowych sztucznej odmy, wykonywamy operację Sauerbrucha. Polega ona na tym, że wycinamy po stronie chorej od tyłu, w pobliżu kręgosłupa, odcinki długości 3 — 6 cm. ze wszystkich żeber, prócz 12-go, nie otwierając jamy opłucnej. W ten sposób klatka piersiowa po stronie chorej zapada się, zmniejsza wybitnie objętość płuca i umożliwia przez zmniejszenie się jam gruźliczych, powolne ich przerastanie tkanką łączną. Operacja ta, u nas mało znana, daje w odpowiednich przypadkach wyniki zupełnie dobre.

Dwa przypadki podane tu bynajmniej nie należą jednak do idealnych dla operacji Sauerbrucha, która wymaga, aby płuco po stronie nieoperowanej było zdrowe. Operowano jednakże chorych przez wzgląd na gwałtownie pogarszający się stan i niemożność w jakikolwiek inny sposób podziałania na przebieg choroby.

Pierwszy przypadek dotyczy S. A. 42 l. mężczyzny, który przed kilku laty przechodził zapalenie opłucnej. Niedawno znów zachorował; wystąpiła gorączka, dreszcze i kaszel. Chory przebywał kilka-

krotnie w Szpitalu, wyjeżdżał na wieś, stosowano przytym rozmaite leki bez poprawy. Z powodu mocnych zrostów opłucnowych odma sztuczna dała wynik ujemny. Ostatnio stwierdzono rozległą rozpadową gruźlicę prawego płuca i zajęcie szczytu lewego płuca. Operację Sauerbrucha wykonano dwucziasowo — 28.X. i 20.XI 23 r. Chory zniósł zabieg dobrze i bardzo powoli następować poprawa. Dreszcze i poty znikły, ciepłota zaczęła opadać, łaknienie wróciło. O wyleczeniu ostatecznym oczywiście mówić trudno, ale znaczną bądź co bądź, w stosunku do stanu poprzedniego, poprawa jest taka, że możemy ją przypisać wyłącznie zabiegowi.

Drugi przypadek dotyczy 23 letniej kobiety S. W., która choruje od 2-ch lat. Kaszle, miewa krwiopłucie, w ostatnich kilku miesiącach s pluwa znaczną ilość flegmy, wysoko gorączkuje, miewa dreszcze i poty; stan ogólny jest ciężki. Próby insuflacji, wykonywane wielokrotnie, napotykały na zrosty i dawały wynik ujemny. Obiektywnie stwierdzono stłumienie po całej lewej stronie klatki piersiowej, u prawego szczytu również stłumienie. 12.II.24 i 26.II.24 wykonano operację Sauerbrucha. Chora naogół się poprawiła, ale o wyniku mówić jeszcze trudno, gdyż upłynęło od operacji zaledwie 2 tygodnie.

#### **M. Lubelski. Pokaz chorego po wycięciu górnej szczęki z powodu mięsaka.**

R. G., lat 45, przed 2 miesiącami spostrzegł obrzęk prawego policzka, który w ciągu ostatnich 2 tygodni przed operacją znacznie się powiększył. W miejscu obrzęku okazał się guz, który rósł z jamy Highmora, przeżarł przednią i wewnętrzną ścianę górnej szczęki (a można go było pod skórą wyczuć), wrastał do jamy nosa; w jamie ustnej stwierdzić można było, że rozrasta się i na wyrostku zębodołowym. W skrawkach guza wykryto budowę mięsaka naczyńniastego. W znieczuleniu miejscowym po dawce podskórnej morfiny (0,015) i po znieczuleniu  $\frac{1}{2}\%$  nowokainą z adrenaliną n. n. szczękowego, łzowego, nosowo-rzęskowego, nosowo-sitowego i skóry, nałożono podwiązkę na tętnicę szyjną główną. Cięcie Nelatona w dół i pod dolną powieką i przez grzbiet nosa; po odchyleniu płata skóry przebito cienkim płaskim dłutem spojenia kostne, usunięto górną szczękę, zachowując w całości podniebienie miękkie, co dało choremu możliwość spożycia płynnych pokarmów już w 5 tygodniu po zabiegu. Szwy zdjęto po 8-miu dniach; rychłozrost.

#### **Sprawozdanie z posiedzenia dn. 25 kwietnia 1924 r. (Ciąg dalszy).**

Przewodniczył Sołowieczyk.

#### **Dworecki. Pokaz aparatu do ilościowego określania mocznika.**

D. omawia istotę rozmaitych sposobów ilościowego określania mocznika w tkankach i płynach ustrojowych, jak krew, mocz i t. p.,

które możnaby podzielić na 3 grupy: I-szą stanowią sposoby, zapomo-  
cą których staramy się wyodrębnić w postaci chemicznie czystej  
mocznik lub jakikolwiek z jego związków. W sposobach II-iej grupy  
wyzyskujemy zdolność mocznika do hydrolitycznego rozszczepiania  
się pod wpływem pewnych czynników na kwas węglowy i amoniak,  
przyczym ilość tego ostatniego określamy bądź przez miareczkowa-  
nie, bądź kolorymetrycznie. Wreszcie podstawę dla sposobów III-iej  
grupy stanowi zdolność mocznika do głębszego jeszcze rozpadania  
się pod wpływem pewnych odczynników na azot i kwas węglowy.  
Reakcja ta, dzięki prostocie i szybkości wykonania, znalazła naj-  
większe rozpowszechnienie w użyciu klinicznym, w t. zw. sposobie  
podbrominowym, przebiegającym według wzoru:

$$\text{CO}(\text{NH}_2)_2 + 3 \text{NaOBr} = 3 \text{NaBr} + 2 \text{H}_2\text{O} + \text{CO}_2 + \text{N}_2.$$
 Kwas  
węglowy zostaje związany przez nadmiar ługu, a azot w postaci  
wolnego gazu zbiera się w przyrządzie ponad płynem w odpowied-  
nio skonstruowanej rurce endiometrycznej. Jednym z przyrządów ta-  
kich najbárdziej rozpowszechnionym, znanym pod nazwą urometru,  
jest aparat Ivon'a, którego niedogodności D. starał się usunąć  
przez wprowadzenie pewnych modyfikacji w budowie.

Referent pokazuje zarówno aparat Ivon'a, jak i skonstruowany  
przez siebie przyrząd i podkreśla następujące różnice w ich budo-  
wie. Rurka endiometryczna jest tu węższa i dłuższa, aniżeli w apar.  
Ivon'a, u dołu zaś posiada kuliste rozszerzenie. Zezwala to, dzięki  
mniejszej średnicy wewnętrznej, na ściślejsze odczytanie wyników,  
gdyż objętość azotu w przyrządzie posiada 3—4 razy większą wy-  
sokość. Zmniejszenie się objętości, spowodowane przez zwężenie  
rurki, zostało skompensowane przez kuliste rozszerzenie jej w dol-  
nym odcinku. Pozatym, w odróżnieniu od aparatu Ivon'a, rtęć w przy-  
rządzie demonstrowanym znajduje się stale w specjalnym zbiorniku,  
połączonym z rurką endiometryczną zapomocą krótkiej rurki gumo-  
wej, dzięki czemu osiąga się znaczne ułatwienie w wypełnianiu rurki  
rtęcią (wystarczy przechylenie) oraz przy przemywaniu aparatu.  
Obecność powyższej rurki gumowej zezwala przez zwykłe nacisnię-  
cie na dokładniejsze zmieszanie działających płynów i tłoczenie ku  
górze pęcherzyków azotu. Umożliwia to również ustawienie poziomu  
rtęci wewnątrz i zewnątrz rurki na tej samej wysokości. Wobec  
wielu tych zalet, napozór drobnych, których wartość uwydatnia się  
szczególnie przy wykonywaniu częstych określeń mocznika, prele-  
gent uważa wprowadzone przez siebie modyfikacje za ulepszenie  
przyrządu Ivon'a.

W dyskusji Poncz omawia ujemne strony aparatu Ivon'a.  
Pracując z powyższym aparatem, P. napotykał na trudności w wy-  
pełnianiu rurki endiometrycznej rtęcią, gdyż wytwarzała się często  
próżnia nad poziomem rtęci, co wpływało ujemnie na ściśłość obli-  
czania azotu. Należy się z tym liczyć szczególnie przy obliczaniu  
azotu w krwi, gdzie ilościowe wahania są bardzo nieznaczne. Apa-  
rat skonstruowany przez D. niedogodności te usuwa przez wprowa-



dzenie specjalnego zbiornika dla rtęci oraz rurki gumowej, dzięki czemu rtęć można zawsze doprowadzać do rurki [endiometrycznej i utrzymywać ją na stałym poziomie.

### Lubliner i Sołowiejczyk. Przypadek raka krtani.

K. Z., lat 50, o wątłej budowie, skarżył się na chrypkę, trwająca już od 2 lat. W narządach wewnętrznych nic patologicznego. Na lewej strunie głosowej guz owrzodziały wielkości fasoli, (badanie wstępne wykazało budowę rakowatą narośli). Jest to 13-ty przypadek raka krtani, operowany przez Soł.. Poprzednie 12-ście S. operował sposobem Glucka, (cięcie w kształcie litery T podłużne od kości gnykowej do mostka i u góry poprzeczne, równoległe do zuchwy. Obecnie wstępny zabieg S. wykonał sposobem Lewensena (cięcie w kształcie podkowy), z końcami cięcia od mięśni mostkowo - obojczykowo - sutkowych na wysokości kości gnykowej. Po odłączeniu w ten sposób płata skóry technika w dalszym ciągu operacji odpowiadała znów sposobowi Glucka; poprzecznym cięciem rozcięcie tchawicy, brzeg dolny jej przyszywa się do skóry mostka, krtani przy wyluszczeniu odłącza się od gardzieli. Trójkątny ubytek przełyku i gardzieli zaszyto po części podłużnym, po części poprzecznym szwem. Płat skórny (w kształcie fartucha) szczelnie obszyto wokół rurki tchawicznej, a z boku w miejscu jednym wstawiono szklane dreniki. Zaletą sposobu Levensena stanowi ta okoliczność, że jeżeli szwy na przełyku i gardzieli puszczą, to płat skórny automatycznie uszczela przetokę w przełyku, wzgl. zapobiega wytworzeniu się przetoki takiej. Po 5-ciu tygodniach chory wrócił do zdrowia; w 3-im tygodniu po operacji odżywił się przez usia.

W dyskusji Lubelski zaznacza, że nakładanie płata skóry na przetoki niegojące się zostało zapoczątkowane przez Diffenbacha (np. przy przetokach kałowych). Lipsztat, Abramowicz i Goldflam podkreślają wagę należytego rozpoznania anatomopatologicznego, zanim tak radykalną operację wykonać się zamierza.

### Sołowiejczyk. 2 przypadki kamieni żółciowych niezwykłej wielkości.

I-szy wagi 19 gr., wielkości małego kurzego jaja, usunięty 8.I.24. 65 letniej chorej na kamicę żółciową od 20 lat i ostatnio gorączkującej; 6.II.24 wypisana w pomyślnym stanie zdrowa.

II-gi przypadek: 3 kamienie w kształcie beczulek o wadze 19, 21 i 25 gram. wielkości małych jaj kurzych, usunięte 25.II.24 chorej 50-letniej, która po raz pierwszy dostała bólów w okolicy wątroby przed 3 miesiącami, przyczym miała gorączkę, wymioty — bez objawów żółtaczki. 30.III.24 wypisana zdrowa.

W dyskusji Goldflam pyta, czy chora 2-ga istotnie żadnych objawów wczesnych nie miała lub objawów wtórnych (np. bólów żołądka). Lubliner odpowiada, że nie skarżyła się na nic.

Lubelski przypomina, że badania pośmiertne często wykrywają kamienie żółciowe u chorych którzy bólów nie mieli; tak bywa z kamieniami, które tworzą się w pęcherzu, a nie w drogach żółciowych.

Abramowicz i Sołowiejczyk przypominają o często zdarzających się pod tym względem niespodziankach podczas otwarcia jamy brzusznej dla wykonania tego lub innego zabiegu.

**Floksztrumpf. Dwa wypadki raka sutka.** (Z oddz. M. Lubelskiego).

F. C., l. 55, przed 12 laty była operowana w Berlinie z powodu złośliwego nowotworu lewego sutka (odjęto pierś). Przed 6-ciu miesiącami chora wyczuła w okolicy prawego sutka guzek, który wyluszczone. Badanie stwierdziło w nim tkankę zmienioną rakowato. W Szpitalu dn. 6.IV.24, odjęto prawą pierś sposobem Kochera (podczas zabiegu stwierdzono zajęcie gruczołów pochwo-owych). W wypadku tym nie można stwierdzić stanowczo, że rozwój narośli rakowatej był w drugim sutku nawrotem tylko, czy też i tu również sprawą samoistną. Kocher wspomina o wznowach raka w 2-iej piersi po 23 latach. Z piśmiennictwa wiemy, że nawrót raka, rozwój jego i w 2-iej piersi, następuje b. prędko, jeżeli chora zachodzi w ciążę. Szereg autorów na podstawie dokładnych badań anatomopatologicznych twierdzi, że w większości wypadków mamy tu do czynienia ze sprawą samoistną.

F. H., l. 45, u której dopiero po próbnym wycięciu części guza i zbadaniu histologicznym wykonano odjęcia piersi.

Przypadki te przypominają nam raz jeszcze o konieczności tworzenia pracowni pomocniczych przy każdym większym oddziale chirurgicznym, na wzór francuskich lub niemieckich klinik, aby można było w ciągu 8—10 min. po zbadaniu skrawków z zamrażanych części narośli ustalić charakter guza; daje to możliwość chirurgowi dokonania i próbnego wycięcia i operacji radykalnej w ciągu jednego czasu. Po próbnym wycięciu skóry, chorzy jak wiadomo, często zwlekają z zabiegiem doszczętnym (w 1-ym z naszych przypadków chora czekała 6 mies.), a już i same wycięcie próbne staje się bodźcem dla szybszego rozrostu guza.

W dyskusji brali udział Lubelski, Goldflam, Goldstein, Abramowicz i Sołowiejczyk.

**Natanson. Pokaz noworodka niezwykłej wagi.**

N. pokazuje noworodka niezwykłego wagi 6400 gramów. Matka, o budowie miednicy prawidłowej, rodziła po raz 7-my. Po wyjęciu główki nie można było wyciągnąć tułowia z powodu skurczu szyi i temu przypisać należy śmierć dziecka; płód zbudowany prawidłowo, rozwinięty wyjątkowo dobrze.

## Sprawozdanie z posiedzenia dn. 16 maja 1924 r.

Przewodniczył W i z e l.

**Mackiewicz. O krwotokach w siatkówce i zaburzeniach psychicznych w przebiegu t. zw. Leptomeningitis haemorrhagica.** (Patrz art. oryg. Kw. kl. T. III, zes. III 1924).

W dyskusji Goldflam podkreśla, że — jak się ostatnio okazuje — Leptomeningitis haemorrhagica nie jest tak rzadką u nas chorobą, jak się zdawało. Rozpoznanie nie jest trudne; leczenie, jak wiadomo, przeważnie b. wdzięczne. G. sądzi, że o nawrotach prawdziwych mówić można jedynie, gdy mija kilka tygodni, miesięcy między napadami, inaczej są to tylko nasilenia tego samego napadu. — Miazdzyca naczyń, choroby nerek i t. p. cierpienia w grę tu, jako moment etjologiczny, nie wchodzi, raczej sprawy naczynioruchowe, przyczym sprzyjać tu krwotokom samoistnym może wrodzona wążłość naczyń.

Bregman sądzi, że sprawa nie ogranicza się tu tylko do opon miękkich, że prawdopodobnie objawy krwotoczne były w samym mózgowiu; wszak i połowicze porażenia w Leptom. Haemorrhag. należy w ten sposób tłumaczyć. Brak odruchu ze śc. Achillesa przemawiać może na korzyść myśli, że krwotok wystąpił i niżej, w kanale kręgowym, w oponie miękkiej rdzenia. O kile, jako momencie etjologicznym, należy tu pamiętać; Br. spostrzegał niedawno przypadek, w którym odcz. Wass. w płynie był dodatni. Spostrzegany w danym wypadku zespół objawów psychicznych, jak w chorobie Korsakowa, przemawia również i za cierpieniem mózgowia.

Flatau podkreśla zasługę Szpitala w sprawie wielostronnego opracowania tej postaci schorzenia oponowego. Objawy psychiczne po krwotokach samoistnych podpajęczynówkowych spostrzegał niejednokrotnie. Co do nawrotów i ich możliwości, to Flatau podziela zdanie Goldflama. Rola migreny w tym cierpieniu jest wątpliwa, jak również kiły, być może jednak, że w przebieganych chorobach łatwiej wystąpić może schorzenie krwotoczne samoistne opon miękkich.

Arkin sądzi, że w grę tu wchodzi najprawdopodobniej sprawa przemijające naczynioruchowe.

Wizel podziela pogląd Bregmana w danym wypadku, gdyż zespół Korsakowa najczęściej właśnie spostrzega się w sprawach rozlanych z zajęciem mózgowia.

**Merenlender. Dwa przypadki świerzbiączki (Prurigo Hebrae) z współistnieniem zaburzeń ustrojowych rozwojowych.** (Z oddz. St. Markusfelda).

W kwietniu r. b. przybyło na oddział 2-ch chłopców, chorych na świerzbiączkę z jednakowemi prawie objawami zaburzeń rozwojowych.

Poza zmianami skóry i układu chłonnego, charakterystycznymi



dla świerzbiczki, stwierdzono u H. G. lat 18, twarz nieruchomą, rozwój ciała, odpowiadający wiekowi lat 11-tu, zupełny brak uwłosienia pod pachami i b. skępe uwłosienie na spojeniu łonowym. Jądra rozwinięte nieźle, prącie natomiast, stale w półerekcji, nadmiernie rozwinięte nie tylko w stosunku do ogólnej konstytucji, ale do wieku chorego.

Badanie rentgenologiczne wykazało małe wymiary siodełka tureckiego, zachowane linje nasadowe na kościach ręki. Układ wegetatywny wykazał znaczną wrażliwość wago-toniczną.

W krwi — znaczna limfocytoza (47<sup>0</sup>/o) i powiększona ilość komórek kwasochłonnych (15,6<sup>0</sup>/o).

Narządy wewnętrzne, układ nerwowy, dno oka, mocz — bez odchyień od normy.

Odczyn Wassermana — ujemny.

U chorego 2-go S. C. — l. 17 — wąta budowa; w stosunku do wieku jest on słabo rozwinięty. Postawa ciała odpowiada wiekowi lat 9. Brak uwłosienia nad spojeniem łonowym i pod pachami. Prącie, i jądra bardzo mało rozwinięte, odpowiadające wiekowi 6 — 8 lat.

Rentgenogram wykazał kształt siodełka tureckiego normalny, wymiary zmniejszone; linje nasadowe jeszcze zachowane na wszystkich kościach ręki; nieznaczne skrzywienie kręgosłupa.

Układ wegetatywny — znaczna wago-tonja.

W krwi: czerwonych krążków 3.750.000., leukocyt — 10.800. Znaczna limfocytoza (49<sup>0</sup>/o) i powiększona liczba komórek kwasochłonnych (4<sup>0</sup>/o).

Narządy wewnętrzne, układ nerwowy, dno oka mocz — bez odchyień od normy.

Odczyn Wassermana — ujemny.

Przy porównaniu przytoczonych tu w skróceniu wyników badań, szczególnie rentgenologicznych, uwydatnia się wspólna cecha tych 2 przypadków, mianowicie niedorozwój, stan dziecięcy, ściślej t. zw. dysgenitalizm.

Współistnienie stanu dziecięcego przy świerzbiczce, aczkolwiek spostrzegane u powyższych tylko 2 chorych, godne jest zanotowania tym bardziej, że podobnych przypadków w dotychczasowym piśmien, nictwie M. nie znalazł. Następnie M. omawia też stosunek przerostu przysadki mózgowej do zaburzeń ustrojowych.

W dyskusji Flatau nie podziela naogół wywodów M., jakoby schorzenia przysadki mózgowej pozostawały w związku ścisłym przyczynowym z zaburzeniami ustrojowymi w rodzaju nprz. *Dystrophia adiposo-genitalis*. Według ostatnich badań, zwłaszcza szkoły francuskiej, może tylko akromegalja odnosi się do kategorii chorób, w których istnienie przerostu przysadki mózgowej nie budzi żadnych wątpliwości. Co się tyczy rentgenogramów w danych przypadkach, to zmian siodełka tureckiego F. tu nie spostrzega; wymiary jego wydają się normalne.

Mesz udziela wyjaśnienia w sprawie rentgenogramów. Kon-

kretnych danych co do wymiarów siodełka tureckiego niema; mówimy zazwyczaj, że jest ono większe lub mniejsze — w danych 2 wypadkach wydaje się, że są nieco zmniejszone; natomiast porównawcze badanie zmian w zahamowaniu skostnień przy nasadach kończyn wskazują tu wybitne upośledzenie.

Szo u r uważa dane przypadki, pod względem wrażliwości układu vegetatywnego, jako charakterystyczne dla wago-tonji. — Markusfeld ostrzega przed zbyt daleko idącymi wnioskami o patogenezie cierpienia 2 pokazanych chorych. Kobryner i Herman omawiają niektóre sposoby badania układu współczulnego.

### Milejkowski. Przypadek przymiotu przerostowego.

I. D., l. 48, przed 15 laty po raz pierwszy spostrzegł na twarzy wykwyty, które później rozprzestrzeniły się na ciele. Stan obecny: na wargach brodawkowate rozrosty, lekko krwawiące; na plecach wykwyty w postaci grudek, wielkości ziarenka soczewicy, pokryte strupami. Na wewnętrznej powierzchni skrzydeł nos, dno jamy nosowej oraz cała powierzchnia przegrody w dolnej i środkowej części pokryte są lepieżem przerostowym. Wasserman + + + +. Gruczoły chłonne miernie powiększone.

W dyskusji Markusfeld zaznacza, że uważałby dany przypadek raczej za nieleczoną kiłę 3-rzędową. Merenlender zastanawia się, czy nie jest to przypadek lues maligna.

### Arkin. Przypadek postępującego przewlekłego porażenia m. m. ocznych.

A. przedstawia chorą, u której stwierdza się porażenie wszystkich zewnętrznych mięśni gałki lewej oraz mięśni, unoszących obydwie powieki. Choroba wystąpiła w dzieciństwie. Ze względu na odchylenie lewego oka w bok, prelegent zastosuje w celach kosmetycznych tenotomję m. zewnętrznego prostego.

W dyskusji Jastrzębski uważa cierpienie to za niewątpliwie ośrodkowe jądrowe.

### Sterling Wł. Przypadek bromowej osutki guzowatej (*Bromodermat. tuberosum*).

Chorą B. Ch., l. 10, na oddziale od 12.VI. Według opowiadania rodziców cierpi na padaczkę, wobec czego stosowane były od dłuższego czasu odpowiednie środki bromowe. Po pewnym czasie wystąpiła wysypka (było to w zeszłym roku), powodująca od czasu do czasu swędzenie. Po kilku tygodniach wysypka znikła, lecz przed dwoma miesiącami znowu zjawiła się.

Stan obecny: na kończynach górnych i dolnych oraz na twarzy — wykwyty guzowate, płaskie, twarde, o powierzchni niegład-

kiej, pokrytej strupem ciemno-sinawym; na powierzchni guzów gdzieś niedługo jakgdyby wyniosłości brodawkowate. W moczu nic patologicznego.

Krew: cz. c. 4.490.000, biał. c. 13.500. Hemogl. 95 0/0. Wielojądrzast. 78 0/0. Limfocyt. 93 0/0. Przejściowych 4 0/0. Eozynof. 5 0/0.

W dyskusji brali udział Merenlender, Rosenberg, Zandowa i Sterling.

### J. Merenlender. Przypadek rogowca krwawego. (*Angiokeratoma Mibelli*).

U K. D., lat 17, widać na grzbietowych powierzchniach palców liczne rozsiane plamki sinawo-czerwone (wielkości łebka szpilki do małego grochu) i wybroczyny — pojedyncze, bądź zgrupowane. Z niektórych wybroczyn wystają ponad powierzchnię zrogowaciałe, kalafiorowate twory, wielkości ziarna prosa i większe, o zabarwieniu sinawym, nie znikającym przy ucisku. Cierpienie powyższe trwa od 4-let. W rodzinie chorego nikt podobnego cierpienia nie ma. Chory ma stale czerwone ręce, a zimą porą cierpi na odmroźliny; poza tym ma skrzywienie kręgosłupa i zapalne powiększenie gruczołów chłonnych (tbc?). Obraz krwi (kol. Sajdenbeutel) wykazuje leukocytozę (16.000); wzór: komórek obojętnochłonnych 41 0/0, limfocytów 33 0/0, przejściowych 13 0/0, kwasochłonnych 2 0/0, tucznych 2 0/0.

### J. Merenlender. Sarkoidy podskórne typu Darier-Rousy.

I. M., lat 44, rodziła 17 razy; 4 miesiące temu ostatni poród, bardzo ciężki, po którym gorączkowała kilka tygodni. Miesiąc temu zauważyła pojawienie się guzków na udach i pośladkach.

Stan obecny: w skórze dolnych kończyn, a przeważnie pośladków, wyczuwa się guzki w liczbie około 30-tu. Guzki te są wielkości od fasoli do greckiego orzecha i mają kształty okrągłe lub podługne, wrzecionowate, a są wyczuwalne jako twory, znajdujące się pod skórą. Skóra nad guzkami fałduje się nieco, jest jakby z nimi zrosnięta, lecz wogóle niezmieniona za wyjątkiem 3 — 4-let miejsc, gdzie jest sino-fioletowo zabarwiona. Podobne guzki w liczbie 3-let można wyczuć w skórze powierzchni brzucha, w liczbie 4-let na plecach oraz 2 na lewym ramieniu. Konsystencja guzków — twarżawa; przy mocniejszym ucisku guzki są bolesne.

Odczyn na tuberkulinę ( $1\frac{1}{2}$  miligr. „alttuberkuliny“ domięśniowo) — słaby (ciepłota 37,2<sup>o</sup>). Pirquet — słabo dodatni. Odczyn Wassermana — ujemny. Badanie morfolog. krwi: norma. Histopatologiczne badanie wyciętego guzka okazało utkanie gruzlicze, analogiczne jak przy tuberkulidach.



## Sprawozdanie z posiedzenia dn. 6 czerwca 1924 r.

Przewodniczył Altkaufer.

Berlis. **O odczynie skóry na jod w chorobie Düh-  
ringa.** (Z oddz. Wcł. Sterlinga. Patrz art. <sup>6</sup>oryg. Kw. klin. T. III,  
Zesz. III 1924).

W dyskusji Bregman padaje własne spostrzeżenia nad wpływem ujemnym jodu i wystąpieniem w związku z tym objawów nadmiernego tworzenia się wydzieliny gruczołu tarczowego (bezsensowności przyspieszonej czynności serca i n. innych) u chorego na kiłę mózgu. Zaprzestanie podawania jodu objawy te usunęło. Br. uważa za słuszne przypuszczenie prelegenta o możliwości koncydencji, wzgl. zależności 2 cierpień — choroby Dühringa i zaburzeń czynności tarczycy.

Rubinstein. **Przypadek guza przedramienia.** (Z oddz. A. Wertheima).

Chora przybyła do Szpitala z powodu guza przedramienia lewego. Od lat dziecięcych miała już 2 małe guzki: jeden poniżej stawu łokciowego, wielkości ziarnka grochu, drugi taki sam powyżej stawu łokciowego, po stronie wewnętrznej. Przed dwudziestu kilku laty guzek na przedramieniu zaczął powiększać się i wyrósł do rozmiarów dużej pięści. Przed 17 laty był operacyjnie usuwany poraz pierwszy, a przed 4 laty poraz drugi.

Obecnie na przedramieniu, po stronie wewnętrznej, stwierdza się guz w kształcie dużej gruszki, zwężonym końcem zwrócony ku stronie dłoni, o wielkości 2 złożonych pięści i powierzchni nierównej, usiany mniejszemi i większemi guzkami, konsystencji elastycznej, z wyraźnym chełbotaniem. Skóra tu w niektórych miejscach owrzodziła. Nad stawem łokciowym, po stronie wewnętrznej, na przebiegu pni nerwowych, guzowatość okrągła, wielkości jaja kurzego, dość ruchoma. Mięśnie ramienia lewego w stanie zaniku, ruchy w stawie łokciowym i barkowym bez zmian. Dłoń ustawiona w ułożeniu charakterystycznym dla porażenia nerwu łokciowego. Palce przykurczone. Mięśnie dłoni i śródreżca w stanie zaniku.

Zaburzenia nerwowe, typowe ustawienie dłoni i wreszcie guz nad stawem łokciowym na przebiegu nerwów nasuwały przypuszczenie guzowatości, pochodzącej z pni nerwowych. Trzykrotne wznovy świadczyły o tym, że ma się do czynienia z guzem, skłonny do przerostowych nawrotów, aczkolwiek charakteru względnie jednak łagodnego, gdyż dotychczas guz nie dał przerzutów. Dokonano amputacji kończyny górnej nad stawem łokciowym. Podczas operacji, usuwając guzek mały, mieszczący się na wewnętrznej stronie ramienia, ujawniło się, że pochodzi on z pnia nerwu łokciowego, od którego z trudem udało się go oddzielić.

Preparat anatomiczny narośli z przedramienia, wykonany przez

d-ra Jastrzębskiego wykazał, że duży guz składał się z 2-ch oddzielnych guzów, powstałych z pnia nerwu łokciowego i nerwu pośrodkowego.

Preparat mikroskopowy wykazał, że ma się do czynienia z nerwo-kłókniako-mięsakiem, który, jak wiadomo, polega na umiejscowionym rozroście tkanki łącznej pnia nerwowego, w pierwszej linii, z pochewek pierwotnych wiązek włókien nerwowych; tkanka guzowata ulega tu w późniejszym okresie śluzowatemu zwyrodnieniu na tle skrobiowatego zaniku naczyń.

**A. Zamenhof. Wysiłek w przedniej komorze, imitujący zwichnięcie soczewki do przedniej komory, z pokazem preparatów mikroskopowych.** (Z oddz. L. Endelmana).

Chora została skierowana do Szpitala z rozpoznaniem zwichnięcia soczewki i jaskry wtórnej. Klinicznie oko przedstawiało typowy obraz uwężnienia zwichniętej soczewki w źrenicy. Zupełna utrata czucia światła, silne bóle i twardość gałki nie dawały żadnej nadziei na przywrócenie wzroku, a zatem oko usunięto celem położenia kresu cierpieniom chorej.

Badanie histologiczne wykazało, że soczewka pozostała na swoim miejscu, a to, co znajdowało się w przedniej komorze było masą, składającą się ze ściętego błęka i wielkich komórek kulistych przypominających ztuszczone komórki nabłonkowe w zapaleniu płuc. Komórki te mogły być pochodzić albo z śródbłonna, pokrywającego tylną powierzchnię rogówki lub przednią powierzchnię tęczówki, albo też z nabłonka ciała rzęskowego. Układ ich i szczegółowe badanie histologiczne przemawiają raczej za tym ostatnim pochodzeniem, mielibyśmy tu więc do czynienia z niezwykle postacią zapalenia ciała rzęskowego, którą można byłoby nazwać *Cyclitis desquamativa* przez analogję z *Pneumonia desquamativa*.

**A. Zamenhof. Leczenie operacyjne zmętnienia rogówki.** (Z oddz. L. Endelmana).

Chory przybył do Szpitala ze zmętnieniami rogówki obu oczu po jaglicy, na którą cierpiał od 20 lat. Rogówki zupełnie matowe, z niewielką ilością naczyń, suche. Spojówki gałkowe xerotyczne. Na spojówkach powiekowych blizny jaglicowe. Przed 5 laty wyłuszczone górne tarczki (operacja Kuhnta). Siła wzroku: okiem prawym liczy palce na odległość 75 cm., lewym—na 20 cm.

Wobec tego, że stan taki trwa już od szeregu lat i wszelkie sposoby leczenia nie dawały żadnej poprawy wzroku, postanowiono spróbować na lewym oku (gorszym) zastosować operację Deniga, polegającą na wycięciu pasa spojówki gałkowej tuż ponad rogówką i przeszczepić na jej miejsce śluzówkę z ust. Operacja ta jest przeważnie stosowana przy uporczywej łuszcze jaglicowej i działanie jej polega prawdopodobnie na tworzeniu się jakby wału ochronnego, przecinającego drogę naczyniom, przesuwającym się ze spojów-

ki na rogówkę. Przypadek taki, z dobrym wynikiem, pokazywał już raz na posiedzeniu dr. Endelman\*).

W danym przypadku wprowadzie naczyń na rogówce było bardzo mało, natomiast zmętnienie rogówki można przypisać przeciwnie niedostatecznemu odżywianiu, na skutek braku naczyń w zbliznowaciałej spojówce. W podobnych przypadkach, według Deniga, operacja jego również jest skuteczna, a mianowicie: płat zdrowej śluzówki, przeszczepiony na miejsce spojówki zbliznowaciałej, wznawia rozwój naczyń w tym miejscu — co jest niezbędne dla odżywiania rogówki, gdyż nie posiada w stanie normalnym własnych naczyń.

Stan oka w dwa tygodnie po operacji znacznie się polepszył, a obecnie chory widzi tym okiem prawie tak samo, jak drugim, a więc liczy palce na przestrzeni 75 cm. i już teraz może przynajmniej się kierować tym okiem, gdy przed operacją oko to można było uważać prawie za ślepe.

Oczywiście, że nie jest to wiele, można jednak się spodziewać dalszego polepszenia. W każdym razie przypadek ten wskazuje, że nie należy rezygnować z interwencji nawet wtedy, gdy stan chorego zdaje się nieuleczalnym, gdyż i mała poprawa może mieć niekiedy dla chorego wielkie znaczenie.

### I. Lichtenberg i P. Rajman. **Przypadek Adipositas dolorosa Dercumi.** (Z oddziału G. Lewina).

G. E., l. 48, od roku — pomimo upośledzonego łaknienia — zaczyna szybko tyć. Z początku sutki — zawsze małe — szybko powiększyły się, jak u kobiety karmiącej, później grube warstwy tłuszczu zaczęły się odkładać na ramionach, brzuchu i udach. Wkrótce potem chora zaczęła odczuwać bóle (w miejscach odkładania się tłuszczu) samoistne i przy ruchach tak silne, że chora stała jęcząca, przestała sypiać, „lazła z bólu na ściany“, jak się wyrażała. Z tego też powodu chora udała się do Szpitala.

Przed 16 laty—lekki reumatyzm stawowy, który przeszedł bez śladu; pozatym zawsze była zdrowa. Menses od 12 roku życia, prawidłowe. Climax w 38 roku. Rodziła cztery razy, nie roniła. W rodzinie chorób przemiany materji oraz nerwowych nie było. Stan obecny: wzrost 150 cm., waga 66 kg., temperatura i oddech normalne, tętno 68—72 mierowe, ciśnienie krwi—R-R. 105—70. Skóra sucha, bez obrzęków i wyraźnych zmian troficznych. Brak zewnętrznych części brwi. Szyja krótka. Tarczycza powiększona; prawy jej płat przedstawia się jak guz, wielkości mandarynki. Zupełny brak włosów pod pachami, prawie zupełny nad spojeniem. Sutki wielkości głowy dziecka, konsystencji mięśnia napiętego, wiszące na wąskiej szypule; pod sutkami grube warstwy tłuszczu w postaci poduszek; nad spojeniem warstwa tłuszczu w postaci wałka grubości 16 cm., także nawarstwienia na ramionach i pośladkach. Miejsca

\*) Patrz artykuł. oryg. w tym zeszycie Kwartalnika.



tych nawarstwień są tak bolesne samoistnie i przy ucisku na nie, że chora stałą jęczy, nie sypia w nocy i nie może siedzieć, gdyż w poślądkach wywołuje to nieznośny ból. Pozatym w narządach wewnętrznych i układzie nerwowym nic szczególnego się nie wykrywa. Macica, jajniki i pochwa w stanie zaniku (przedwczesnym!). Chora wogóle osłabiona, apatyczna, narzeka tylko na swoje bóle „tłuszczowe”. Mocz—normalny, bez hypostenurji. Krew—norma. Pirquet, Wassermann, Botelho—ujemne. Röntgen wykazuje powiększenie siódła tureckiego. Układ wegetatywny: Aschner, Czermak, Erben, Ortner — ujemne; czerwona dermografja i arytmia oddechowa—umiarkowane; na adrenalinę reakcji żadnej, na atropinę i pilokarpinę — mierna (umiarkowana wago-tonja).

Chorej podawano w ciągu trzech tygodni thyreoidynę; ubyło jej 4 kg., bóle nieco się zmniejszyły. Rozpoznano t. zw. Adipositas dolorosa; jest to, jak wiadomo, niezmiernie rzadka choroba, opisana przez Dercuma. Z trzech postaci, pod którymi objawia się ta choroba — 1) otłuszczenie guzowate, 2) rozlane umiejscowione, 3) i rozlane ogólne — w przedstawionym przypadku mamy do czynienia z drugą formą, t. zw. lipomatose diffuse localisée, gdyż tłuszcz odkłada się tutaj tylko na pewnych miejscach i nie w postaci ograniczonej guzów, lecz rozlanej (diffuse). Za tą postacią chorobową przemawiają w naszym przypadku nietylko jaskrawy obraz kliniczny, lecz także odpowiedniki anatomo-fizjologo-patologiczne, gdyż dokładna analiza wykazuje wybitny udział gruczołów dokrewnych tu w tym obrazie chorobowym. Jeżeli stać na punkcie widzenia, że primus movens tej sprawy jest choroba tarczycy (2 przypadki Hornowskiego), to za udziałem jej w naszym przypadku w sensie hypofunkcji przemawiają wymownie: guz jej prawego płatu, zwolnione tętno, niskie ciśnienie krwi, brak potu i inne objawy wago-toniczne. Że przysadka mózgowa odgrywa niepoślednią rolę w patogenezie tej sprawy, przemawia również przypadek Hornowskiego, w którym on znalazł nowotwór, niszczący przysadkę mózgową. Powiększenie siódła tureckiego, łącznie z objawami dystrophiae adiposo-genitalis w naszym przypadku, przemawiają również za dysfunkcją (jeżeli wyraźnie nie niedomogą) przysadki mózgowej. Trzeci wreszcie gruczoł dokrewny—jajniki, przypuszczalne siedlisko patogenetyczne tej choroby, zdaje się jest w naszym przypadku również poważnie w grę wciągnięty, za czym przemawiają wczesny, wybitny zanik narządów rodnych w 48 roku życia, łącznie z okresem przekwitania—w 38-ym. Badanie kliniczne pozatym nie wykazało poważnych zmian w wątrobie, śledzionie i nerkach, które w pojedynczych przypadkach tej choroby znaleziono. Ten wybitny udział gruczołów dokrewnych w przedstawionym przypadku, łącznie z tak wyraźnym obrazem klinicznym, pozwalają też — z punktu widzenia diagnostyki różniczkowej — wyłączyć inne sprawy dokrewne (Adipositas simplex, Myxoedema, Dystrophia adiposo-genitalis, Lipomatosis Madelungi, Lipodystrophia progressiva), choroby nerwowe organiczne, Encephalitis

epidemiczna (ból, tydzień, bezsenność) lub czynnościowe (Hysteria, Akinesia algera) i t. d., a już tymbardziej rozmaite osteopatie, artrytyzm, myalgje i nerwobóle, pod których znakami często przebiegają nierozpoznawane choroby narządów wewnątrzwydzielniczych lub organiczne—nerwowe.

Niezłe wyniki naszego leczenia organoterapeutycznego zdaje się również przemawiają na korzyść naszego rozpoznania, chociaż naogół rokowanie w tej rzadkiej chorobie jest jeszcze nieustalone, jak również niejasna jest nadal jej etiologia.

**G. Bychowski i I. Lichtenberg. Przypadek guza przysadki mózgowej z objawami psychicznymi.** (Z oddz. G. Lewina i A. Wizła).

I. K., l. 17, przed 3 laty płonica, po której zaczął b. szybko rosnąć i tyć, szczególnie w 1 roku choroby i ostatnim półroczu. Od roku miewa napady, jakby zamroczenia padaczkowego, przez zdenerwowanie lub z głodu, trwające od kilku godzin do kilku dni, co kilka dni lub znów miesięcy, jakoby bez drgawek, natomiast połączone z dezorientacją i wymiotami. Od roku — coraz silniejsze bóle głowy, niekiedy zawroty. Z początku choroby sypiał 16 g. na dobę, ostatnio zaś bezsenność. Łaknienie wzmożone, przytym miewa niezwykle sensacje węchowe i smakowe; wzmożonego pragnienia niema. Zaparcie stolca. Czuje wstręt do osób płci żeńskiej. Erekcji i ejakulacji nie miał. Pozatym zawsze zdrowy; ma 9 rodzeństwa, jest 3-im z rzędu; rozwijał się normalnie; skończył 4-klasową szkołę. W rodzinie chorób podobnych i nerwowych nie było.

St. ob. Wzrost 178 cm. i atletyczna nieomal budowa (waga 189 f.) przy wybitnej astencji i indolencji. To rozrastanie się zarówno wzdłuż, jak i wszcz, odbywa się przedwcześnie na koszt obwodowych części kończyn i przedewszystkiem dotyczy kośćca, mięśnie bowiem są tylko miernie rozwinięte, tkanka zaś tłuszczowa jest wybitnie rozwinięta w okolicach piersi, nad spojeniem łonowym i górnej części ud; skóra bez większych zmian naczynioruchowych i troficznych, z wyjątkiem pewnej ciastowatości jej i braków uwłosienia, dotyczących brwi, warg, podbródka, okolic podpachowych i nad spojeniem. Głowa w całości wyraźnie duża (obwód 60 cm.); kościec oczodołu zgrubiałe; dno oczu i pole widzenia bez zmian; nadmierny nos, niekształtne małżowiny uszne, zęby, szczególnie dolne, rozsunięte; duża i prognatycznie wystająca szczeka, grube wargi. Język i migdałki niepowiększone, jama noso-gardzielowa o normalnej konfiguracji. Głos wysoki. Tarczycza niepowiększona. Klatka piersiowa i spojenie łonowe typu kobiecego z powodu znacznego podkładu tłuszczowego. Jądra w mosznie niewyczuwalne; moszna i prącie wybitnie hypoplastyczne. Stan bezgorączkowy, tętno do 90. Ciśnienie R-R 150. Mocz — do 3 litrów na dobę o c. g. 1009, bez składników patologicznych, bez hypostenurji. We krwi wyraźna limfocytoza. Pirquet, Wasserman, Botelho — ujemne. W narządach we-

wewnętrznych nie szczególnego. Wybitna hypotonja mięśni. Psychicznie z początku — indolencja nie tylko fizyczna, lecz i duchowa, otępienie afektywne, ubytki inteligencji, przy zupełnie zachowanej orjentacji. Układ wegetatywny: Aszner nie daje bradykardji, daje przykre objawy subiektywne; Czermak, Erben, Ortner, Lévy — ujemne; pilokarpina, zastrzyknięta podskórnje, wywołuje reakcję umiarkowaną (0.01); adrenalina (0.001) i atropina (0.001)—bez wyraźnej reakcji. Röntgen: siodło tureckie ogromnych wymiarów, zniekształcone, przeważnie z powodu zniszczenia dna siodła, pogłębionego i nierównego; przednie wyrostki pochyłe i dorsum zachowane. Koście stopy i dłoni duże, lecz linje nasadowe jeszcze zachowane. Somaticznie przypadek zasługuje na uwagę z powodu niektórych osobliwości w obrazie klinicznym. Przedewszystkiem przedstawia on połączenie akromegalji z dystrophia adiposo-genitalis. Jeżeli pierwsza zostaje wywołana najprawdopodobniej przez guz gruczolakowaty, wychodzący z komórek eozynochłonnnych przedniego płatu przysadki, z nadczynnością jego, to objawy zespołu Fröhlicha trzeba kłaść na karb hypofunkcji, wywołanej uciskiem tego guza na pars intermedia, tylny płat przysadki, względnie — na jądra wegetatywne dna III komory. Ostry początek po przebytej płonicy mógłby przemawiać za meningitis serosa, z następnym uciskiem na przysadkę, przez co zresztą również mogą mieć miejsce zmiany destrukcyjne przysadki. Zachowanie jednak proces. clinoid. i dors. sellae, brak tarczy zastoinowej, przemawiają przeciw tej koncepcji. Napady zamroczeń padaczkowych trzeba położyć na karb nie tyle schorzenia przysadki, ile wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego nie tylko przez guz, lecz również przez wtórne wodogłowie wewnętrzne, jakie w naszym przypadku niewątpliwie ma miejsce. Senność na początku choroby, która obecnie przeszła w bezsenność, tłumaczą sie sąsiedztwem ogniska chorobotwóczego z dużemi jądrami szaremi, i dnem III komory i przedstawiają zbliżone zjawisko, jak w pewnych postaciach letargicznych i aletargicznych nagm. zapal. mózgowia. Wzmożone łaknienie zależy również od sąsiedztwa dna III komory, niezwykle zaś sensacje smakowe i węchowe — od sąsiedztwa gyr. uncinat., prawdopodobnego ośrodka smakowego i węchowego. Uporczywe zaparcie stolca stanowi objaw typowy dla schorzeń przysadki, jak również brak libido sexualis, dla którego w naszym przypadku znajdujemy odpowiednik w wybitnie hypoplastycznych narządach płciowych osobnika. Od tego niedorozwoju gruczołów rozrodczych zależą również braki uwłosienia u osobnika. Ciekawy jest też tutaj brak zmian ocznych, w szczególności heminopsiae bitemporalis, tak charakterystycznej dla akromegalji. W naszym przypadku zależy to od okoliczności, że guz przysadki jest wewnątrzsiodłowy a nie rosnąc w kierunku do góry, omija nerw wzrokowy. Może to zresztą być zależne także od wielkości t. zw. cisterna chiasmatis, znajdującej się między przysadką a skrzyżowaniem nerwów wzrokowych i od zmienionej topografji chiasma nn. optic. Niedorozwój



narz. płciowych, który widzimy u pokazanego chorego, jest zjawiskiem w akromegalji niestałym (według Kreuzfelda w 36,40/0 przyp.). W naszym przypadku jest ona połączona także z niedomogą czynnościową ich. Limfocytoza wyraźna u naszego chorego jest zjawiskiem, spotykanym przeważnie przy nadczynności rozmaitych gruczołów dokrewnych (Status thymicus, M. Basedowi, Acromegalla). Hypotonja mięśni, która jest u naszego chorego nieomal tak wybitna, jak przy myatonji, zdaje się, zależy tu raczej od ucisku wodogłowia wewnętrznego na duże jądra podstawowe, niż od ucisku guza na szlaki pozapiramidowe czołowo-śródmózgowo-mózdzkowe.

Poza temi niepowszedniemi objawami somatycznymi chory przedstawia b. rzadkie zaburzenia psychiczne. Jeszcze przed pierwszą serją naświetlań R. (składającą się z 5 seansów, które zniósł dobrze, bez wyraźnego jednak efektu), chory zapadł nagle w stan zamroczenia świadomości.

G. B y c h o w s k i uzupełnia przemówienie Licht. wskazaniem że, gdy chory przybył na oddział psychiatryczny w IV. r. b., pozostawał w ciągu paru dni w stanie podniecenia, wypowiadał urojenia, lecz, zaburzeń skojarzeniowych wyraźnych nie wykazywał. Opuścił oddział z zupełną poprawą stanu psychicznego. Gdy wrócił po miesiącu miał już zespół objawów psychicznych o charakterze organicznym (zaburzenia orjentacji, pamięci, zwolnienie procesów myślowych). W dalszym przebiegu — urwienia o typowym charakterze katatymicznym (zgodne z obawami i życzeniami pacjenta) i o genezie łatwej do wyjaśnienia. Ostatnio — urojenia prześladowcze treści homoseksualnej. Ze wszystkich wymienionych wyżej objawów chorego te jedynie można z dużym prawdopodobieństwem odnieść do zmian hormonalnych w ustroju, wywołanych przez schorzenie zasadnicze. Wyzwolony w ten sposób pierwiastek równopłciowy (homoseksualny) mógł się na zewnątrz ujawnić w postaci owych urojeń. Następnie B. omawia przypuszczalny związek schorzeń przysadki z zespołami psychiatrycznymi.

W dyskusji B r e g m a n zaznacza, że istotnie zaburzenia psychiczne w przypadkach nowotworów przysadki należą do rzadszych, lecz przytacza 2 własne spostrzeżenia, w których miały miejsce również wybitne zaburzenia psychiczne, zbliżone do wymienionych u pokazanego chorego.

### Markusfeld. Przypadek włókniiwości nerwów. (*Neurofibromatosis*).

Zmiany skórne u 35 letniej F. C. wystąpiły we wczesnym dzieciństwie, stopniowo objęły całą powierzchnię skóry, prócz k. k. d. Menses od 12 r. życia. Zameżna od 12 lat; w ciąży nie była. Ostatnio bóle w okolicy krzyżowej, ogólne wyczerpanie, szum w uszach, uczucie palenia w rękach, brak łaknienia. St. ob. Budowy prawidłowej. Na skórze: 1) prawie na całej powierzchni ciała od uwłosionej części głowy (twarz, plecy, pośladki, pierś, brzuch,

k. k. górne, włącznie tylne powierzchnie palców, gdzieniegdzie k. k. dolne) szereg guzków oddzielnie lub w grupkach, bez specjalnego umiejscowienia w stosunku do kierunku nerwów, naczyń, wielkości od łebka szpilki do włoskiego orzecha, o barwie czerwonej, miękkich, o powierzchni skóry nad nimi suchej, nieco bolesnej; 2) na pozostałej powierzchni skóry suchej, o normalnej grubości, plamki ciemne barwikowe, nieznikające pod uciskiem, do wielkości dużej główki szpilki, a prócz nich i szereg niewystających nad powierzchnię skóry większych plam ciemnych. W krtani na lewej stronie rzekomej — nacieczenie z nalotem; na prawdziwych strunach zlewające się guzki; tylna ściana krtani zgrubiała (Lubliner). W narządach wewnętrznych, układzie nerwowym bez zmian szczególnych; w układzie vegetacyjnym objawy sympatykotonji. Rentgen.: skrzywienie boczne grzbiet. części kręgosłupa; w płucach — obustronnie apicitis (przew. spraw. strona). W krwi.: czerw. ciał 2.568.000., leuk. 9.800.; Neutrof. 68 0/0.; Kwasochłonnych 1 0/0.; Zasadochłonnych 0.5.; Limfocytów 13. Przejściowych 14. Myelocytów 1. Metamyelocytów 2.5.

W dyskusji brali udział: Rosenberg, Jastrzębski, Markusfeld.

Markusfeld. **Przypadek znamienia brodawkowego zrogowaciełego.** (*Noevus hyperkeratosus praecipue verrucosus, linearis et unilateralis*).

10 letni T. N. przybył na oddział 21.5 r. b. Zaraz po urodzeniu spostrzeżono u zewnętrznego kąta oka lewego czerwoną plamkę, a w końcu pierwszego miesiąca plamki takie w różnych okolicach lewej 1/2 tułowia i lew. k. k.; wyrosłe koło nosa wystąpiły dopiero rok temu. W rodzinie choroby takiej nie było. St. ob.: chłopczyk pogodny, umysłowo normalny, o nieznacznej być może asymetrii lewej 1/2 czaszki i nieco starszym nad wiek wyglądem twarzy, z nieznacznym skrzywieniem kręgosłupa, ma znamię na skórze na całej lewej 1/2 ciała do linii środkowej, przeważnie na głowie, szyi, brodzie, piersiach, brzuchu i pośladkach, a także na k. k. g. i d. (choć w słabszym stopniu). Znamię to w postaci szeregu zgrupowanych płaskich brodawek, wielkości łebka szpilki, skupia się przeważnie w wielokątne grudki, o barwie miejscami czarnej. Na powierzchni niektórych grudek widać wtórne brodawkowate twory, przeważnie w postaci igiełek, miejscami przechodzących w twory rogowe; takie twory rogowe spostrzega się też na końcu nosa, brodzie, szyi, skórze czaszki, na kończynie górnej i na plecach w liczbie kilkudziesięciu, łatwo krwawiących, w kształcie najdziwniejszym wielkości do ziarnka grochu.

Na uwłosionej części głowy twory te nieznacznie przechodzą poza środkową linię na prawą stronę; na miejscu zajęтым przez twory te brodawkowate włosów prawie niema, powierzchnia skóry sucha.

Nowotwory te szczególnie na niskim czole chorego, ku linii środkowej, tworzą ciemny, prawie czarny pas z kilku wystającymi brodawkami. Na policzku, wardze górnej, nosie, twory te występują nie tylko jako t. zw. plaques, ale i w postaci podłużnych powrózków i ponad powierzchnią skóry. Cześć policzka (trochę dalej od nosa) wolna, również i wązki pasek koło ucha, ku dołowi, do szyi.

Na piersiach u obojczyka i na lewym ramieniu prawie jednolita masa nowotworowa. U łopatki — kilka linii powyżej opisanych tworów ze znacznieszym uwłosieniem bliżej środkowej linii ciała. Pod pachą i poniżej klatki piersiowej skóra wolna. Na brzuchu, plecach i pośladkach rodzaj pancerza lewostronnego z pozostawieniem małej części zdrowej skóry. Na lewej połowie członka i u podstawy prącia z lewej strony, ściśle do środkowej linii ciała, te same nowotwory, które wzdłuż szwu na scrotum przechodzą ad anum, tu wokoło odbytu widać trochę wyrosli.

Na k. d. rozwój brodawek nieznaczny, przeważnie na wewnętrznej stronie\* biodra, wokoło kolana, w jamie podkolanowej a także na tyle stopy, po linii środkowej, z przejściem na 3-ci, 4-ty palec; podudzia wolne.

Powyżej opisane guzy w okolicy stawu barkowego przechodzą na ramię i przedramię w postaci pasów, o szerokości 3-ch poprzecz. palców, przeważnie wzdłuż promieniowej strony, przesuwając się na tył palucha i palca wskazującego. Po stronie łokciowej znajdujemy wąskie, prawie kreskowate, rozmieszczenie tych guzków, które dopiero w dolnej części przedramienia i na dłoni, także po stronie łokciowej, występują jako twarde, podobne do odcisków, twory, wystające o  $1\frac{1}{2}$  cm. nad powierzchnię. Takie same modzelowate twory na dłoniowej powierzchni 4-go palca. Wolne są tylko środkowe części dłoni i palec 3-ci; tył dłoni poza paluchem wolny.

Na prawej  $\frac{1}{2}$  ciała znamię tylko na plecach, przeważnie w okolicy łopatkowej, dokąd przechodzi bezpośrednio ze strony lewej i szyjowej nadobojczykowej, a także wzdłuż zewnętrznego brzegu ramienia i przedramienia. Pozostała skóra, wolna, normalna, sucha, szorstka (lichen pilaris). W krwi cz. c. 400.000, leuk. 12.500; z tego neutrof. 53<sup>0/0</sup>, limf. 35<sup>0/0</sup>, monoc. 5<sup>0/0</sup>, kwasoch. 7<sup>0/0</sup>.

Chcąc w danym wypadku ustalić zależność rozmieszczenia guzków od przebiegu poszczególnych pni nerwowych, możnaby raczej było przypuszczać tu pewną zależność zajęcia oddzielnych terenów skóry chorej od unerwienia pojedynczych gałązek nerwowych, względnie rozsiania tworów na skórze w dziedzinie unerwienia poszczególnych korzeni tylnych (wzgl. odcinków rdzenia); przemawia za tym do pewnego stopnia ta okoliczność, że na k. k. górnych i tułowiu znamiona występują w postaci pasów, lecz nie na wszystkich участках skóry daje się to stwierdzić. Na tułowiu znamię ogranicza się przeważnie do lewej  $\frac{1}{2}$  ciała, lecz przekracza również i linię środkową. Na twarzy znów dziedzina nerwu trójdzielnego zdawałoby się



jest prawie wolna, lecz i tu pojedyncze znamiona zajmują różne miejsca na powierzchni twarzy.

W dyskusji Jastrzębski omawia patogenezę cierpienia i uzależnia je od zaburzeń odżywczych nerwowych.

### Sprawozdanie z posiedzenia dn. 20 czerwca 1924.

Przewodniczył Bornsztajn.

#### Sterling Wcł. Przypadek pergaminowej skóry barwikowej. (*Xeroderma pigmentosum*).

Chora K. L., l. 9, na oddziale od 2.V. b. r. Jak twierdzi matka, dziecko zachorowało w pierwszym roku życia. Proces chorobowy zajął wpiery skórę, później zaś po kilku latach (dokładniej określić nie może) — przeszedł na oczy. W rodzinie matki żadnych chorób skórnych nie było; co do rodziny ojca, matka nic nie wie.

Skóra: Na skórze (w miejscach, dostępnych działaniu promieni słońca) twarzy, szyi, zewnętrznej powierzchni małżowin usznych oraz grzbietowych powierzchni dłoni i przedramion występują barwikowe zmiany, składające się z plamek barwy brunatnej. Na nosie oraz na skroniach skóra bliznowato zmieniona.

Jamy nosowe: Skrzydła nosowe częściowo wessane i skrócone, również przegroda chrzęstna. Po stronie prawej muszla średnia i dolna w stanie częściowego zaniku; z lewej—zanik w znacznie mniejszym stopniu.

Oczy: Skóra na dolnych powiekach bliznowato zmieniona, skurczona, dolne brzegi powiekowe zniszczone. W oku prawym, w dwóch miejscach, spojówka powiekowa zrosnięta z gałkową (symblepharon); w oku lewym — taki sam jeden zrost. W dolnej części prawej rogówki duże gęste plamy, w lewym — jedna na brzegu rogówkowym. W miejscach zmętnienia rogówki spojówka gałkowa narasta na rogówkę w postaci skrzydlika (pterygion). Dno oczu bez zmian.

Badanie krwi: cz. c. 3.384.000; biał. c. 10.200, Wielojądrz. 83 0/0. Limfocyt 11 0/0. Przejsiowych 5 0/0. Eozynochł. 1 0/0.

Mocz — nic patologicznego.

W dyskusji Endelman podkreśla, że bliznę skrzydlikowatą (pseudopterygium) chorej w danej chwili trudno byłoby operować ze względu na ogólne cierpienie oczu. Rosenberg sądzi, że w grę tu wchodzi zaburzenia odżywcze skóry, usposobionej do tego cierpienia, wzgl. na skutek wrażliwości skóry na pewne kategorie promieni, jak o tem sądzi Brocq'a.

Lubliner pyta, czy zmiany wskazane występują i na skórze osłanianej przed prom. słońca. Sterling w odpowiedzi tłumaczy, że słońca promienie nie są jednak czynnikiem, który cierpienie wywołuje; etiologia schorzenia nie jest jasna. Usposobienie skóry niewątpliwie istnieje i gra wybitną tu rolę.

## Goldstein. 2 przypadki ropni podprzeponowych u dzieci. (Z oddz. A. Sołowiejczyka)

Ropnie podprzeponowe zdarzają się u dzieci rzadko. G. pokazuje dwoje dzieci, operowanych w ostatnich czasach z dobrym wynikiem z powodu ropni podprzeponowych. Wczesne rozpoznanie ma znaczenie decydujące dla wyniku operacyjnego.

Pierwszy przypadek dotyczy 6-cio letniego A. R., który zachorował przed 10-ciu dniami z bólami w brzuchu w okolicy praw. podżebrza. Na początku lekarz ordynujący rozpoznał zapalenie wzrostka robaczkowego, później zapalenie płuc i opłucnej.

St. ob. Opuszczenie wątroby o palec poniżej łuku żeberowego, bolesność z tyłu na wysokości 11 — 12 żebra; stłumienie od tyłu zaczyna się od kąta łopatki. Nakłucie w 9-tym międzyżebrzu głębokie — płyn ropny. Rezekcja 9 — 10 żebra na przestrzeni 4-ctm. Po obszyciu opłucnej, przecięcie przepony brzusznej i wypuszczenie ropy — po 2-tych tygodniach dziecko wypisano ze Szpitala w zupełnie dobrym stanie. Obecnie zdrowe. Przebieg tego przypadku był łagodny ze względu na wczesne rozpoznanie i operację (10 dni od początku choroby).

Drugi przypadek, który był operowany znacznie później, miał przebieg o wiele cięższy i dłuższy.

7-mio letni M. M. gorączkuje od 5-ciu tygodni, ból w prawym dole biodrowym. Objawy w okolicy kątnicy spowodowały przepisanie dziecka z oddziału wewnętrznego na oddz. chirurgiczny. Tu na oddz. chir. wystąpiło stłumienie po prawej stronie klatki piersiowej od kąta łopatki w dół; wykonano kilkakrotne nakłucia próbne. Otrzymano w 9-tym międzyżebrzu płyn surowiczy. Dziecko przepisano z powrotem na oddz. wewnętrzny. Wobec tego, że ogólny stan dziecka się stale jednak pogarszał, ciepłota trzymała się w granicach między 39—40<sup>o</sup> i wszystkie objawy wskazywały na jakiś proces ropny w okolicy wątroby, dziecko przepisano powtórnie na oddz. chir. Przybyło ono w stanie bardzo ciężkim. Po przekłuciu próbnym k. w 8-ym międzyżebrzu od przodu, otrzymano gęstą, cuchnącą ropę. Wobec tego wykonano w tym miejscu resekcję 8-go i 9-go żebra i po obszyciu opłucnej, przecięto przeponę; z otworu wyciekło przeszło 100 ctm.<sup>3</sup> gęstej cuchnącej ropy. Przebieg pooperacyjny był długotrwały i ciężki. Dziecko wypisano do domu w dobrym stanie z raną zagojona dopiero po 2<sup>1/2</sup> miesiącach.

Arkin. Układ nerwowy a jaskra. (Odczyt; patrz art. oryg. Kw. klin. T. III, Zesz. IV.)

## Sprawozdanie z posiedzenia dn. 26 września 1924.

Przewodniczył Endelman.

### H. Altkaufer. Przypadek przetoki pochwowo-szyjowo-pęcherzowej, operowany drogą cięcia brzuszego.

A. przedstawił chorą 19-letnią, niezamężną, która przybyła na oddział mówcy w końcu roku ubiegłego ze skargą na palenie i swędzenie w okolicy sromu i na częste i bolesne oddawanie moczu (mętnego i krwawego). Dolegliwości te wystąpiły na 2 tygodnie przed wstąpieniem chorej do Szpitala. Pierwsza miesiączka przed rokiem. Następne 3 -- 4 -- 5 średnio obfite, niebolesne; ostatnia 3 miesiące temu. Pacjentka nie rodziła, nie roniła, nie chorowała. Od kilku lat miewa stosunki płciowe, oddając się jednocześnie samogwałtowi. Budowa, odżywienie dobre. Narządy wewnętrzne bez zmian. Błona dziewicza przepuszcza swobodnie 2 palce. Znaczne podrażnienie skóry w okolicy sromu, wewnętrznych powierzchni ud, warg mniejszych, większych i łechtaczki. Z pęcherza przez cewnik wycieka mętny, gęsty i krwawy mocz. Cewnik napotyka znajdujący się w pęcherzu nieruchomy kamień moczowy. Mocz zasadowy. W moczu inasa ropnych i czerwonych krwinek. Elementów nerkowych nie wykryto. Przy badaniu przez pochwę, na granicy między górną a średnią częścią pochwy, wyczuwa się jakieś obce ciało. Napotykanie przedmiot, który po dość znacznym wysiłku udało się ręcznie usunąć, okazał się spinką, używaną do przypinania kołnierzyka z przodu do koszuli. Spinka, jak później zaznaczyła chora, znajdowała się w pochwie od lat pięciu. Górna jej część była otwarta i zwrócona ku górze, w stronę sklepienia pochwy. Części pochwowej nie wyczuto; miejsce, gdzie znajdowała się spinka, uznano za okolicę zewnętrznego ujścia szyi macicy. Stwierdzono przy badaniu, że trzon znajduje się w przodozgięciu, jest ruchomy, wielkości prawidłowej, twardawy. Przydatki, przymacicza — bez zmian. Zalecono: dietę, urotropinę, błękit metylenowy i kąpiele. Po kilku dniach zastosowano przepłukanie pęcherza roztworem kwasu borowego. Podczas przepłukiwania zauważono, że większa część płynu, wprowadzonego do pęcherza wycieka przez pochwę. Fakt ten skłonił mówcę do ponownego zbadania chorej w uśpieniu eterowym. Badanie to ustaliło: w górnej części pochwy, gdzie znajdowała się podstawa spinki, stwierdzono znaczne zwężenie pochwy, przepuszczające zaledwie 3-ci numer rozszerzacza Hegara. Po ostrożnym rozszerzeniu zwężenia rozszerzaczami Hegara wprowadzony palec wyczuł znajdujący się powyżej zwężonego miejsca kamień moczowy, stanowiący z poprzednio wyczutym kamieniem w pęcherzu jedną całość. Kamień skruszono przy pomocy cążków, poczym udało się wejść palcem do otworu, znajdującego się w tylnej ścianie pęcherza moczowego. Szyi macicy wyczuć się nie dało. Nie można było



również wyczuć trzonu. Okazało się, że podczas pierwszego badania przyjęto za trzon macicy skruszony następnie kamień. Badanie za pomocą cystoskopu wykazało obecność otworu podłużnego, o brzegach szarpanych, w górnej części tylnej ściany pęcherza.

Mówca przypuszcza, że spinka, którą wy dobył z pochwy, została wprowadzona przez osobę niepowołaną zamiast „grzybka“, jako środek, mający zapobiegać ciąży. Pozostająca w pochwie przez szereg lat spinka wywołała podrażnienie przylegających do niej ścian, złuszczenie nabłonka, objawy zapalne tkanek, rozrost ziarniny, co wreszcie doprowadziło do bliznowatego zwężenia. W ten sposób nastąpiło wrośnięcie i unieruchomienie podstawy spinki. Unieruchomiona spinka górnym swym końcem wywierała ucisk na tylną ścianę pęcherza moczowego, powodując ostatecznie powstanie przetoki pochwowo-szyjowo-pęcherzowej, gdyż wskutek ucisku uległa również zniszczeniu przednia warga szyi. Tylna ściana szyi przyrosła do tylnej ściany pochwy. W ten sposób dałaby się wytłumaczyć niemożność wycucia części pochwowej przy badaniu przez pochwę.

Z powodu stosunkowo wąskiej pochwy i wysokiego umiejscowienia przetoki, o usunięciu kalectwa przy pomocy jakiejś operacji pochwowej nie mogło być mowy i dlatego mówca w lutym r. b. operował chorą wśródpęcherzowo, sposobem Trendelenburg'a (po zupełnym wyleczeniu niezytu pęcherza).

Dokonany zabieg pozostał jednakże bez wyniku pomyślnego dla przyczyn następujących: podczas operacji wprowadzono do pęcherza od strony brzucha d. gruby dren gumowy. Po pewnym czasie dren usunięto i ranę sączkowano za pomocą pasków gazy. Przechodziły tygodnie, a rana się nie chciała zagoić. Podejrzewano lues lub tbc. Wszystkie jednak badania w tym kierunku nie dały wyników dodatnich. Przystąpiono wówczas do rozszerzenia rany i przekonano się, że gojeniu przeszkadzał wrośnięty do otworu przetoki w ścianie pęcherza kawałek gazy. Podczas usuwania gazy uszkodzoną została blizna w okolicy zaszytej w swoim czasie przetoki i moc zaczął się znowu wydzielać przez pochwę. Gojenie się rany na brzuchu trwało kilka tygodni i dopiero w końcu sierpnia można było przystąpić do powtórnej operacji. Zabieg wykonano zupełnie inaczej, aniżeli za pierwszym razem, gdyż, postępując wówczas ściśle podług wskazówek Trendelenburg'a, przekonano się, że cięcie było za małe, dostęp do przetoki b. utrudniony, a więc odświeżenie przetoki i zeszytie brzegów b. trudne. Dokonano przez to wtedy zwykłego podłużnego cięcia brzuszego. Po otwarciu jamy otrzewny okazało się, że prawidłowo rozwinięta macica znajduje się w tyłozgięciu i jest ruchoma. Jajnik prawy powiększony, ruchomy. Zamiast jajnika lewego — torbiel wielokomorowa, wielkości średniego jabłka, ruchoma, bez zrostów. Trąbki prawidłowe. Torbiel usunięto, kikut obszyto i peritonizowano. Następnie, poczynając od dna, rozcięto podłużnie aż do okolicy ujścia wewnętrznego cewki, przednią ścianę pęcherza moczowego. Przy pomocy lejców przytwier-

dzono brzegi rozciętego pęcherza do ściany brzusznej. Dostęp do przetoki okazał się b. dogodny. W okolicy przetoki, znajdującej się w dolnej, prawej, tylnej części pęcherza, przepuszczającej swobodnie palec, ranę odświeżono, odseparowano błonę śluzową i nałożono 2 piętra (w kierunku poprzecznym) szwów jedwabnych. Podczas szycia śluzówki samej nie przekłuwano. Pęcherz zeszyto szwem 2-piętrowym (1-sze — jedwabiem, 2-gie — katgutem). Wszystkie szwy pojedyncze. Brzuch zamknięto szwem 5-pietrowym (na skórę nałożono klamerki Michel'a). W okolicy rany pęcherzowej, przez dolny odcinek rany brzusznej, wprowadzono dren gumowy. Do cewki wprowadzono cewnik stały Petzer'a.

Przebieg pooperacyjny — bez powikłań. Po tygodniu usunięto cewnik stały i chora zaczęła prawidłowo oddawać mocz. Po dwóch tygodniach zagoił się zupełnie otwór, pozostawiony w dolnym odcinku rany brzusznej. Chora obecnie jest zdrowa; mocz (czysty) oddaje 3 — 4 razy dziennie, w nocy rzadko.

Badanie cystoskopowe (kol. Datyner) wykazało, że błona śluzowa pęcherza w okolicy zeszytej przetoki i zeszytej ściany przedniej jest zupełnie gładka, bez objawów stanu zapalnego.

---

---

### T R E Ś Ć N U M E R U :

*L. Endelman.* W sprawie operacyjnego leczenia łuszczyki jaglicowej.—  
*J. H. Skotnicki.* O wpływie roentgenoterapii na objawy oczne w przypadkach nowotworów mózgowia.—  
*W. Arkin.* Układ nerwowy a jaskra.—  
*L. Nudelman.* Przyczynek do symptomatologii krwotoków samoistnych podpajęczynówkowych (Leptomeningitis haemorrhagica).—  
Sprawozdania z posiedzeń naukowych (marzec — wrzesień 1924 r).

---

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

*L. Endelman.* Sur le traitement operatoire du pannus trachomateux.—  
*J. Skotnicki.* L'influence de la Rentgentherapie sur les symptômes oculaires dans les cas des tumeurs cérébrales.—  
*W. Arkin.* Le système nerveux et la glaucome.—  
*L. Nudelman.* Contribution à l'étude sur la symptomatologie des haemorrhagies subarachnoïdiennes idiopathiques (Leptomeningitis haemorrhagica). Comptes rendus des séances cliniques à l'hôpital israélite à Varsovie.

---

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **H. Altkaufner, E. Flatau, Wł. Sterling, J. Szwajcer.**

---

Adres Redakcji:

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

Dr. **J. Rotstadt**

Adres Administracji: (czasowy)

Elektoralna 11, tel. 37-33, Dr. **H. Altkaufner.**

---

Skład Główny: w Księgarni „Polska Składnica Pomocy Szkolnych”  
Marszałowska 143, tel. 40-64.