

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA.

(Z ODDZ. WEWNĘTRZNEGO DR. G. LEWINA).

Wątroba a nadwrażliwość.

Podał

J. Fliederbaum.

Dzięki badaniom lat ostatnich wiadomo, że choroba posurowicza, dychawica oskrzelowa, pokrzywka, wyprysk, niektóre postacie migreny, t. zw. nadwrażliwość pokarmowa i szereg innych chorób — to schorzenia pokrewne. Są bowiem homologami wstrząsu anafilaktycznego, a występują u osób o wzmożonej wrażliwości wrodzonej (idiosynkrazja) lub nabytej. Są one odczynem na wprowadzenie pozajelitowe białka obcego lub na zmianę własności fizyko-chemicznych białka ustrojowego, wywołaną przez czynniki mechaniczne, chemiczne, cieplne i t. d.

Takie ujęcie patogenезы omawianych schorzeń ma duże znaczenie praktyczne — przez leczenie swoiste czy nieswoiste udaje się bowiem chorych odpowiednich „odczulić”. To postępowanie nie prowadzi jednak do całkowitego, trwałego wyleczenia — po pewnym czasie może być nawrót choroby lub jedno ze schorzeń pokrewnych. Przyczyna leży bowiem głębiej — na te schorzenia zapada tylko człowiek, do tego usposobiony. Na czym jednak polega owo „usposobienie ustrojowe” — nie wiemy. Wymienienie takich czynników, jak obarczenie dziedziczne, neuroartrytyzm, nerwica naczyńioruchowa,

wrodzona dystonia układu wegetatywnego (obecnie przez szereg badaczy, np. *Guillaume'a*, kwestjonowana), zaciemnia tylko genezę rozpatrywanych schorzeń.

Otóż sądzić należy, że w tych stanach dużą rolę odgrywa wątroba, a posiadamy dane, że rola ta jest znacznie większa, niż dotąd przypuszczano.

Oddawna wiadomo, że białko tylko wtedy wywołuje u zwierzęcia wstrząs, gdy jest wprowadzone z ominięciem przewodu pokarmowego. Wiadomo również, że podanie pozajelitowe zwierzęciu jego własnej krwi z żyły wrotnej wywołuje u niego wystąpienie wstrząsu, natomiast podanie krwi z innych żył wstrząsu nie wywołuje (*Widal*). A zatem wątroba zatrzymuje widocznie pewne ciała chemiczne, szkodliwe dla ustroju (p. niżej!).

Następnie, wątroba wytwarza lub przynajmniej wydziela jakiś związek, który wywołuje wystąpienie wstrząsu anafilaktycznego (*Manwaring*): u psa, uczulonego na pewien rodzaj białka, wycięcie wątroby wyłącza wystąpienie wstrząsu po powtórnym wstrzyknięciu tegoż samego białka we właściwym czasie. Jeśli natomiast włączymy do krwioobiegu psa normalnego wątrobę psa anafilaktyzowanego, łącząc żyłę wrotną i żyłę próżną dolną takiej wątroby z tętnicą i żyłą szyjną psa normalnego, to wstrząs powstanie po zastrzyku dożylnym odpowiedniego białka.

Ciało, wywołujące wstrząs, bliżej nieznana „anafilotoksyna”, znajduje się we krwi, wypływającej z wątroby; niema go natomiast w krwioobiegu ogólnym: jeśli bowiem wstrzyknjemy do żyły kręzkowej psa uczulonego białko uczulające i wstrzyknjemy krew, wyciekającą z takiej wątroby, psu normalnemu, to wywołamy u niego typowy wstrząs anafilaktyczny. Natomiast ani przetoczenie krwi psa, przechodzącego wstrząs, psu zdrowemu, ani przetoczenie krwi psa, uczulonego na pewien rodzaj białka, psu normalnemu oraz następowy zastrzyk dożylny właściwego białka wstrząsu nie wywołają (*Manwaring*).

Gdzie więc zatrzymuje się wielce niebezpieczna dla ustroju anafilotoksyna—jakie urządzenie obronne zatrzymuje ją w wątrobie? Badania *Mautner'a*, *Molitor'a* i *Pick'a* nasuwają przypuszczenie, że zadanie to spełniają opisane

przez tych autorów „mięśniowe tamy żyłne“. Twory te, znajdujące się w wewnątrzwątrobowej części żyły wątrobowej, pełnią czynność, analogiczną do zwieraczy. Otóż, anafilotoksyna, jak zresztą i produkty rozpadu białka, wywołuje skurcz mięśni tam żylnych, uniemożliwiający przedostanie się „złej krwi“ poza wątrobę. Na to „przeciwanafilaktyczne“ działanie wątroby składają się, jak należy sądzić, 2 czynniki—wymieniony mechaniczny oraz chemiczny, wątroba bowiem wiąże i unieszkodliwia do pewnego stopnia wywołujące, wprowadzone poza jelitowo. Dupêrle i Belot np., badając czynność wątroby u dzieci, chorych na błonicę, leczonych surowicą swoistą, zauważyli, że choroba posurowicza nie występuje u dzieci z wątrobą zdrową, występuje natomiast, gdy wątroba dziecka czynnościowo niedomaga, przyczym nasilenie objawów choroby posurowicznej jest tym większe, im większą jest niedomoga wątroby.

Skoro zatem wątroba jest chora, to nie zdola dać rady w walce z czynnikami szkodliwymi, wprowadzonymi pozajelitowo, to też łatwo mogą powstać stany, pokrewne nadwrażliwości. I rzeczywiście, 1) w przypadkach z niedomogą wątroby spostrzegamy „brzuszy“ równoważnik wstrząsu — „wstrząs hemoklastyczny“ (Widal) i 2) u znacznej części chorych na dychawicę oskrzelową stwierdzamy przez pewien czas po napadzie zwiększenie urobilinogenu w moczu, co dowodziłoby przejściowej niedomogi wątroby, towarzyszącej dychawicy (Hajós).

Ze zjawiskiem analogicznym mamy do czynienia po doustnym wprowadzeniu białka, wzgl. produktów jego rozpadu. Tu jednak, gdy zawiedzie czynnik chemiczny, broni ustrój przez czas pewien czynnik mechaniczny—skurcz mięśniowych tam żylnych—przed nawalem anafilotoksyny i produktów szkodliwych, przyniesionych przez przewód pokarmowy. Gdy jednak i on zawiedzie, wtedy przez niedomknięte tamy, jak przez otwarte drzwi, dostają się do krwi wspomniane ciała i ustrojowi grozi niebezpieczeństwo powstania stanów anafilaktycznych. I rzeczywiście, u osobników, odpowiadających na wprowadzenie pozajelitowe białka wybuchem pokrzywki i nie dających tych objawów po podaniu go doustnym lub doodbytniczym—u tych osobników chwilowe, przejściowe uszko-

dzenie wątroby (i jelit) przez spożycie np. dużych ilości alkoholu umożliwia wystąpienie pokrzywki nawet wtedy, gdy owo białko wprowadzimy doustnie lub doodbytniczo (Hajós).

Co się staje z anafilatoksyną czy innymi związkami analogicznymi, które się dostały do ustroju z ominięciem przewodu pokarmowego lub poprzez wątrobę chorą?

Jak widzieliśmy, we krwi podczas wstrząsu anafilaktycznego ich nie ma. Jak więc ten wstrząs powstaje?

W przebiegu wstrząsu anafilaktycznego oraz jego homologów stwierdzamy szereg zaburzeń ze strony układu nerwowego (p. niżej). Stąd powstało przypuszczenie, że odbywają się one drogą wpływu na ośrodkowy układ nerwowy. Wiemy jednak, że ciało chemiczne działa na układ nerwowy tylko wtedy trując, gdy się dostaje do płynu mózgowo-rdzeniowego, natomiast nie działa, gdy dochodzi do układu nerwowego z prądem krwi (Hauptmann). Otóż wiemy, że w przebiegu schorzeń wątroby ciała chemiczne łatwiej dostają się do płynu mózgowo-rdzeniowego ze krwi, że w żółtaczce ciężkiej barwki żółciowe przechodzą do płynu mózgowo-rdzeniowego (Hauptmann), że w przebiegu ciężkich schorzeń wątroby oraz po podwiązaniu tętnicy wątrobowej dochodzi do zmian wstecznych w ośrodkowym układzie nerwowym (Kirszbaum), wreszcie, że anafilatoksyna przechodzi z krwi do płynu mózgowo-rdzeniowego (Stern).

A więc nasuwa się wniosek, że wątroba, pobudzona przez ciała, wywołujące wstrząs, wprowadzone pozajelitowo lub przez przewód pokarmowy, produkuje anafilatoksynę, którą w warunkach prawidłowych zatrzymuje. W niedomodze wątroby lub po powtórny pozajelitowym wprowadzeniu tych ciał anafilatoksyna wydobywa się z wątroby, i dzięki przepuszczalności zwiększonej opon i spłotu naczyńniastego, towarzyszącej niedomodze wątroby, przechodzi do płynu mózgowo-rdzeniowego, wywołując podrażnienie ośrodków układu roślinnego, ośrodków nerwu błędnego. Stąd w przebiegu poszczególnych homologów wstrząsu—zespół takich objawów, jak spadek ciśnienia krwi, skurcz mięśni gładkich oskrzeli, przewodu pokarmowego i pęcherza moczowego, zwiększona przepuszczalność naczyń płucnych (Manwaring), zwiększenie stężenia jonów Ca we krwi, (Callenberg, Hopmann),

kwasica tkanek (Bigwood, Eggstein, Hirsch i inn.), zwiększenie się ilości globulin we krwi (Landsberg) i t. d.

Gdy więc w zjawiskach, wyżej wymienionych, współdział wątroby jest tak wybitny, należałoby w niej szukać zmian w przebiegu najrozmaitszych schorzeń, pokrewnych nadwrażliwości.

Miałem właśnie możność obserwować na oddz. d-ra Lewina szereg wypadków, z których 3, spostrzegane wspólnie z kolegami Lichtenbergiem, Mitzem i Z. Segalem, szczególnie zasługują pod tym względem na uwagę.

Przyp. 1. Chora, l. 14, na oddz. od 9.II.25. W dzieciństwie—ciężkie zapal. gardła. Od 3 l.—dolegliwości sercowe. Ostatnio—stan b. się pogorszył.

St. ob. Budowa +. Odżyw. liche. Obrzęki kończyn dolnych i krzyża. T^0 +. Orthopnoe. Tętno 112, słabo wypełnione. Niedomykalność i zwężenie zastawki dwudzielnej. Niedomoga mięśnia sercowego (zastój żylny płuc, nerek, wątroby—brzeg wątroby o dłoń poniżej łuku żeberowego, o powierzchni gładkiej; obrzęk skóry, puchlina opłucnej; ilość dobową moczu 140 cm^3 , ślad białka). Naparstnica, kamfora i dicipuratum dożylnie stanu nie polepszyły. Przeciwnie, objawy niedomogi postępują. Ilość dobową moczu zmniejsza się, białka 0,5⁰/₁₀₀.

17.II. Wstrzyknięto dożylnie 1 cm^3 10⁰/₁₀₀ novasurułu; pęcznie moczu wzrosło do 1¹/₂ l. w ciągu doby, zmniejszyły się inne objawy zastoinowe.

20.II. Ilość dobową moczu 220 cm^3 ; białka 1,2⁰/₁₀₀, urobilinogen w ilości niezwiększonej. Wstrzyknięto 1 cm^3 novasurułu dożylnie; chora oddała 3¹/₂ l. moczu, samopoczucie—lepsze, obj. zastoinowe—mniejsze.

27.II. Wątroba większa niż w dniu przybycia, wzrosły również inne obj. zastoinowe, wystąpiła puchlina brzuszna. Urobilinogen w ilości zwiększonej.

3.III. Wstrzyknięto dożylnie 1 cm^3 novasurułu; w godzinę po zastrzyku wystąpiły nudności, wymioty, dreszcze. Diureza—1¹/₂ l. w ciągu doby. Objawy zastoinowe (obrzęki i puchliny) mniejsze, białko znikło. Urobilinogen nadal w ilości zwiększonej.

7.III. Wątroba o 2 palce poniżej pępka. Urobilinogen w l. znacznie zwiększonej.

20.III. Wstrzyknięto 1 cm^3 novasurułu dożylnie. W godzinę potem—dreszcze, ból głowy, ból w okolicy serca, ogólne osłabienie, wieczorem T^0 38⁰/₁₀₀. Moczu 2 l. na dobę. Urob-gen zwiększ.

2.IV. Silne swędzenie skóry. Na kończynach gór. i dolnych—pokrzywka. Stan podgorączkowy. Zmiany skórne postępują.

Chorą przeniesiono na oddz. skórny d-ra Sterlinga (zmiany skórne o charakterze wyprysku). 19.IV. wróciła na oddz. z po-

prawą. 11.V. zaczęła chodzić. 1.VI. wypisała się bez duszności, obręzków i puchlin. Wątroba znacznie mniejsza. Ilość dobowa moczu prawidłowa. Tętno 100. Chodząc, nie doznaje uczucia zmęczenia.

Przyp. 2. Chora, lat 45, przybyła 23.VII.25. Od 15 lat—kamica żółciowa. Ostatni napad przed $\frac{1}{2}$ r. Przed 6—7 tygodniami—zimnica—typowe napady co drugi dzień, po chłynie znikły. Po kilkudniowej przerwie w godzinach popołudniowych—napad dreszczy, bólów w podżebrzu prawym, gorączka; w nocy—swędzenie, nudności i wymioty, a nad ranem—na kończynach górnych i dolnych oraz na twarzy „pokrzywka”; objawy trwały przez dobę. Podobne napady miała jeszcze 3-krotnie, z tygodniow. przerwami. Wywiady w rodzinie bez znaczenia. Perjody zawsze prawidłowe, ostatnio—co 3 tygodnie.

St. ob. Bud. +. Odżyw. +. T⁰ +. Tętno+. Rozedma płuc. Zagęszczenie prawego szczytu. Wątroba powiększona, bolesna, brzeg ostry, powierzchnia twarda, gładka; okolica pęcherz. żółciow. bolesna. Śledziona powiększona, bolesna. Urobilinogen w il. zwiększonej. Krew: pasorzyty trzeciaczki +. Wassermann —. Treść żołądk.: HCl $\frac{67}{84}$. Treść dwunastnicowa: w porcji B pod drobnowidzem skupienia leukocytów, tabliczki cholesteryny. Próba Widał'a (wstrząs hemoklastyczny) +. Ukł. nerw. roślinny: wybitna vagotonia.

W czasie pobytu w Szpitalu chora miała 5 napadów: 31.VII, 2.VIII, 4.VIII, 12.VIII oraz 14.VIII; zawsze zrana lub dzień przed napadem—silne bóle w okolicy wątroby. Napad rozpoczynał się od uczucia palenia koniuszczków uszu, dłoni, stóp; następnie występowały po sobie: dreszcze, gorączka, swędzenie, wysypka (pokrzywka) oraz nudności i wymioty; wątroba przytym b. bolesna, śledziona — powiększona. Po leczeniu chininą, błękitem metylenowym i urotropiną (dożylnie) napady ustąpiły. Bolesność wątroby znikła, urobilinogen w moczu w il. prawidłowej. Napady dotąd (koniec września) nie powtarzały się.

Przyp. 3. Chora, l. 52, od 16 l.—kamica żółciowa, 5 mies. temu wytworzyła się samoistna przetoka zewnętrzna pęcherzyka żółciowego. Od kilkunastu lat (o kilka lat później, niż napady kamicy)—napady typowe dychawicy oskrzelowej. W wywiadach o rodzinie—częste przypadki gruźlicy. Chora przechodziła zap. gardła i gościec stawowy. Po wytworzeniu się przetoki napady kamicy ustały, a dychawicy były słabsze i rzadsze.

St. ob. Rozedma płuc. Przetoka zewn. pęcherzyka żółciowego. Wątroba duża, twarda, gładka, o brzegu zaostrozonym. Pirquet+. Urobilinogen w il. prawidłowej. Mocz +. Krew 11000 leukocytów, 60% eozynofiliów. Próba Pollitzera i Stolza: po zastrzyku 2 cm.³ novasurolu chora straciła 2 kg. na wadze. Treść dwunastnicowa: porcji B nie udało się otrzymać (zam-

knęcie przewodu pęcherzykowego?), w porcji C—białawe pasemka, pod drobnowidzem—rupa.

W przedstawionych przypadkach były zatem stany chorobowe, które powstały pod wpływem zmian w układzie koloidalnym ustroju, wywołanych przez novasurol i pasorzyty zimnicy (rozpad krwinek czerwonych). Przeto koloidy organizmu zamieniały się na koloidy, obce ustrojowi — z innymi własnościami fizyko-chemicznymi („autoklazja“ Widala). Każdy nowy zastrzyk novasurolu oraz każdy napad zimnicy powodował taką samą zmianę, jak poprzedni, musiał zatem, jak każde powtórne lub następne wstrzyknięcie uczulającego koloidu, wywołać wstrząs anafilaktyczny czy stan chorobowy pokrewny.

Za takim charakterem napadów przemawia: 1) brak objawów po pierwszych zastrzykach oraz przez pierwsze dwa tygodnie zimnicy („okres inkubacji nadwrażliwości“), 2) stopniowe narastanie objawów w 1-ym przypadku po iniekcjach następnych (analogja do objawu Arthus'a!) oraz takie objawy, jak dreszcze (zajęcie ośrodka cieplnego), nudności, wymioty (obrzęk śluzówki żołądka), ogólne osłabienie (spadek ciśnienia krwi), bóle o charakterze dusznicy bolesnej prawdziwej i objawy skórne (swędzenie, pokrzywka, wyprysk); analogiczne objawy w 2-im i dychawica oskrzelowa w 3 przypadku.

Objawy te wystąpiły u osób z wątrobą chorą, niewydolną — w 2 przypadkach wskutek kamicy żółciowej, w 3-im — wskutek niedomogi mięśnia sercowego. Zaburzenia wątrobowe poprzedzały we wszystkich przypadkach objawy nadwrażliwości wogóle i w dwóch przypadkach—wybuchy poszczególnych napadów. Wraz ze zniknięciem, czy też zmniejszeniem się objawów niedomogi wątroby znikaly napady, czy też zmniejszały się ich częstość i nasilenie—wobec powyższego słusznym wydaje się wniosek, że niedomoga wątroby była w przedstawionych przypadkach tym czynnikiem, który ułatwił wystąpienie nadwrażliwości i „u s p o s o b i ł“ ustrój do zapadnięcia na jedną z chorób, należących do grupy anafilaktoidalnych.

Z powyższego możemy wysnuć wniosek, że w tych stanach baczna, między innymi, trzeba zwracać uwagę na wątrobę, albowiem tu nieraz kryje się właściwa przyczyna choroby.

PIŚMIENNICTWO.

1. Guillaume. Vagotonies etc. Masson. 1925. 2. Manwaring. Journ. of Amer. med. Ass. 1921. Nr. 11, 1923—Nr.Nr. 5 i 20, 1924—T. 82 Nr. 19 i T. 83 Nr. 26. 3. Mautner. Klin. Woch. 1924, Nr. 51. 4. Dupêriê et Bêlot. Pr. Med. 1924, Anal. 79. 5. Hajós. Wien. Klin. Woch. 1924, Nr. 24 i Zeitschr. f. ges. exp. Med. 1925, Bd. 45, H. 3—4. 6. Hauptmann. Klin. Woch. 1925, Nr. 27. 7. Kirschbaum. Kl. Woch. 1924, Nr.Nr. 16 i 22 (referaty). 8. Hoffmann. Klin. Woch. 1925, Nr. 38. 9. Landsberg. Rozprawy Akad. lek. T. II.

Z ODDZIAŁU PSYCHJATRYCZNEGO SZPITALA
(ORDYNATOR A. WIZEL).

Oświeślenie psychoanalityczne przypadku parafrenji.

Podał

Władysław Matecki

Asystent Oddziału.

Minęły czasy, kiedy psychjatra w swej pracy naukowej ograniczał się do notowania najbardziej skrupulatnego symptomatologii chorób umysłowych, przebiegu ich, doskonalenia rozpoznania różniczkowego objawów klinicznych i rokowania. Okresowi temu monachijski psychjatra Kraepelin dał genialny wyraz w swym klasycznym kilkutomowym podręczniku psychjatrii klinicznej, kreśląc nie tylko barwne, wyczerpujące opisy chorób umysłowych, lecz tworząc szereg nowych jednostek klinicznych, jak *dementia praecox*, psychoza maniakalno-depresyjna i analizowana niżej *paraphrenia*. W tym kierunku psychjatrii klinicznej, opisowej, obiektywnej, wyłom uczyniły badania szkoły Zuryskiej z Bleulerem i Jungiem na czele, którzy, wspierając się na zdobyczach psychoanalitycznych Freuda, zwrócili uwagę na pokłady nieświadomego, istniejącego pod cienką nieraz powłoką świadomości ludzkiej, na szereg mechanizmów, kierujących naszym życiem psychicznym. Badacze ci zaczęli dążyć do zrozumienia, do wczucia się w patologię psychiki ludzkiej, dynamikę różnych objawów chorobowych

i wzajemne ich powiązania. Dzięki tym usiłowaniom, często najbardziej opaczne objawy psychozy, która wszak jest zjawiskiem o niezwykle skomplikowanej, nie bezładnej jednak budowie, nabierał głębszego znaczenia. W tym kierunku zmierza również analiza naszego przypadku.

Z historii choroby podam tylko najbardziej charakterystyczne momenty:

O wywiady trudno, gdyż rodzina chorego znajduje się w Ameryce, a informacji udzielili rodacy z Polski. W rodzinie ani psychoz, ani osobliwości psychopatologicznych nie było. Chory B., rzemieślnik, był zawsze wesoły, dowcipny, myślący, dużo czytał. Najwięcej interesował się sprawami społecznymi. W miasteczku na kursach doszkalających był jednym z najpilniejszych. Brał żywy udział w ruchu społecznym: zrazu sjonista, staje się coraz bardziej krańcowym, dochodzi do komunizmu. Z oddaniem pracuje w partii. Był zawsze naturą marzycielską. Członkowie rodziny byli pełni wzajemnego kultu; tylko z ojcem zatargi na tle ideowym. W 1920, przed Inwazją bolszewicką, emigruje do Ameryki, tu pracuje w fabryce, pomaga rodzinie, z którą mieszka, bierze czynny udział w życiu robotniczym. Przed powrotem do Polski B. doznał kilku niepowodzeń w Ameryce: przedewszystkiem zawodu miłośnego (w kraju kochał się już w jednej pannie); w wyborach do zarządu związku robotniczego jego kandydatura upadła, nie przyjęto w redakcji jego utworów literackich. Był nerwowo chory. W jakich warunkach wrócił do Polski, trudno ustalić.

Na oddziale B. zrazu nie zdradza swych urojeń; stopniowo zaczyna się wynurzać. „Rząd Polski ściągnął go do kraju, gdzie mają mu zaproponować stanowisko ministra lub prezydenta“. „Na jego cześć w teatrze Małym urządzono przedstawienie. Odwiedzają go członkowie Sejmu. Cała Polska widzi w nim nie tylko wielkiego polityka, ale, co najważniejsze, niezwykłego poetę“. Twierdzi, że tylko wychowywał się u Żydów; w rzeczywistości urodził się katolikiem. Wypowiada również urojenia prześladowcze. Mówi o rodzinie swej, która chciała go zmusić do ożenienia się z siostrą. Stopniowo liczba prześladowców się zwiększa. Należy do nich rząd Amerykański. Ale wśród prześladowców prym biorą bracia. Aby go zmusić do ożenku z siostrą, pozbawiono go potencji płciowej, niszczone mu jądra. Później jednak moc płciową zwracano mu. Opowiada, że w Ameryce umieszczono go w szpitalu więziennym, gdzie odurzano go morfiną, pozbawiono władzy nad sobą. Przez cały czas pobytu na oddziale, B. z nikim nie utrzymuje kontaktu, pełen poczucia swej wyższości. Strona intelektualna, poza sferą jego urojeń, żadnych zbroczeń nie przedstawia. Nastrój i zachowanie — zawsze szarmonizowane z urojeniami. Układ nerwowy przedmiotowo i narządy wewnętrzne +.

Jaką jest geneza przeżyć B., którego obraz chorobowy ujęliśmy pod względem klinicznym, jako parafrenję Kraepelina?

Rozpoczęło się od okresu, w którym, według B., znajdował się on w stanie, jakby odurzenia morfiną, kiedy nie panował nad sobą, nie rozumiał ani otoczenia, ani siebie samego. Wtenczas właśnie rozpoczęły się prześladowania, wtedy zaczęły go atakować siostry wynurzeniami miłosnemi i t. d. Czuł, że traci równowagę psychiczną, że psychika jego została pchnięta na nowe nieznane mu, zupełnie obce tory. I właśnie uczucie obcości własnych przeżyć duchowych jest faktem niezwykle doniosłym w danym przypadku; niejednokrotnie jesteśmy świadkami tego rodzaju początku choroby psychicznej. Ludzie zaczynają odczuwać, że obce dla nich staje się to, co przedtem było im bliskie, co wzbudza najżywszy oddźwięk, — obcy staje się nie tylko świat otaczający, ale własne ja, jaźń i ciało. Chory staje bezradnie wobec tej zmiany ustosunkowania się psychicznego do świata otaczającego, nie rozumie, co się dzieje naokoło niego, z nim i w nim samym. Mówi, że dzieje się z nim jakaś „historja“, sensu której nie rozumie. Gdy przybył do Polski, zwracał się do rządu i Sejmu z pismem, w którym nietylko oświadcza gotowość przyjęcia najwyższych stanowisk w państwie, lecz prosi o wyjaśnienie, „co to wszystko znaczy“. I ninie, jako „człowieka rządu“, prosi, abym mu rozświetlił te ciemności, z których nie może znaleźć wyjścia. Czuje, że do jego psyche wtargnęły jakieś nowe, nieznane mu pierwiastki. Mówiąc słowami i terminologią Jaspersa, B. odczuwa, że w nim odbywa się nie rozwój jego właściwości charakterologicznych (*Entwicklung der Persönlichkeit*), lecz czuje, że w duszy jego zachodzi „proces“, polegający na tem, że nowe elementy przeniknęły do jego jaźni. Ten właśnie charakter procesu, czegoś zupełnie heterogennego (tak przedstawia się to zjawisko fenomenologicznie, dla świadomości chorego, gdyż, jak ujrzymy niżej, ta heterogenja jest właściwie ujawnieniem się pewnych własnych nieświadomych przeżyć chorego) jest rysem zasadniczym, jeżeli chodzi o psychozę analizowaną. Bo czym są w rzeczywistości te nowe siły, które atakują zdrową dotychczas psychikę B.? Na pytania to możemy odpowiedzieć, korzystając z doświadczeń psychoanalitycznych w rozbiórach innych przypadków (Freud,

Perenczi, Abraham, Jung i inni). Otóż z tych badań okazuje się, że w pewnych warunkach—a tymi jest zmieniona przez proces chorobowy psychika chorego—zaczynają się ujawniać ukryte głęboko na dnie duszy ludzkiej pokłady nieświadomego. Wszystko, co do tych głębin zepchnął człowiek w swym rozwoju ontogenetycznym, tłumiąc mnóstwo popędów, tęsnot, pożądań, wszystko, co w tych zbiornikach nieświadomego pozostawił człowiek, jako pewien przeżytek w rozwoju filogenezy, — wszystkie te warstwy duszy nabierają teraz życia, wyrrywają się z podziemi psychiki na powierzchnię świadomości. A co tchnęło życie i siły w nieświadome, które było tak głęboko ukryte, żeśmy o jego istnieniu nie wiedzieli i gdy ono przychodzi do głosu, uważamy je za coś obcego? Nauki biologiczne uczą, że istnieje w nas szereg układów, ustosunkowanych w ten sposób, że w normalnych warunkach czynny jest tylko jeden z nich. Gdy z powodu jakichś spraw patologicznych przestaje być czynny lub zostaje osłabiony jeden układ, — drugi, jakby wyzwolony przez osłabienie swego antagonisty, zaczyna działać. Coś podobnego dzieje się i w psychice naszej. Kretschmer, twórca teorii cyklo- i schizotypicznej konstytucji, zastanawia się obszernie w swych monografiach: „Medizinische Psychologie“ i „Die Hysterie“ nad różnymi mechanizmami psychicznymi przeżyłymi, złożonymi niejako w archiwum naszej psychiki, które w całym szeregu zjawisk patologicznych, pogranicza fizjo- i patologii, a nawet fizjologicznych, budzą się do pełnego, bujnego życia. I w analizowanym przypadku należy uznać pewne osłabienie (niema tutaj zupełnego zniszczenia) nawarstwień młodych, wytworzonych przez zetknięcie się popędów ludzkich ze światem otaczającym, pewnej neopsyche, która mogłaby tłumić paleopsychę i stawiać opór wynurzeniu się kompleksów. I w ten sposób powstają warunki, kiedy kompleksy wydobywają się na powierzchnię psychicznego życia. W świat kompleksów wprowadzają nas sny chorego. W jednym śnie odbywa stosunek z dziewczyną, która się okazuje mężczyzną. Z analizy wynika, że chory, będąc, jak mówi „w morfium“, już przeżywał sen o charakterze homoseksualnym. Drugim razem śni mu się, że jest otoczony przez kilka niewiast, które starają się pozyskać jego względy. Wabi go narzeczona, wtem wpada siostra, odpycha narzeczoną, chcąc

zająć jej miejsce. Te sny świadczą, że mamy tu do czynienia z regresją (Freud) *libidinis sexualis* do fazy kazirodzkiej i homoseksualnej. Najczęściej jednak sny są natury erotycznej heteroseksualnej, przytym bardzo często obiektem pożądań chorego, jak się okazuje z analizy, jest jego siostra. Kompleksy B. nie występują jednak w zupełnie nagiej postaci: cały szereg hamulców przeszkadza Ich wydobyciu się na jaw. B. uważa, że zbyt wysoko stoi pod względem etycznym, zbyt dużo ma „honoru“, żeby się zdobyć na stosunek perwersyjny. Proces bowiem chorobowy, niszczący kontakt chorego z rzeczywistością, powodujący autyzm i myślenie prelogiczne, nie jest jednak w stanie zniszczyć doszczętnie dorobków kulturalnych, które właśnie powstają w konfliktach instynktów z wymaganiami rzeczywistości, a którym hołdował w okresie prepsychotycznym. To zachowanie ideałów etycznych i społecznych, tego Freudowskiego „Ich—Ideal“, każe mu walczyć z zagrażającymi mu kompleksami.

Mechanizmem, który przekształca kompleksy B., jest projekcja. B. czuje, jak w jego jaźń wżera się obca, potworna siła, która chce zdruzgotać jego pojęcia etyczne, wszystkie zdobycze kulturalne ludzkości w jej pochodzie wielowiekowym. A że tak czuje, świadczy fakt, że zdaje sobie sprawę z choroby psychicznej, mówi, że jest „chory na głowę“ że „ma myśli nienormalne“. Oczywiście, nie prostuje urojeń prześladowczych i wielkościowych, ale czuje, że nie jest już tym samym, że jego libido zwraca się ku swym pierwszym obiektom, że chce powiedzieć i nawet często mówi coś niedorzecznego. B. walczy z wrogimi kompleksami, lokalizując inaczej swe przeżycia. To, co było wrogiego w nim samym, z czym nie mógł się uporać, jest łatwiejsze do zniesienia, gdy uważa to za coś z zewnątrz narzuconego. Napięcie intrapsychiczne słabnie, albo i znika zupełnie, gdy kompleksy, przełamawszy krępujące je ramy, wydostają się nazewnątrz psychiki. Chory odczuwa wówczas, że to jemu coś narzucają. Mechanizm projekcji nie tylko usuwa napięcie, spowodowane chorobą, ale zarazem daje poniekąd moralne rozgrzeszenie choremu, trapienemu przez kompleksy. Nie może się bowiem pogodzić z tym, że w jego duszy zrodziły się potępiane przez „Ideal-Ich“ dążenia i lżej mu jest znieść urojone prześladowania, ani-

żeli uznać, że on sam pożąda siostry lub mężczyzny („Krank heitshewinn”), Taka nieprawidłowa lokalizacja zjawisk endopsychicznych jest ułatwiona przez tło, jakie stwarza psychoza, a mianowicie, przez pewien sposób myślenia autystycznego, o którym będzie mowa niżej. Wyzwolona przez proces chorobowy tendencja do zacierania się granic własnej jaźni, do jej rozlewania się, roztapiania w kosmosie (w naszym przypadku cecha ta zaznacza się w formie niezbyt jaskrawej) sprzyja właśnie przypuszczeniu chorego, że całe społeczeństwo ma na celu nie tylko ożenek jego z siostrą, ale dokonywa nad nim wielkiego eksperymentu („całe życie nademną eksperymentowano“!), który ma być próbą wytrzymałości ideałów etycznych. Egzamin zdaje nie tylko chory, ale i uosobione niejako w nim całe społeczeństwo. Dlatego przecież z natężoną uwagą przypatruje się społeczeństwo walce, jaką toczy: „nikt nie jest tak interesujący, jak on, nikt nie miał takiej historii”. Jest to również proces swoistego uwznioślenia własnych przeżyć, przez to, iż będąc w istocie nawskroś osobistymi, stają się sprawami, wciągającymi w swą orbitę ideały ludzkości.

Z punktu widzenia regresji, opanowania B. przez kompleksy kazirodczy i homoseksualny, możemy poznać źródło innych objawów, a przede wszystkim impotencji. Mimo pollucji z obfitymi wytryskami, nie potrafi dokonać sprawnie stosunku, jak przed chorobą, przyczym stosunek, jeżeli się odbywa, nie sprawia mu żadnej rozkoszy. Rozumiemy teraz, że przyczyna niemocy płciowej tkwi w stwarzanych przez kompleksy oporach przeciwko normalnemu stosunkowi heteroseksualnemu. Impotencja B. ma jeszcze inną genezę. B. opowiada o torturach, zapomocą których wyciągano mu jego „siłę męską”, niszczone jądra. Można w tym widzieć również wyraz rzutowania cielesnego impotencji psychicznej. Wsluchując się jednak w przejmujące grozą opowiadania o udrętkach, na jakie był narażony jego system płciowy, nie możemy uwolnić się od przypuszczenia, że działa tu przedostający się do świadomości B. kompleks kastracyjny. Dowodem takiego mechanizmu powstania urojonych tortur jest również twierdzenie B., że najwięcej prześladowali go bracia. Jeżeli uświadomimy sobie, że bracia są obrazem (imago) ojca, jak siostra obrazem matki, stanie się dla nas jasne, dlaczego wraz z naporem

kompleksów kazirodczego i homoseksualnego obudził się sprzężony w rozwoju psychoseksualnym kompleks kostracyjny.

Łatwo również teraz pojmniemy psychogenezę urojenia B., że tylko wychował się wśród Żydów, pochodzi zaś z chrześcijan. Dowodem takiego pochodzenia jest, według słów B., fakt, że zawsze pociągało go wszystko, co arystokratyczne, co polskie. Z tych argumentów łatwo jest wywnioskować, że jest to jeno racjonalizacja, gdyż przeszłość polityczna B. świadczy o zgoła odmiennych upodobaniach: jego światopogląd polityczny zaczął się od sjonizmu, stopniowo doszedł do teorii komunistycznych; nigdy nie czuł sympatii do społeczeństwa polskiego. I to, że chory obecnie nie przyznaje się do Żydów, posiada zgoła inne przyczyny: B. żywi wyraźną niechęć do wszystkich dawnych przyjaciół i znajomych z rodzinnego miasteczka; przyparty do muru, przyznaje się, że nie chce się stykać z czemkolwiek, co ma łączność z ludźmi, wśród których wychowywał się. Spotkanie z nimi przypomina mu jego „historję“, a zdaje mu się, że rodacy wiedzą o niej. Z tych samych powodów jest niezadowolony, gdy porusza się jego przejścia w Ameryce, gdyż dotyka to najwrażliwszych strun jego duszy. B. chce zmienić nazwisko, bo pragnie całą swą przeszłość smutną przekreślić, chce niejako odrodzić się, być innym, niż był dotychczas. Dawny szermierz hasła rewolucji socjalnej głosi konieczność ewolucji społecznej. B. już nie jest działaczem politycznym narodu żydowskiego: siły swe odda Polakom, dla których, jak wiemy, czuł dotychczas silną niechęć. Nie wystarcza bowiem choremu wyrzeczenie się dawnych znajomych: irradjacja afektu zakreśliła coraz szersze kręgi i obejmuje nie tylko Żydów rodzinnego miasteczka, ale cały naród żydowski, gdyż B. żyje pod hasłem palenia za sobą wszelkich inostów. A więc zupełna regresja w dziedzinie społeczno-politycznej i ucieczka od dawnej rzeczywistości w chorobę („Flucht in die Krankheit“): Metamorfoza, która zaszła w B., jest niezmiernie interesującą ilustracją roli nieświadomych sił, momentów uczuciowych w kształtowaniu się poglądów ludzkich.

Pozostaje nam wreszcie zająć się urojeniami wielkościowemi B. Uważa on, że wezwał go rząd Polski, by objął stanowisko prezydenta lub ministra, że posiada wybitne zdolnoś-

ci literackie, jest poetą, którego geniusz dorównywa Białkowski, Puszkiniowi, Goethemu; jest człowiekiem, obdarzonym w niezwykłym stopniu poczuciem honoru i etyki. (Jeden mechanizm, który prowadzi do tego przeświadczenia, wskazaliśmy wyżej: walcząc z pożądaniami, potępianymi przez swoje ideały, B. tak je w sobie potęguje, że mogą stawić czoła atakowi kompleksów). Żadne rozumowania, żadne dyskusje nie są w stanie zachwiać fanatyczną wiarę B. w swą misję i nieprzeciętne zdolności. Powstanie urojeń jest spowodowane przez kilka mechanizmów: spotykamy się tutaj z realizacją dążeń i pragnień, które w życiu przedchorobowym nie zostały urzeczywistnione. B. nigdy nie był zadowolony ze swego położenia socjalnego: był szewcem, a jak twierdzi, siedząc na stolku szewckim, nie przestawał marzyć o innym życiu, pociągał go zawsze świat myśli ludzkiej i walki o nowe formy życia społecznego. Ale ciężkie warunki materialne nie pozwoliły mu ani kształcić się, ani zajmować się pracą społeczną w takim stopniu, jakby pragnął. I oto choroba stworzyła mu warunki, w których może się czuć zarówno wielkim politykiem, jak i genialnym poetą. Choroba ta jest tą wyśnioną krainą, gdzie B. nareszcie otrzymuje wszystko, do czego dążył, a czego realne warunki mu nie daly. Mechanizm realizacji w chorobie nieziszczonych pożądań nie może sam przez się wyjaśnić w zupełności genezy urojeń wielkościowych. Uderza bowiem następujący szczegół: najwlecej choremu podoba się zawód poety. Przypada mu on więcej do serca niż stanowisko polityka, a to dlatego, że „polityków jest dużo, a jeden poeta zdarza się na miliony ludzi”. I właśnie B. chce być tym wybranym, na czyj głos drżą ze wzruszenia miliony zachwyconych ludzi. B. opowiada sen: „na wielkim placu odczytuję tłumom oklaskujących mnie słuchaczy swe fascynujące wiersze”. Każde słowo B., mówiącego o swych zdolnościach, przeniknięte jest uwielbieniem dla siebie samego. Nasz chory jest niczym Narcyz z mitologii greckiej. I właśnie regresja do narcyzmu tłumaczy zagadkę psychologiczną, jaką są urojenia wielkościowe B. Psychoza odrywa jego libido od obiektów świata otaczającego, cofa do fazy kazirodczej i homoseksualnej (wybuch choroby został poprzedzony przez zawód miłosny, co sprzyjać tylko mogło regresji).

B. buntuje się przeciw opanowaniu przez obiekty dawne, a libido znajduje przedmiot ukochania we własnej osobie chorego. Myślenie B. staje się narcystycznym, nie liczy się z wymogami rzeczywistości, uznaje jedną tylko rzeczywistość—kraię swych własnych pożądań. Ten właśnie narcystyczny rys myślenia B. czyni jałowemi wszelkie z nim dyskusje na temat jego urojeń, gdyż ostatnim argumentem, który wszelkie dyskusje zamyka jest: „tak chcę, tak jest, tak będzie“. „Realitätsprinzip“ korzy się przed „Lustprinzip“, który obejmuje rządy w myśleniu (jak widzimy, nie są to rządy niepodzielne).

Poznaliśmy psychodynamikę przejść chorego, możemy je nie tylko zrozumieć, lecz i wczuć się w nie. Pragnąłbym jednak podkreślić, że analiza, wykrywająca jedynie powiązania psychologiczne, właściwie wykazuje tylko „verstehende Zusammenhänge“ (Jaspers), t. j. akcentuje i podnosi tylko, w jaki sposób jedne psychizmy łączą się z drugimi, nie jest jednak w stanie sprowadzić nas do „kausale Zusammenhänge“, nie może wyjaśnić, dlaczego życie psychiczne płynie tym nurtem, a nie innym. Jest to jednak zupełnie zrozumiały skutek tego, iż analiza psychologiczna, jak kierunek psychologiczny wogóle, a szczególności szkoła psychoanalityczna dają możliwość poznania tylko strony psychologicznej niezmiernie złożonego psycho-fizycznego, biologicznego zjawiska, jakim jest choroba umysłowa.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D R A. SOŁOWIEJCZYKA.

O leczeniu zwicznień nawykowych stawu barkowego.

Podał

A. Graber.

Staw barkowy, jak wiadomo, jest stawem wolnym; składają się na to. z jednej strony, niewielka i stosunkowo pływka powierzchnia stawowa łopatki, z drugiej — względnie znaczne rozmiary główki kości barkowej. Powierzchnia stawowa łopatki jest owalna, powiększa ją dość znacznie obrąbek stawowy

(labrum glenoidale). Staw zamyka torebka przyczepiona na łopatkę do obrąbka stawowego i guzowatości nadpanewkowej (miejsce przyczepu ścięgna długiej głowy mięśnia dwugłowego ramienia). Na kości ramieniowej torebka stawowa jest przyczepiona wokoło szyjki anatomicznej i do rowka międzyguzkowego (przez rowek ten wchodzi do stawu ścięgno długiej głowy mięśnia dwugłowego). Do torebki stawowej dochodzą ścięgna mięśni obłego mniejszego i 3 łopatkowych, wzmacniając one torebkę dość znacznie łącznie z więz. kruczoramiennym (lig. coracohumerale), którego włókna rozchodzą się od wyrostka kruczego ku obu guzkom kości ramieniowej.

Z wyżej przytoczonej budowy anatomicznej stawu barkowego wynika, że zwichnięcie tu stać się może bez wielkich trudności. Urazowym zwichnięciom przeważnie towarzyszy pęknięcie torebki, przez które główka kości ramieniowej zostaje właśnie na skutek urazu wypchnięta. Jeżeli zwichnięcie zostaje wprowadzone—pęknięcie torebki ulega zabliźnieniu, tworzy się tu jednak miejsce zmniejszonego oporu, które czyni powtórne zwichnięcie łatwiejszym.

Budowa torebki stawowej stawu barkowego, jej przyczepy i rozległość, brak więzów, któreby bezpośrednio łączyły główkę kości barkowej z panewką łopatki, wreszcie częstość słabo rozwinięte mięśnie pasa barkowego składają się na to, że zwichnięcia w stawie barkowym są zjawiskiem względnie częstym.

Przedmiotem rozważań będą tu nie zwichnięcia w stawie barkowym wogóle, lecz tylko t. zw. zwichnięcia nawykowe (*luxatio habitualis*).

Pod nazwą zwichnięcia nawykowego rozumieć należy, jak wiadomo, mniej lub bardziej często powtarzające się przesunięcie wzajemne kości stawowych—z mniej lub więcej normalną sprawnością stawu w międzyczasie.

Zwichnięcia takie, jak np. w jamistości rdzenia, wjadzie, w przebiegu przewlekłym zapalenia rdzenia, zapaleniu przednich rogów rdzenia, stwardnienia rozsianego, nie należą właściwie do grupy zwichnięć nawykowych. Zwichnięcie nawykowe w stawie barkowym nie jest bynajmniej postacią chorobową rzadko napotykaną. Seidel zebrał z piśmiennictwa 117 przypadków—obecnie liczba prawdopodobnie jest większa. Z ze-

stawień wynika, że napotyka się zwichnięcia zarówno ku przodowi, jak i ku tyłowi.

Częstotliwość ponawiania się zwichnięć jest bardzo rozmaita, równie zmienna jest i liczba ich u tego samego osobnika. Znane są przypadki, w których zwichnięcie powtarzało się przeszło 100 razy.

Badania na zwłokach, oraz obserwacje podczas zabiegów, stwierdziły, że w przypadkach zwichnięć nawykowych spostrzegamy przeważnie zmiany anatomiczne w stawie. Najczęściej stwierdzono ubytki owalnego kształtu główki kości barkowej, oderwanie obróbka stawowego całkowite, oderwanie częściowe chrząstki lub panewki samej. Oderwane części mogą zachować łączność z panewką, niekiedy jednak mogą zupełnie wolno leżeć w jamie stawu, tworząc ciała obce (Broca, Hartmann, Perthes, Volkmann). Jako dalsze przyczyny zwichnięć nawykowych, wymienić należy oderwanie mięśni obłych, oderwanie guzka większego (Lobker, Deuerlich). Ostatnio zwrócono też uwagę i na mięśnie—mianowicie stwierdzono pewne zaburzenia w koordynacji mięśni pasa barkowego przy normalnym nawet działaniu stawu. Te właśnie zaburzenia, gdy zwiększy się ich nasilenie, mogą być też powodem zwichnięcia nawykowego. Wreszcie znane są przypadki, w których prócz znacznej roztrzeni torebki stawowej i wiotkości jej ścian, żadnych zmian anatomicznych nie stwierdzono. Ulegająca zwichnięciu główka kości ramieniowej, częstokroć odrywa wraz z torebką stawową i okostną od szyjki łopatki tak, że powstaje uwypuklenie jamy stawowej. Ścianki tego uwypuklenia tworzy od przodu oderwana okostna i mięsień podłopatkowy, od tyłu zaś sama łopatka. Po często powtarzających się zwichnięciach brzeg panewki ulega zatarciu, okostna, znajdująca się w łączności z torebką stawową, stale drażniona, buja, grubieje, w następstwie czego tworzy się jakby druga jama stawu, do której główka kości barkowej z łatwością wepchnięta być może. Do wytworzenia tej „drugiej jamy stawu“ przyczynia się częstokroć i kaletka maziowa podłopatkowa (Roser).

Zwichnięcie nawykowe znacznie upośledza sprawność ruchów chorej ręki. Jeżeli nawet częstokroć chorzy przez odpowiednie manipulacje potrafią reponować zwichnięcie, to jed-

nak unikają oni ruchów chorą kończyną, wytwarza się tu z czasem niepewność i osłabienie ruchów, krótko więc — powstaje stan, upośledzający dość znacznie dotkniętego cierpieniem. (W Niemczech lekarze kwalifikują zwichnięcie nawykowe jako cierpienie, powodujące od 25 — 50% utraty zdolności do pracy).

Im dłużej trwa tu cierpienie stawu, tym bardziej wzmacnia się uszkodzenie aparatu stawowego — zwichnięcia ponawiają się coraz częściej, powstają bowiem łatwiej, a zmiany anatomiczne powierzchni stawowych stają się coraz głębsze.

Wobec tego leczenie metodyczne zwichnięć nawykowych wczesne jest bezwzględnie wskazane, a może być przeprowadzone bądź drogą zabiegów ortopedycznych, bądź też drogą operacji krwawej.

Aby zapobiec nawrotom zwichnięć, Gaugele, Hoffa, Collin stosowali odpowiednie bandażowanie, tak zwane peloty, oraz specjalnie skonstruowane aparaty ortopedyczne. Leczenie to jest jednak długotrwale, uciążliwe, a w wyniku swoim naogół niepewne.

Usiłowania, mające na celu wywołać naprawę zapomocą zastrzykiwania substancji gryzących, emulsji jodoformowej, jodyny (Genzmer) lub też krwi (Reppler) nie dały jednak dodatnich wyników. Nie więcej skuteczne okazało się unieruchomienie stawu w pozycji przeciwnej do kierunku zwichnięcia, trwające miesiące całe. Pomijając pojedyncze przypadki, w których nastąpiła poprawa, leczenie to zawiodło. A pamiętać też należy tu i o tym, że długotrwale utrzymywanie stawu w stanie nieczynnym doprowadzić może do stałego uszkodzenia chorego stawu.

Lepsze nieco wyniki daje leczenie operacyjne na drodze krwawej. Stosowano tu metody najrozmaitsze. Dawna metoda resekcji główki kości ramieniowej (Volkman, Kraske) i zniesienie stawu lecznicze (Wilny, Albert) są już, jak wiadomo, zarzucone — prowadziły bowiem do kalectwa.

Hildebrand, Perthy, Hofmeister radzą stosować otwarcie stawu, usuwać części schorzone i w zależności od wyników badania stawu podczas zabiegu, zastosować tę lub inną metodę operacyjną. Röpke, Clairmont, Finsterer, Joseph, Schmieden usiłowali leczyć zwichnięcia nawy-

kowe plastyką mięśni i ścięgien. Payr, Kirschner wolnym przeszczepianiem powięzi—które ułożone przystawowo miałyby utworzyć więzy hamujące. Najczęściej jednak chirurdzy obecnie stosują sposoby operacyjne, zmierzające do zmniejszenia torebki stawowej. Myśl ta nie jest nowa — już bowiem Hipokrates radził zapomocą rozpalonego żelaza sztucznie wytwarzać blizny torebki stawowej.

Obecnie różni chirurdzy stosują bądź tylko fałdowanie torebki szwami, bądź też częściowe wycięcie torebki (Bardenhauer, Steintal) z następowym szwem. Mikulicz, Goldman jako zasadniczy moment w postępowaniu operacyjnym otwierają staw przez resekcję owalnego odcinka z torebki. Spitzzy przeciąga fałd torebki stawowej przez mięsień naramienny. Hildebrand usiłował zapomocą tamponowania osiągnąć zmniejszenie torebki. Najnowsze badania dowiodły jednak, że i w tak leczonych przypadkach, a zdawałoby się, że doszczętnie—wyzdrowienie trwale nie jest pewne, nawroty bowiem spostrzegano już po kilku miesiącach. Pozatym wszystkie te metody operacyjne, szczególnie połączone z otwarciem stawu, nie są oczywiście dla chorego obojętne. Nie dziw więc, że zagadnienie leczenia zwichnięć nawykowych stawu barkowego jest ciągle jeszcze przedmiotem badań doświadczalnych.

Jeżeli chodzi o te przypadki zwichnięć nawykowych, w których torebka stawowa jest wiotka i rozciągnięta, to niewątpliwie zaatakować tu należy właśnie torebkę i przytym starać się trzeba, aby stawu bez wyraźnej potrzeby nie otwierać. W przypadkach takich należy więc wytworzyć w torebce samej lub też w jej najbliższym otoczeniu takie warunki, któreby doprowadziły stopniowo do bliznowatego zmarszczenia torebki i zrostu jej z powięziami mięśni otaczających. Jak wiadomo, do utworzenia blizny i zrostów prowadzi zapalenie wytwórcze, jako wyraz odczynu ustroju na te lub inne bodźce zewnętrzne, prowadzące z kolei do większego lub mniejszego ubytku tkanki. Aby więc wywołać wytwórcze zapalenie, konieczne się staje podziałanie tego lub innego bodźca. Może to być bodziec fizyczny lub chemiczny, winien jednak bezwzględnie być aseptyczny, aby przebieg sprawy zapalnej minął aseptycznie.

Z pośród środków chemicznych, które mogłyby wywołać pożądane zapalenie wytwórcze, wybrałem wyskok i postanowiłem w przypadku, który mi się nastręczył, sprawdzić właśnie, jak podziała na zwichnięcie nawykowe stawu barkowego prosty nader sposób zastrzyków alkoholowych. W przypadku, którego opis podaje niżej, zużyłem 30 ctm⁸ 70⁰/₀ alkoholu etylowego.

W. R., lat 23, zachorowała nagle: silne bóle w palcach rąk i nóg, a następnego dnia bóle w stawach łokciowych, barkowych i kolanowych. Ciepłota była stale powiększona. Wobec stałego pogorszenia, chorą sklerowano do Szpitala. Na oddziale chora przebyła 4 tyg. Już po kilku dniach pobytu w Szpitalu bóle w stawach ustąpiły, pozostała jedynie bolesność i obrzęk stawu barkowego lewego. Przeprowadzono dokładne badania w kierunku gruźlicy, kiły i rzerzączki, wszystkie jednak próby wypadły ujemnie, zawiodło też i leczenie. Zdjęcie R. lewego stawu barkowego wykazało zgrubienie torebki stawowej; kostnych zmian nie wykryto. Chora wypisała się ze Szpitala bez poprawy. Po 2 miesiącach chora zwróciła się do mnie, z powodu zupełnego bezwładu ręki lewej, w stawie barkowym; badanie stwierdziło znlekształcenie stawu barkowego. Zdjęcie R. (dr. Kryński) wykazało zwichnięcie stawu barkowego lewego. Wówczas skierowałem chorą do Szpitala na oddz. chirurg. dr. Sołowiejczyka. St. o. b. wykazał: ramie zwisa bezwładnie, ruchy k. l. g. zniesione zupełnie, panewka pusta, główka wyczuwa się z tyłu i ku dołowi od panewki. Odprowadzenie kończyny jest b. łatwo wykonalne, jednakże ręka opuszczona, wraca do pozycji zwichnięcia. Nałożono opatrunek gipsowy, chorą wypisano i poleciono jej po 6 tygodniach wrócić do Szpitala.

We wskazanym czasie chora przybyła na oddział. Gips zdjęto, lecz i wtedy wraz z opuszczeniem ręki—główka wyskoczyła ze stawu i zajęła pozycję jak przedtem w zwichnięciu.

Wobec tego przystąpiłem do wykonania wskazanego wyżej zabiegu, zapomocą wyskoku. W uśpieniu eterowym, zastrzyknąłem do torebki stawowej i w jej najbliższym otoczeniu (starając się nastrzykiwać całą torebkę dookoła) 30 ctm⁸ 70⁰/₀ wyskoku etylowego. (Należy przytym unikać zastrzykiwania wyskoku do jamy stawu). Rękę unieruchomiono następnie opatrunkiem Desault'a. Przebieg pooperacyjny minął bez powikłań. Reakcji ogólnej ustroju żadnej. Po 2 tygodniach zdjęto opatrunek, i aczkolwiek chora zaczęła natychmiast wykonywać ruchy—ponowne zwichnięcie już nie nastąpiło. A i obecnie po 8 miesiącach, ruchy w lew. stawie barkowym są zupełnie normalne, objawów zwichnięcia niema zupełnie.

Wyjątkowo korzystny wynik zastosowania wyskoku skłonił mnie właśnie do podania o tym do wiadomości (w dostęp-

nym mi piśmiennictwie nigdzie o tym wzmianki nie znalazłem), a względy tak ważne praktyczne, wskazują już same, iż wart on jest wybróbowania na większym inaterjale klinicznym. Przypuszczony przypadek zasługuje jeszcze i z innego powodu na podkreślenie. Mamy tu bowiem niewątpliwie do czynienia ze zwichnięciem samoistnym, na skutek rozstrzeni torebki stawowej, spowodowanej przez wysięk.

Z drugiej strony, zasługuje na podkreślenie, że cała sprawa miała zrazu tło ostre, reumatyczne. I gdy zwichnięcia samoistne—po częstych nawrotach wysięków w tym lub innym stawie, nie są zjawiskiem rzadkim, to znów zwichnięcie po wysięku stawowym ostrym reumatycznym, należy do zjawisk klinicznych prawie zupełnie nieznanych, jak mogą sądzić z piśmiennictwa tego przedmiotu.

Sprawozdania z działalności oddziałów chirurgicznych Szpitala od września 1922 r. do grudnia 1924 r.

Sprawozdanie z działalności oddziału chirurgicznego II-A (ordyn. M. Lubelski).

Podał.

J. Flancman

Asystent oddziału.

Na oddziale chirurgicznym II-A w czasie sprawozdawczym było ogółem 2775 chorych (mężczyzn 1602, kobiet 1173). Liczba ich z biegiem czasu stale się powiększała, gdy bowiem w 1923 roku na sto łóżek wynosiła do 80, to w roku 1924 przez szereg miesięcy wszystkie łóżka stale były zajęte. Należy to tłumaczyć wciąż wzrastającym zaufaniem chorych do Szpitala, gdzie w nowowypbudowanym oddziale chory chirurgiczny obecnie znajduje daleko lepsze warunki higieniczne niż dawniej, a dzięki wprowadzonej w nowym pawilo-

nie chirurgicznym pomocy zawodowych siostr miłosierdzia, ma też niewątpliwie daleko lepszą opiekę pielęgniarską, niż dawniej. Lecz należy tutaj zaraz zaznaczyć, że jednak pielęgnowanie chorych chirurgicznych nie stoi jeszcze na tym poziomie, na którym stać powinno. Etat służby pomocniczej lekarskiej, przewidujący jedną pielęgniarkę na 25 chorych (a są to przeważnie b. ciężko chorzy, zwłaszcza pooperacyjni, wymagający specjalnej opieki) jest stanowczo niższy od dopuszczalnego minimum.

Praca poszczególnych lekarzy rozpoczynała się o godzinie 9^{1/2} rano od przeglądu chorych oddziałowych, badania ich i zapisu spostrzeżeń klinicznych w kartach szpitalnych. Następnie ordynator oddziału, po sprawdzeniu wyniku badań chorych, wyznaczał w porozumieniu z asystentami operacje na dzień następny. Po dokonanym przeglądzie rozpoczynano operacje. Wykonywano codziennie po 3—4 operacje (z wyjątkiem niedziel). Co 2 tygodnie sobotę poświęcano konferencjom oddziałowym referatowym, na których omawiano piśmiennictwo i najważniejsze przypadki operacyjne oddziału. Ogólna liczba zabiegów w okresie sprawozdawczym=1636.

Co się tyczy sposobów znieczulania, to na oddziale II-A ustaliła się zasada, że operowano, gdy tylko można było, w znieczuleniu miejscowym—sposobem Brauna—nasiękowym, lub w rdzeniowym (lędźwiowym). W przypadkach, nieodpowiednich do tego rodzaju znieczulenia, operowano w uśpieniu eterowym (pod maską Ombredanne'a). Chloroformu prawie że nie używano. Chorzy przed większymi zabiegami otrzymywali wlewanie podskórne płynu fizjologicznego i olej kamforowy, albo też kroplówkę z cukrem gronowym. Prócz tego wszyscy chorzy powyżej lat 16, o godzinę przed zabiegiem, otrzymywali po 0,01 Morph. muriat i 0,001 Atropini sulfurici.

Na głowie wykonano ogółem w okresie sprawozdawczym 58 zabiegów. Pomiedzy innemi wykonano: jedno wycięcie górnej szczęki, jedną trepanację czaszki z powodu urazu łącznie z operacją powtórna, wytwórczą, dla zamknięcia ubytku w kości; usunięto jeden guz mostkowo-mózdkowy oraz 2 torbiele z zatoki Highmora. Z tych zabiegów na gło-

wie zasługuje na szczególną uwagę następujący przypadek wycięcia szczęki górnej (Lubelski). Chory, lat 45, już dwa miesiące przed przybyciem do Szpitala zauważył obrzęk prawego policzka, który stale się powiększał. Guz z jamy Higmora wzrastał do jamy nosa; w jamie ustnej zajmował wyrostek zębodołowy (miał budowę mięsaka naczylniastego—angiosarcoma). Po znieczuleniu nn. szczękowego, łzowego, nosowo-rzęskowego, nosowo-sitowego i skóry, po uprzednim podwiązaniu tętnicy szyjnej dotwarzowej, wycięto górną prawą szczękę zapomocą cięcia Nelatona. Operacja była bezbolesna. Po 8 dniach zdjęto szwy; rychłozrost. Po 2 miesiącach—nawrót: guz znów wypełnił prawie całą prawą stronę jamy ustnej. Powtórna operacja i leczenie zapomocą radu—bez dodatniego zrazu wyniku (chory szybko potem na własne żądanie wypisał się z oddziału).

Na szyi dokonano ogółem 39 zabiegów, między innemi w 4 przypadkach usunięto wole, które operowano zwykle w znieczuleniu miejscowym zapomocą cięcia t. zw. kołnierzykowego (Kochera), przyczym wycinając gruczol, zostawiano część jego, gdzie przebiega nerw krtaniowy dolny i gdzie znajdują się gruczoly przytarczyczne. Podczas zabiegu i później nie spostrzegaliśmy żadnych powikłań.

Na klatce piersiowej wykonano ogółem 94 zabiegów, między innemi 13 amputacji sutka z powodu raka. W przypadkach tych przeważnie operowano na oddziale sposobem Kochera, a więc prowadzono cięcie ku górze (nie pod pachę) do zewnętrznej $\frac{1}{3}$ części obojczyka. Przecięcie mięśni piersiowych, dużego i małego, odrazu odslania bieg naczyń i nerwów oraz gruczoly pachowe; usuwamy je wraz z mięśniami

We wszystkich tych przypadkach był rychłozrost. Poza tym chore te po operacjach stale naświetlano promieniami Roentgena.

W okresie sprawozdawczym wykonana została 1 laminektomia.

U 20-letniej panny (z oddz. d-ra Flatau) przed operacją rozpoznano, na podstawie badania klinicznego, guz rdzenia, przyczym zapomocą wlewania lipjodolu ustalono, że prawdo-

podobnie guz wyrasta na wysokości 10-go i 11-go kręgów grzbietowych. Operację tą (Lubelski) wykonano w uśpieniu eterowym. Usunięto łuki 10-go, 11-go i 12-go kręgów grzbietowych oraz łuk 1-go lędźwiowego; przecięto oponę twardą i wykryto istotnie guz bocznej i przedniej powierzchni rdzenia. Nowotwór wraстал do istoty rdzenia; dlatego też z trudem, po przecięciu niektórych korzeni, udało się usunąć go tylko częściowo; oponę twardą, jak również mięśnie i skórę zaszyto szczelnie. Po 10 dniach rana zagoiła się przez rychłozrost. Jak dowiedzieliśmy się z dalszego przebiegu, w zdrowiu chorego nastąpiła znaczna poprawa.

W tym samym czasie wykonano na oddziale 2 operacje skrzywienia kręgosłupa sposobem Albee'go (Lubelski). Co do techniki operacyjnej, którą stosowaliśmy w tym zabiegu, to chcielibyśmy tu podkreślić 3 momenty w postępowaniu naszym, które były nieco odmienne od podanych przez innych autorów. A mianowicie: 1) cięcie skóry robimy nie w linii wyrostków kołczastych, a płatowe; następnie, po odłączeniu płata skóry od warstwy mięśniowej, odchylamy go na bok. To też dzięki temu po zaszyciu rany, wzgl. po uprzednim ułożeniu płata z powrotem wstępne cięcie operacyjne skóry przechodzi nie w tym samym kierunku, co wszczepiona blaszka kostna. Następnie: 2) ze względu na krzywiznę kręgów w miejscu garbu wycinamy celowo z przedniej powierzchni puszczeli zapomocą pilki elektrycznej trepana, mającej kształt kółka, blaszkę kostną o odpowiedniej dowolnej krzywiznie; wreszcie: 3) po operacji, na odpowiednim stole gipsowym, nakładamy gorset gipsowy na 3 miesiące. W obu przypadkach był dobry wynik, a szczególnie w jednym, chora bowiem przybyła z porażeniem dolnych kończyn, a wypisana została zupełnie zdrowa.

Na powłokach brzusznych i narządach jamy brzucha dokonano ogółem 857 zabiegów, z tego przepuklin pachwinowych 240, przepuklin pachwinowych uwięźniętych 27, przepuklin biodrowych 18, przepuklin biodrowych uwięźniętych 12, przepuklin brzusznych pooperacyjnych 17, przepuklin smugi białej i pępkowych 13. Przeważająca liczba przepuklin pachwinowych operowana była sposobem Fergussona, jako najprostszym, natomiast przepukliny nawrotne operowane były sposobem

Bassiniego. Chorych młodych operowano w znieczuleniu eterowym, pozostałych w miejscowym ($\frac{1}{2}\%$ nowokaina+adrenalina), sposobem Brauna lub rdzeniowym (tropokaina — 0,05).

Na wyrostku robaczkowym wykonano 188 zabiegów; cięcie powłok skórnych robiono przeważnie pozaprostne (Lennandera). Przed odcięciem wyrostka nakładamy miążdż u podstawy, miejsce zmiążdżone celowo podwiązujemy nie jedwabiem, a struną, wyrostek zaś usuwamy żegadłem Pacquelin'a. Postępujemy tak, aby uniknąć tworzenia się ropnia nad kikutem, wzgl. gdy się już ropień wytworzył, aby treść jego dostała się przez kikut do światła jelita, a nie do jamy otrzewnej.

W przypadkach ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego wykonywamy albo cięcie przyprostne albo równoległe do więzadła Pouparta.

W zapaleniu wyrostka robaczkowego postępowanie operacyjne oddziału było następujące. O ile chory przybywał do Szpitala w czasie pierwszych 24 — 36 godzin napadu, to był natychmiast operowany. O ile natomiast przybywał w późniejszym okresie, to podlegał dalszej obserwacji oraz leczeniu zachowawczemu, gdy tylko, rozumie się, nie było tak groźnych trwałych objawów, jak np. przyspieszone tętno i wysoka ciepłota, co też zmuszało nas do wykonania zabiegu. O ile atak przechodził, to chorego wypisywano, przyczym polecono mu, aby się zgłosił po 2 — 3 miesiącach dla operacji „na zimno”. Wyniki tej zasady postępowania leczniczego w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, obserwowanych na oddziale, były bardzo dobre; śmiertelność = 0.

Operacji na żołądku wykonano 20; we wszystkich przypadkach zabiegiem była *gastroenterostomia retrocolica posterior transversa* z krótką pętlą. W 7 przypadkach owrzodzenia żołądka wykonano — prócz zespolenia — podwiązanie odźwiernika zapomocą grubego jedwabiu, na który nałożono jeszcze wolny płat sieci i obszyło go przylegającymi dookoła ścianami żołądka i dwunastnicy. Cięcie w operacjach tych robiono w linii środkowej, od wyrostka mieczykowatego do pępka, przyczym w tym samym kierunku znieczulano powłoki brzuszne, a dodatkowo „następnie, zastrzykiwano nowokainę pod smugę białą, aby znieczulić warstwę przedotrzewnową tłuszczu i otrzew-

nę. Podczas zabiegów na żołądku chorego nie usypiano, gdyż, jak wiadomo, skarżą się oni rzadko na bóle. Dopiero w czasie szcicia powłok brzusznych u chorych tych stosowano uśpienie eterowe.

Z operacji na jelitach zasługują na uwagę 3 przypadki megasigma, z których jeden operowano sposobem Lubelskiego—zapomocą operacji wytwórczej. Składa się ona z 3 momentów: 1) *elongatio* — podstawy krezki esicy, 2) *abreviatio* — podłużnej osi esicy, 3) *coloplicatio* — zapomocą szwów jedwabnych na miejscu przyczepu krezki do jelita (p. Kwart. Klinicz. T. I Zesz. II r. 1922). U dwu innych chorych z objawami *megasigma* wykonano zespolenie prawej $\frac{1}{2}$ poprzecznicy z początkiem prostnicy. Tuż za miejscem zespolenia podwiązano poprzecznicę nitką jedwabną, na którą nałożono wolny płat sieci i obszyto go przylegającymi ścianami jelit. Dzięki temu zabiegowi kał z poprzecznicy nie mógł już przedostawać się do wyłączonej lewej $\frac{1}{2}$ poprzecznicy, zstępnicy i esicy.

Zasługują też na uwagę przypadki przetoki kałowej, operowane jednocześnie sposobem Lubelskiego i przez niego opisane (patrz Kwartalnik Kliniczny. Tom I. Zeszyt II. 1922 r.). Sposób ten w głównych zarysach polega na tym, że nad otworem przetoki tworzymy ściśle zamknięty worek z wyciętych donkola płatów skóry. Następnie, w warunkach aseptycznych, przez to samo cięcie otwieramy jamę otrzewną i wykonywamy na jelitach operację odpowiednią dla danego schorzenia. Otóż w przypadku, spostrzeganym na oddziale, rana po takiej operacji zagoiła się przez rychłozrost po 10 dniach. Chorą poprzednio na prowincji trzykrotnie operowano bez wyniku.

Następnie z zabiegów na jelitach wykonano 3 operacje raka esicy, z których 2—sposobem Mikulicza, a w 1-y — wycięto część esicy i zespolono koniec z końcem (*end-to-end*). We wszystkich tych przypadkach nastąpiło wyzdrowienie.

Na woreczku żółciowym dokonano ogółem 7 zabiegów. Cięcie prowadzono od wyrostka robaczkowego do pępka, a następnie — cięcie poprzeczne przez mięsień prosty (Ko-

cher—Czerny). Woreczek żółciowy usuwano (cholecystectomy), poczym stosowano sączkowanie dróg żółciowych.

Na specjalne wyróżnienie zasługuje zabieg taki wykonany u 15-letniej dziewczynki z dodatnim wynikiem: cierpienie to rzadkie w młodym wieku zostało przez zabieg usunięte. Następnie, z innych operacji, zasługuje jeszcze na uwagę usunięcie torbieli ogona trzustki, którą udało się zupełnie wyluszczyć, a kikut, na którym wisiała, odciąć. Była to prawdziwa, a nie rzekoma torbiel. Przetoka zagoiła się po 2 tygodniach.

Przypadków raka prostaty było 11; z nich 10 operowano w znieczuleniu lędźwiowym. Gdy operacja się przedłużała, dodawano uśpienie eterowe. Operowano w tych przypadkach sposobem Kochera: wycinano kość ogonową. Po przecięciu skóry i wycięciu kuści ogonowej dochodziło się w ten sposób odrazu ku otrzewnej, którą celowo otwierano. Dzięki temu sposobowi łatwo podwiązać naczynia, które w krezce przechodzą z prawej i lewej strony ku prostaty; z drugiej strony prędzej można uruchomić prostatę i przesunąć ją ku dołowi. Oczywiście otrzewną następnie trzeba zaszyć. Wyniki były dobre: ani jeden chory bowiem nie zmarł po operacji. Co się tyczy wieku chorych, to na wyróżnienie zasługuje przypadek raka prostaty u 24-letniej kobiety. U chorej tej wykonano amputatio recti z wycięciem części pochwy. Po operacji nastąpiła znakomita poprawa ogólnego stanu zdrowia. Oprócz tego na uwagę zasługuje przypadek raka prostaty, w którym guz przerastał i gruczoł krokowy i część cewki; utworzyło się wspólne ujście dla kału i moczu. Po kilku tygodniach, gdy rana się już zagoiła, a obok odbytu na kroczu pozostała przetoka, przez którą wydzielal się mocz, wówczas przystąpiono do operacji uzupełniającej, wytwórczej. W tym celu — jako w pierwszym czasie zabiegu — zrobiono wstępną operację, cięcie nadłonowe pęcherza. Chory po wykonaniu tego zabiegu czuł się z przetoką nadłonową pęcherza tak dobrze, że na drugi czas—ciąg dalszy operacji -- nie zgodził się. Wypisano go z oddziału w stanie dobrym.

Guzów krwawniczych operowano w okresie sprawozdawczym 167. Nakładano na nie we wszystkich tych przypadkach

podwiązki jedwabne, chwytając je zaciskadłem; skórę wokół nacinano aż do błony śluzowej i wówczas podwiązywano. Należy przytym uważać, aby między guzami wyciętymi pozostawić mostek skóry w połączeniu z błoną śluzową; ma to ważne znaczenie dla zapobiegania tak przykrym zwężeniom następowym odbytnicy. Nie spostrzegaliśmy na oddziale tego powikłania. Wszystkie te operacje wykonano przeważnie w znieczuleniu miejscowym.

Na narządach moczopłciowych dokonano w okresie sprawozdawczym ogółem 97 zabiegów. Chorych na przerost gruczołu krokowego było 14; z nich 10-iu operowano dwuczasowo: I czas — cięcie nadłonowe w znieczuleniu miejscowym; II czas — usunięcie gruczołu krokowego — o ile krew wykazywała ilość mocznika w granicach normalnych do 0,5 — przeważnie w znieczuleniu eterowym.

Z ruchomą nerką operowano 3 chorych. Aby utrzymać nerkę ruchomą w jej łożysku, przyszywamy ją do 12-go żebra pasem tkanki, wykrojonym z tylnej powierzchni otoczki nerki. Jest to sposób Vagel'a, dający bardzo dobre wyniki.

Przypadki ropnia gruczołu krokowego operowano przez odbytnicę, a nie przez krocze, co uważamy za zabieg mniej skomplikowany i dający daleko szybsze wyzdrowienie.

Zabiegów na kończynie górnej wykonano 127, a na dolnej — 364; w kilku przypadkach wykonano zesztynienie stawów (*arthrodesis*) z powodu porażenia dziecięcego.

Z tych na uwagę szczególną zasługuje 12 letni chłopiec, u którego w odstępach dwumiesięcznych wykonano (Lubelski) kolejno zesztynienie stawów skokowych i kolanowych. Chłopiec ten, po otrzymaniu aparatów ortopedycznych, o własnych siłach zaczął chodzić, gdy przedtym przez 7 lat czołgał się na rękach i nogach.

W okresie sprawozdawczym dokonano 5 operacji Leriche'a. Trzymamy się przytym zasady, że w przypadkach o silnie rozwiniętej miażdżycy i zupełnym zaccopowaniu naczyń krwionośnych, operacji tej wykonywać nie należy.

Zasługuje tu na uwagę operacja (Lubelski) tętniaka tętnicy górnej pośladkowej lewej u mężczyzny lat 30, uderzonego narzędziem ostrym w lewy pośladek. Pierwszy opatru-

nek (klamerki) nałożyło Pogotowie ratunkowe. Po tygodniu, kiedy zdjęto klamerki, okazało się, że na miejscu rany wytworzył się tętniak rzekomy tętnicy górnej pośladkowej. Zapobiegawczo podwiązano sposobem Kochera (zewnątrzotrzewnowo) tętnicę podbrzuszną (*art. iliaca interna*); okazało się jednak, że już po 3 dniach w tętniaku wróciło tętno. Do wykonania operacji właściwej, t. j. do podwiązania dośrodkowego końca tętnicy pośladkowej górnej, przystąpiono po tygodniu. Po przecięciu skóry rozdzielono na tępo włókna mięśni pośladkowych, ale pomimo tej ostrożności ściana tętniaka pękła; krew zalała pole operacyjne. Z wielkim trudem udało się w głębi otworu kulszowego dużego nałożyć na tętnicę kleszczyki Péana. Wobec tego, że nałożenie podwiązek na tętnicę w głębi otworu kulszowego było niemożliwe, zostawiono kleszczyki na kilka dni; większą część rany zaszyto i nałożono opatrunek. Po 4 dniach zdjęto kleszczyki z żyły, a po 5 dniach kleszczyki z tętnicy. Krwawienia nie było. Rana goiła się *per secundam*; rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost. Choroego wypisano ze Szpitala z zagojoną raną.

Co się tyczy ogólnej śmiertelności, to w okresie sprawozdawczym było 132 przypadki śmierci, z liczby tej 40 osób zmarło przed operacją z powodu bardzo ciężkiego stanu. Ogólna zatem śmiertelność wynosiła 4,8%, a pooperacyjna 3%. Przyczyną śmierci w przypadkach pooperacyjnych w przeważającej liczbie była nieznana przyczyna śmierci serca, albo zapalenie płuc. W jednym przypadku wytworzyło się zapalenie opon mózgowych u chorego z ropowicą szyl, a u drugiej chorej z guzem w okolicy mostowo-mózdkowym śmierć nastąpiła podczas zabiegu operacyjnego, prawdopodobnie, z powodu nagłego porażenia ośrodka oddechowego.

W roku sprawozdawczym kierownik Oddziału ogłosił w Kwartalniku Klinicznym 2 artyk. oryginalne i 29 opisów pokazów; ośm podali asystenci Oddziału (patrz wykazy w zeszytach czwartych tomu I, II, III i IV Kwart. Kliniczn.).

Tablica zabiegów operacyjnych.

Rodzaj choroby	Zabieg	Liczba
I. Zabiegi na głowie.		
Abscessus	Incisiones	3
Abscessus frigidus	Punctio	1
Angiosarcoma maxillae	Resectio maxillae	1
Atheroma	Excisio	1
Angioma capitis	Excisio	1
Anthrax labii super.	Incisiones	1
Ca. labii interior	Excisio	1
Ca. nasi	Excisio	1
Cystae Highmori	Extirpatio	2
Dacryocystitis	Incisio	1
Defectus faciei	Operatio plastica	1
Ectopia palpebrae infer.	Operationes plasticae	2
Empyema Highmori	Operatio Caldwell-Luc	3
Epithelioma capitis	Excisio	1
Epulis mandibulae	Excisio	3
Fistula maxillae	Excochleatio	1
Fistula alveolaris	Excochleatio	1
Fistula sacci lacrimalis	Excochleatio	1
Lymphangioma capitis	Excisio	1
Mastoiditis	Operatio radicalis	1
Osteomyelitis mandibulae	Incisio, Excochleatio	1
Osteomyelitis supraorbit.	Excochleatio	1
Parotitis	Incisio	1
Periostitis maxillae	Incisio	1
Periostitis mandibulae	Incisio	14
Sarcoma orbitae	Enucleatio	1
Tumor gland. parotis	Excisio	1
Tumor labii inferior.	Extirpationes	3
Trauma capitis	Trepanatio	1
Tumor ponto—cerebellaris	Trepanatio	1
Tbc. ossis occipitalis	Punctio	1
Vulnera incisiv. capitis	Suturae	2
Vulnera incisiv. nasi	Sutura	1
Vulnus lacero—contus capitis	Trepanatio	1
II. Zabiegi na szyi.		
Anthrax colli	Incisiones	10
Angioma colli	Excisio	1
Lymphadenitis colli	Incisiones	17
Lymphadenitis colli tbc.	Punctio	1
Neoplasma cutis	Excisio	1
Perichondritis laryngea	Laryngofissura	1
Otitis media	Operat. radicalis	1
Struma	Strumectomia	4
Tumor gl. thyreoideae	Tracheotomia	2
Vulnus sclopet. colli	Extrac. sclopet.	1
III. Zabiegi na klatce piersiowej.		
Acus in reg. scapulae	Extirpatio	1
Anthrax dorsi	Incisiones	1
Angioma dorsi	Excisio	1

Rodzaj choroby	Z a b i e g	Liczba
Abscessus frigidus	Punctiones	3
Ca. mammae	Amputat. mammae	12
Cystadenoma mammae	Excisio	1
Caries costarum	Incisiones, Excoch.	2
Ca. reg. dorsi	Excisio	1
Fistula thoracis	Operatio Schede	1
Keloid cutis mammae	Excisio	1
Lipomata dorsi	Excisiones	2
Lymphadenitis axillaris	Incisiones	6
Mastitis	Incisiones	11
Pleuritis purulenta	Resectio costarum	32
tbc.	Punctiones	10
"Phlegmone	Incisiones	4
Spondylitis tubercul.	Operatio Albée	2
Tumor medullaris	Laminectomy	1
Vulnus sclopet. dorsi	Extractio sclop.	1

IV. Zabiegi na powłokach brzusznych, narządach jamy brzusznej.

Abscessi reg. epigastr.	Incisiones	2
Abscessus frigidus	Punctio	1
Anthrax	Incisiones	1
Acus in. reg. epigastr.	Extractio	1
Ascites	Paracentesis	1
Appendicitis	Appendectomy	167
	Incisio	11
Adhaesiones intestinor.	Laparotomia	1
Ca. pylori	Gastroenterostomia	3
Ca. ventriculi	Gastroenterostomia	2
Ca. ventriculi	Resectio ventriculi	1
Ca. ventriculi	Laparot. probatoria	1
Ca. flexur. sigmoidae	Resectio intestin.	3
Ca. colonis transversi	Ileotransversostomia	1
Ca. recti	Oper. radicales	10
Ca. recti	Anus praeternatur	1
Ca. hepatis	Laparotom probatoria	1
Ca. vesicae felleae	Lapar. probator.	1
Coecum mobile	Fixatio coeci	1
Cysta pancreatis	Extirpatio	11
Fistulae ani	Excisio	23
Fissurae ani	Dilatatio	23
Fistula stercoralis	Laparotomia	1
Herniae inguinales	Oper. radical.	240
Herniae inguin. incarcer.	Herniotomia	27
Hernia cruralis	Operat. radical.	18
Hernia crur. incarcer.	Herniotomiae	12
Hernia abdominal.	Herniolaparotomiae	17
Hernia lineae albae	Oper. radicalis	13
Hernia epigastrica	Operat. radicalis	1
Hernia umbilic. incarcer.	Operat. radicalis	1
Cholecystitis	Cholecystectomy	7
Ileus paralyticus	Laparotomia	1
Magasigma	Operat. plastica	1
Magasigma	Enterostomias	2
Periproctitis	Incisio	22

Rodzaj choroby	Z a b i e g	Liczba
Polypus recti	Excisio	4
Prolapsus recti	Operation, Thiersch's	6
Prolapsus recti	Colopexia	4
Phlegmone	Incisio	8
Peritonitis e appendicit.	Laparotomia	3
Peritonitis e cholecyst.	Laparotomia	1
Perihepatitis	Laparotomia	1
Stenosis oesophagi	Gastrostomia	2
Stenosis flex. lienalis	Ileotransversostom.	1
Tbc. coeci	Ileotransversostom.	2
Tbc. ilei	Resectio intestin.	1
Tumor retroperiton.	Extirpatio	1
Tumor pancreatis	Laparotomia	1
Ulcera ventriculi	Gastroenterostomia	7
Ulcera duodeni	Gastroenterostomia	5
Ulcus pylori	Gastroenterostomia	2
Perigastritis	Laparotomia	1
Varices hamorrhoidales	Ligaturae	167
Volvulus coeci	Laparotomia	2
Volvuli flex. sigmoid.	Laparotomia	5
Vulnus caes. abdomin.	Excisio omenti	1

V. Zabiegi na narządach moczopłciowych.

Bartolinitis	Incisio	2
Cysta ovarii	Ovariectomia	14
Calculus renis	Nephrectomia	1
Ca. ovarii	Ovariectomia	1
Ca. prostatae	Prostatectomia	2
Ca. vesicae urinar.	Sectio alta	1
Endometritis	Abrasiones	2
Hematocolpos	Operat. plastica	1
Hydronephrosis	Nephrectomia	2
Hydrocele	Operatio Winkelmann's	17
Hypertrophia prostatae	Sectio alta	14
Hydrocele recidivans	Prostatectomia	10
Myoma uteri	Castratio	1
Hypospadia	Amputatio uteri	1
Papillomata vesicae	Operatio plastica	1
Prostatitis	Sectio alta	3
Periurethritis	Incisio	1
Prolapsus vaginale	Incisio	4
Polypus uteri	Colporrhaphia	2
Paraphymosis	Excisio	3
Paranephritis	Incisio	1
Pyosalpinx	Incisio	2
Ren mobilis	Laparotomia	1
Ruptura renis	Nephropexia	3
Stricture urethrae	Incisio	1
Tbc. testis	Uretrotomia interna	1
Tbc. renis	Castratio	2
Varicele funiculi sperm.	Nephrectomia	1
	Oper. radicalis	2

Rodzaj choroby	Zabieg	Liczba
VI. Zabiegi na kończynie górnej.		
Corpus alienum manus	Extractio	6
Distorsio cubiti	Delig. gyps.	1
Fractura claviculae	Delig. Desault'a	9
Fractura humeri	Delig. gyps.	13
Fractura humeri	Sutura ossis	1
Fractura radii	Delig. gyps.	6
Fractura antibrachii	Delig. gyps.	14
Fibroma n. ulnaris	Extirpatio tumoris	1
Luxatio humeri	Repositio	3
Luxatio cubiti	Resectio artic. cubiti	2
Luxatio cubiti	Repositio	3
Lipoma brachii	Extirpatio	1
Osteomyelitis brachii	Sequestrotomia	1
Phlegmone	Incisiones	42
Panaritium	Incisiones	11
Spina ventosa	Exarticulatio digit.	5
Syndactylia	Operatio plastica	1
Sarcoma humeri et scapulae	Amputatio interscapulo-thorac.	1
Tbc. artic. cubiti	Delig. gyps.	1
Vulnus caesum	Sutura	1
Vuln. lacero—contus manus	Amputatio manus	1
Vulnus sclopetar.	Extr. sclopet.	1
Vuln. lacer. tendinis	Sutura tendin.	2
VII. Zabiegi na kończynie dolnej.		
Corpora aliena (art. genus)	Extractio	2
Atheroma reg. gluteae	Excisio	1
Abscessi frigidi	Punctiones	2
Coxitis	Delig. gyps.	11
Coxitis	Punctio	4
Coxitis	Resectio artic. coxae	1
Contusiones pedis	Delig. gyps.	5
Carc. pedis	Amputatio	2
Cysta reg. coccygeae	Excisio	1
Caries ossis pubis	Incisio, excochleatio	1
Defectus cutis	Operatio—Thiersch'a	1
Deformationes digit.	Resect. phalang.	3
Endarteriitis obliterans	Amputatio	1
Fractura femoris	Delig. gyps.	14
Fractura femoris	Extensio	10
Fractura colli femoris	Extensio	8
Fractura patellae	Sutura	3
Fractura rachitica	Sutura ossium	1
Fractura cruris	Delig. gyps.	78
Fractura cruris complic.	Amputatio	1
Fibroma cruris	Extirpatio	1
Fistula tbc.	Incisio, excochl.	3
Gonitis	Delig. gyps.	37
Gonitis purulenta	Arthrotomia	1
Gonitis tbc.	Amputatio	2
Gangraena pedis	Operatio—Leriche'a	1
Gangraena pedis	Amputatio	4

Rodzaj choroby	Z a b i e g	Liczba
Ganglion	Excisio	2
Genu valgum	Osteotomia	1
Genu varum rachit.	Osteotomia	1
Luxatio coxae	Repositio	1
Luxatio coxae	Resect. capit. femor.	1
Lymphadenitis inguinalis	Incisio	9
Osteomyelitis	Sequestrotomia	22
Phlegmone	Incisiones	85
Pes equino—varus	Tenotomia. Delig. gyps.	10
Pes equino—varus	Operatio Phelps'i	1
Pes paralyticus	Delig. gyps.	1
Psoitis	Incisio	1
Psoitis	Punctiones	3
Paresis n. tibialis antic.	Arthrodesis	2
Sarcomata fibulae	Excisio	2
Sarcoma gl. inguinal.	Extirpatio	1
Status post poliomyelitis auter.	Arthrodesis	1
Tbc. hallucis	Exarticulat. hallucis	2
Tbc. metatarsi I	Exartic. oss. metatarsi	2
Tbc. artic. talocruralis	Amputatio cruris	1
Tbc. artic. talocruralis	Delig. gyps.	4
Ulcera cruris	Operatio—Leriche	4
Ulcera cruris	Amputatio femor.	1
Ungis incarnatus	Excisio	1
Varices cruris	Ligatura	1
Vulnera sclopet. femor.	Extractio sclopet.	2
Vulnus incisiv. reg. gluteae	Ligatura art. iliaca interna	1
	Lig. art. glut. superior	1

Sprawozdanie z działalności oddziału chirurgicznego II-B

Podał.

A. Sołowiejczyk (ordynator szpitala)

przy współudziale

A. Grabera, M. Lichtensteina, E. Miszurskiego i D. Szenkiera.

W sprawozdaniu niniejszym pragniemy przedstawić całokształt pracy chirurgicznej, dokonanej na oddziale dr. Sołowiejczyka w okresie czasu, wskazanym wyżej (od otwarcia nowego pawilonu chirurgicznego do końca 1924 r.). Ramy sprawozdania tego nie zezwalają jednak na obszerniejsze omówienie planu i metody postępowania w różnych chorobach chirurgicznych, to też z konieczności ograniczyć się musimy do wskazania najważniejszych metod operacyjnych, stosowa-

nych na oddziale oraz do statystycznego zestawienia ruchu chorych, zabiegów wykonanych i przedstawienia w zarysie liczbowych wyników leczenia na oddziale (patrz tablica ruchu chorych). Jak z tablicy tej wynika, ruch chorych na oddziale stale wzrastał, sięgając w okresie sprawozdawczym liczby 3135 chorych (kobiet i mężczyzn). Z tej liczby—2161 chorych operowano. Liczba ta chorych operowanych nie obejmuje zupełnie przypadków złamań, opatrunków gipsowych, nastawienia zwicnięć, drobnych zabiegów, nacięć, szwów pierwotnych ran przypadkowych. Zabiegi ambulatoryjne nie zostały również w tej liczbie uwzględnione. Liczba więc operacji na oddziale była dość znaczna. Ta właśnie okoliczność wpłynęła na to, że operacje odbywać się musiały codziennie, gdyż i tak liczba dzienna zabiegów sięgała 7—8, wynosząc przeciętnie 4 (mowa tu znów tylko o zabiegach większych), co obok braków w inwentarzu oraz bezwzględnie niedostatecznej liczby służby niższej—było i jest nadal b. trudne. Osiągnięcie zaś liczby dziennej zabiegów, sięgającej 12—15 (3 dni tylko w tygodniu operacyjne) jest w naszych warunkach nie do pomyślenia. Przystępując do zobrazowania działalności oddziału, podzielić wypadnie sprawozdanie na dwie części, a mianowicie na część ogólną, obejmującą krótki opis stosowanych na oddziale sposobów przygotowania materiałów, chorych oraz metod operacyjnych w ważniejszych grupach chorobowych i część szczegółową, gdzie znajdziemy wykaz i zestawienie danych liczbowych o ważniejszych zabiegach i o ich wynikach.

Materiał operacyjny (bieliznę, rękawiczki, niestety niciane, środki opatrunkowe) odkażano przez sterylizację w bieżącej parze. Narzędzia gotowano w wodzie z sodą, a jedwab, zanurzony uprzednio w spirytusie, przed zabiegiem gotowano przez 10 minut w roztworze sublimatu 10/100. Struny obrabiano sposobem chromowym — zresztą używano ich rzadko. W sprawie przygotowywania chorych do zabiegów, zaznaczamy, że w przeważnej liczbie przypadków specjalnego pod tym względem postępowania nie stosowano. Prócz chorych z żółtaczką (którzy byli przygotowywani do zabiegu podług planu dziś ogólnie w chirurgii stosowanego, oraz chorych wyniszczonych (a tu jako правило wprowadzano przed zabiegiem glukozę w kroplówkach lub dożylnie), pozostali wszyscy ope-

rowani nie podlegali przed operacją żadnym wstępnym zabiegom.

Jako znieczulenie — stosowano zasadniczo uśpienie ogólne, mieszane, chloroformowo-eterowe; ostatnio, od czasu wprowadzenia masek Ombredann'a — czysto eterowe. Niekiedy przed uśpieniem zastrzykiwano 0,01 do 0,02 morfiny + 0,001 atropiny. W niektórych przypadkach jedynie stosowano znieczulenie miejscowe lub przewodowe, ze względu na ciężki stan chorego, wiek jego lub inne przeciwwskazania do uśpienia ogólnego, a jako правило — w przypadkach operacji wola, resekcji szczęki górnej, usunięcia krtani oraz w zabiegach drobnych. Jak wykazują dane oddziału, nie było dotychczas zejścia śmiertelnego na skutek uśpienia ogólnego, a wykonano ich dość znaczną liczbę (ponad 2500). Liczba pooperacyjnych powikłań ze strony narządów oddechowych była niewielką, przyczem dodać należy, że przypadki te zazwyczaj jednak kończyły się również pomyślnie.

Co się tyczy wyboru metod postępowania operacyjnego, stosowanych na oddziale, to zaznaczyć należy, iż pod tym względem każdemu z chirurgów, samodzielnie operujących, pozostawiona była zupełna swoboda działania. To też nie wszyscy jednakowo operowali. Omówić więc chcemy tu tylko te metody, które stały się tradycją oddziału i są przez wszystkich kolegów oddziałowych stosowane. Przepukliny pachwinowe — operowano sposobem Fergusson'a (nawrotów w okresie sprawozdawczym nie spostrzegano), udowe — Basini'ego. Przepukliny brzuszne zamykano zawsze plastycznie, przyczem zmiany w postępowaniu zależne tu były od odrębności danego przypadku. Przepukliny pooperacyjne zamykano, po uprzednim wycięciu blizny i anatomicznym wyłączeniu warstw ściany brzusznej.

Stanowisko oddziału w sprawie leczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego było naogół następujące. Zasadniczo operowano wszystkie przypadki, które przybyły do szpitala, w 24—48 godz. od chwili ataku (wystąpienie bólów i objawów podmiotowych). Przypadki te traktowano jako nagłe — były więc one operowane natychmiast po zapisaniu chorego na oddział. Szczególnie szybko decydowano się na zabieg w tych wypadkach, gdzie podejrzewano zgorzel wyrostka

(bardzo przyspieszone tętno obok niskiej ciepłoty i żółtaczki białkówek). W przypadkach, które przybywały na oddział po 48 godz. od początku ataku, postępowanie nasze było przeciwnie wyczekujące (łóżko, makowiec, okłady spirytusowe, kroplowe ławatywy z soli fizjolog., dieta ścisła) i dopiero po ustąpieniu ostrych objawów i wessaniu się wysięku, przystępowano do wykonania operacji doszczętnej, przyczyn chory pozostawał stale na oddziale. W przypadkach, gdy wytworzył się w związku z zapaleniem wyrostka robaczkowego ograniczony ropień otrzewny—otwierano go nazewnątrż bądź przez ścianę brzuszną, przez Douglas'a, pochwę lub przednią ścianę кишки prostej (w przypadkach ropni w miednicy małej). Jeżeli wyrostek był widoczny w jamie ropnia, to go, oczywiście, usuwano również, lecz szukanie wyrostka w zlepiach uważano za przeciwwskazane. W zabiegu doszczętnym postępowano, jak niżej. Po wykonaniu cięcia skórniego, rozpoczynającego się o jeden palec powyżej i ku środkowi od przedniego, górnego kolca biodrowego prawego, ku dołowi, pod 45° do linii środkowej ciała, na przestrzeni 6—10 ctm. (zależnie od przypadku) osłaniano starannie wolną jamę otrzewny od pola operacyjnego paskami gazy; poczym wydobywano kątnicę. Wyrostek podwiązywano u podstawy, oddzielano od krezeczki, następnie obcinano. Kikut wyrostka zabezpieczano I szwem kapciuchowym, II-ie piętro szyto szwem ciągłym, węzełkowym lub kapciuchowym. Krezeczkę częstokroć włączano w II-ie piętro szwu.

Jeżeli wyrostek był silnie zrośnięty z otaczającemi go tkankami i był głęboko poza kątnicą lub też w miednicy małej, to wówczas najpierw podwiązywano i obcinano wyrostek u podstawy jego, kikut zabezpieczano, a następnie dopiero po odsunięciu kątnicy, oddzielano go w kierunku wstecznym, wylaniając stopniowo ze zrostów. Postępowanie takie wskazane jest również i tam, gdzie przewidujemy ograniczony ropień u wierzchołka wyrostka.

Tam, gdzie stwierdzono bodaj najmniejsze zrosty wyrostka z otaczającemi tkankami, zostawiano—jako правило—w jamie otrzewny sączki (Solowiejczyk).

W zabiegach operacyjnych na drogach żółciowych, prócz kilku wypadków, stosowano zawsze doszczętne usunięcie pę-

cherzyka żółciowego (37 przypadków). Zaznaczyć tu należy, że wszystkie odnośne przypadki oddziału dotyczyły cierpiących na zaburzenia dróg żółciowych od kilku, kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu lat. W czasie sprawozdawczym oddział wcale nie posiadał chorych w okresie ostrym—wczesnym tej choroby. Chorzy przybywali przeważnie z objawami długotrwałej żółtaczki, w stanie b. ciężkim, z ropniami, a nawet przetokami. Postępowanie operacyjne było tu następujące: cięcie Kochera, równoległe do łuku żebrowego; następnie pęcherzyk wyłączano ze zrostów, aż do przewodu pęcherzykowego, który bądź podwiazywano, bądź też drenowano na zewnątrz, zależnie od przypadku. Tam, gdzie było zakażenie dróg żółciowych i gdzie żółć należało wydalać na zewnątrz, stosowano dren Kehra (w kształcie litery T).

W jednym wypadku wprowadzono dren gumowy do dwunastnicy z jednej strony i do przewodu żółciowego (wątrobowego) z drugiej. Po 4 tyg. rana zagoiła się, a zdjęcie prom. R. wykazało rurkę na właściwym miejscu. Ciężkie zaburzenia w krążeniu żółci i stale sączenie się z przetoki pooperacyjnej spowodowały, że w 2 przypadkach dokonano zespolenia przewodu żółciowego wspólnego z dwunastnicą, względnie jelitem czczym. W ropnem zapaleniu pęcherzyka żółciowego i górnych dróg żółciowych tworzą przetokę żółciową (cholecystostomia), przez wszystkie ściany pęcherzyka do rany powłok brzusznych; po kilku dniach pęcherzyk otwierano, a jamę jego płukano i sączkowano. W przypadkach kamieni w przewodach żółciowych—po obnażeniu schorzonego przewodu—nacinano ścianę jego, poczem kamienie usuwano. Z reguły sprawdzano drożność przewodów zgłębnikiem, a następnie drenowano je bezwzględnie do i odśrodkowo. Jako правило więc ranę taką sączkujemy, nie zamykając chorego przewodu. W 5 przypadkach usunięto nowotwory złośliwe z dróg żółciowych, w 2 przypadkach znaleziono kamienie o niezwyklej wielkości. Jak wynika z zestawienia (patrz tablice) z 98 przypadków chorób dróg żółciowych—59 operowano. Z tych w 2 przypadkach pozostały przetoki trwałe, operowane następnie po raz drugi. Jeden przypadek skończył się wyzdrowieniem, drugi—zejściem śmiertelnym. Nie będziemy opisywali tu postępowania oddziału w typowych operacjach na żółdaku i je-

litach, gdyż w czasie sprawozdawczym nie odchyłało się ono od powszechnie stosowanego, zresztą oddział nie rozporządzał w tym czasie zbyt obfitym materiałem. Zaznaczę tylko, że zespolenie żołądka z jelitami dokonywano sposobem Hakera. Wykazy liczbowe oddziału w tych schorzeniach wskazano w zestawieniach (patrz tablice).

To samo rzec można o operacjach na nerkach i pęcherzu. Na szczególne uwzględnienie zasługuje tu jednak postępowanie oddziału w przypadkach operacji przerostu gruczołu krokowego. Ogólnie przyjęto zasadę, że wskazane jest wczesne operowanie. Niestety jednak materiał oddziału składał się, wyłącznie z przypadków zwykle już bardzo zaniedbanych. Chorzy zgłaszali się w III-im okresie cierpienia, t. zn. z dużą ilością moczu resztkowego, a często z objawami całkowitego zatrzymania moczu, zakażenia górnych dróg moczowych i z objawami mocznicy. To też zasadniczo przed zabiegiem przeprowadzano tu uprzednie leczenie cewnikiem i prowadzono metodyczne badanie czynnościowe nerek (ilość mocznika we krwi, szybkość i stopień wydalania indygokarminu oraz wykonywano próbę rozcieńczenia Volhardta). Najcenniejszą okazała się tu próba określania ilości mocznika we krwi, ona to decydowała o wyborze zabiegu. Gdy ilość mocznika przekraczała 0,5—0,6 gr., operowano dwuczasowo, w przypadkach pozostałych—jednoczasowo. Cięcie wysokie (*sectio alta*) wykonywano w znieczuleniu miejscowym. Wyluszczano gruczoł w uśpieniu ogólnym, trwającym zresztą 2—3 minuty. Po usunięciu gruczołu, stosowano dokładne tamponowanie łóżyska gązą. Wszystkie przypadki oddziałowe operowano według metody postępowania Freyer'a, t. zn. nadłonowo i przez pęcherz; w trzech tylko operowano wyjątkowo sposobem Berndt'a—prostactomia medialis. Wyniki w tych ostatnich przypadkach były niezbyt zachęcające: w 2 przypadkach nastąpiło częściowe nietrzymanie moczu. Metoda nadłonowa dała natomiast wyniki b. dobre. Leczenie uzupełniające, pooperacyjne, trwało od 3 do 4 tygodni.

Zabiegów operacyjnych w przypadkach schorzeń naczyń wykonano ogółem 90 (nie licząc guzów krwawnicowych odbytnicy). Zatrzymamy się tu nieco dłużej nad wynikami operacji według Leriche'a. Naogół wykonano ją w 55 przypadkach,

a mianowicie: w 3-ch z powodu słoniowatości; w 32-u owrzodzeniach podudzia; w 20-u przypadkach niedrożności naczyń na skutek endarteritis obliterans. Wyniki, jak to uwidoczniają tablice odpowiednie, były następujące: wyzdrowienie w 12 przypadkach, t. j. 21,8%; poprawa w 28 przypadkach t. j. 50,9%; bez poprawy 11 wypadków t. j. 21,1%; zejście śmiertelne w 4 przypadkach t. j. 7,2%. W 3 przypadkach, po dokonanej operacji Leriche'a, spostrzegaliśmy samoistne pęknięcie naczynia (a. femoralis), które w 2 przypadkach zmusiły do usunięcia kończyny. W jednym przypadku kończynę chorą uratowano za pomocą szwu naczyniowego.

W żyłach podudzia lub uda stosowano jako zabieg usuwanie całkowite żyły schorzałej.

Z pośród rozległego materiału specjalnie uwzględnić należy jeszcze przypadki usunięcia śledziony. W okresie sprawozdawczym wykonano ten zabieg w 7-u przypadkach (Soliwiejczyk) z następujących powodów: 1-o skręcenie szypuły wędrującej śledziony, 2-o żółtaczki krwawnicowej u 7-o letniej dziewczynki, 3-o i 4-o—marskości wątroby, 5-o i 6-o—thrombopenji, 7-o przypuszczalnego zatoru żyły śledzionowej. Prócz wypadku pierwszego (guz znajdował się w dole biodrowym lewym) we wszystkich przypadkach śledzionę odsłaniano cięciem skośnym, równoległym do łuku żeberowego lewego, o 2—3 palce poniżej tegoż, rozpoczynając od linii środkowej ciała w kierunku linii pachowej przedniej lub środkowej. Cięcie to daje rozległy dostęp do podżebrza lewego. Następnie, po odsunięciu serwetami żołądka i jelit cienkich do środka, a poprzecznicy ku dołowi, orjentujemy się, co do rozległości zrostów śledziony w otoczeniu i zaczynamy wyluszczenie narządu. Najwygodniej jest rozpocząć oddzielanie narządu od dolnego bieguna—posuwamy się następnie w kierunku wnętrza, chwytamy szypułę, podwiązujemy ją i wówczas dopiero wydobywamy górny biegun nazewnątrz rany brzusznej. Przy zwalnianiu narządu ze zrostów i normalnych więzów, baczyć należy przy przecinaniu więz. żołądkowo-śledzionowego, aby nie chwycić w ligaturę ściany żołądka, szczególnie ostrożne winno być też postępowanie w pobliżu ogona trzustki oraz naczyń śledziony, które mogą być b. grube (żyła śledzionowa sięga 1—1½ ctm w średnicy). Nasuwa się pytanie, czy po usunięciu

śledziony należy jamę brzuszną sączkować, czy też nie? Przeciwno sączkowaniu przemawia to, że przebieg pooperacyjny znacznie się przedłuża, paski gazy zostają zbyt mocno połączone z żołądkiem i jelitami; za sączkowaniem — częstokroć b. wielka ilość wydzieliny po operacji. Przypadki oddziałowe przeważnie były sączkowane, skończyły się one pomyślnie z wyjątkiem jednego (przypuszczalny zator żyły śledzionowej). W przypadku tym natrafiono na b. rozległe, mocne, zrosty śledziony z otaczającymi narządami, które przy oddzielaniu starano się przedewszystkiem ochronić. Dlatego też tkanka śledziony, b. krucha zresztą, miejscami rwała się i pozostawała na zrostach. Właściwie był to przypadek technicznie nie nadający się do operowania. Śledzionę jednak usunięto: ważyła 950 gr., a rozmiary były $28 \times 17 \times 12$ ctm. Na autopsji przyczyn cierpienia nie ustalono. Przypuszczenie, iż był to zator żyły śledzionowej (St. Klejn) nie znalazło potwierdzenia. Należy zaznaczyć, że wszystkie przypadki, operowane przez Sołowiejczyka, należały do ciężkich: najmniejsza usunięta śledziona ważyła 200 gr. — a chore przybywały już w stanie ciężkim. Doświadczenie osobiste sprawia, iż uważamy, że w przypadkach bez zrostów lub z b. niewielkimi zrostami można jamę brzuszną zamknąć na glucho, gdy są zrosty niezbyt rozległe — sączkować należy tylko w dolnym biegunie rany, przyczem sączków nie należy wprowadzać głęboko, a gdy są rozległe zrosty należy dokładnie sączkować łożysko narządu.

Nie można też tu pominąć milczeniem operacji na kl. piersiowej w gruźlicy płuc, którą wykonano metodą Sauerbruch'a w 3 przypadkach; dwa skończyły się pomyślnie, w jednym zaś, po $2\frac{1}{2}$ miesiącach, było zejście śmiertelne; wykonana sekcja wykazała gruźlicę jamistą płuca drugiego. Był to więc przypadek, nie nadający się bezwzględnie do zabiegu. Brak miejsca zniewala do zakończenia sprawozdania. Podkreślić tu jednak raz jeszcze trzeba, iż mieliśmy na oddziale w okresie sprawozdawczym do czynienia przeważnie z niezwykle ciężkim materiałem klinicznym. Najlepszym dowodem to, że z 220 operacji na przewodzie pokarmowym (prócz operacji na wyrostku i wypadków nagłych) w 97 zadowolić się musiano otwarciem próbnym, gdyż zabieg doszczętny był już technicznie niewykonalny. Stanowi to około 44,1%. Liczby te same mówią chyba dość wymownie.

Wykazy danych statystycznych za czas sprawozdawczy opracował A. Graber przy współudziale wszystkich kolegów oddziału.

**Tablica ruchu chorych oraz zabiegów dokonanych
od 1/VIII 1922 do 1/I 1925 r.**

Okres	Męż- czyzn	Kobiet	Razem	Opero- wano
Od 1/VII 1922 do 1/I 1923	227	172	399	260
Od 1/I 1922 do 1/I 1924	753	568	1322	913
Od 1/I 1924 do 1/I 1925	786	629	1414	988
Razem	1766	1369	3135	2161

T A B L I C A I

Operacje na głowie, twarzy i układzie nerwowym.

Rodzaj operacji	Ogólna li- czba oper.		Opero- wano		Wypisano				Razem
	M.	K.	M.	K.	z wy- zdrow.	z po- prawą	bez po- rawy	zmarło	
Fractura cranii	8	1	3	1	—	4	—	5	9
„ mandibulae	3	1	—	—	4	—	—	—	4
„ columnae vertebrar.	1	—	1	—	—	—	—	—	1
Abscessus cerebri	4	2	4	2	—	1	—	5	6
Tumor cerebri	4	5	4	5	—	2	5	2	9
„ medullae spinalis	6	1	6	1	—	1	1	5	7
Sarcoma frontis	1	—	1	—	1	—	—	—	1
„ os ethmoidalis	1	—	1	—	1	—	—	—	1
Ca. menti	1	—	1	—	—	1	—	—	1
„ bulbi	2	1	2	1	—	3	—	—	3
„ nasi	1	1	1	1	—	1	1	—	2
Se. mandibulae	1	—	1	—	—	—	1	—	1
Tumor buccae	1	—	1	—	—	—	1	—	1
Epulis	2	2	2	2	4	—	—	—	4
Se. maxillae	2	1	2	1	—	1	—	2	3
Angioma faciei et capitis	6	2	6	2	—	8	—	—	8
Vulnus capitis et faciei	9	1	9	1	10	—	—	—	10
Oper. plastica palpebrar.	1	1	1	1	2	—	—	—	2
Labium leporinum	2	1	2	1	—	3	—	—	3
Osteomyelitis os. frontis	1	—	1	—	1	—	—	—	1
„ „ max. et mand.	8	5	8	5	—	10	—	3	13
Highmoritis	2	2	2	2	4	—	—	—	4
Mastoiditis	3	3	3	3	—	5	—	1	6
Ankylosis mandibulae	1	—	1	—	—	1	—	—	1
Spondylitis	12	3	—	—	—	15	—	—	15
Hydrocephalus	1	1	1	1	—	—	2	—	2
Epilepsja	2	1	2	1	—	2	—	1	3
Laminectomia	—	—	1	1	1	—	—	1	2

T A B L I C A II.

Operacje na kl. piersiowej, szyi, kręgo słupie i naczyniach.

Rodzaj operacji	Ogólna li- czba oper.		Opero- wano		Wypisano				Razem
	M.	K.	M.	K.	z wy- żółt.	z po- prawą	bez po- rawy	zmarło	
Thoracotomia	—	—	16	9	6	12	—	7	25
Thoracoplastyka	—	—	2	3	2	1	1	1	5
Excisio tumoris mammae	—	—	—	3	—	—	3	—	3
Extirpatio tumoris mammae	—	—	—	6	6	—	—	—	6
Operatio radic. tum. mammae	—	—	—	29	18	9	—	2	29
Ca. mammae recidiv.	—	—	—	5	—	5	—	—	5
Tumor costar. (extirpatio)	—	—	1	2	—	3	—	—	3
Caries costarum.	—	—	2	2	3	—	—	1	4
Tumor dorsi	—	—	1	2	3	—	—	—	3
Anthrax dorsi	—	—	5	—	2	3	—	—	5
„ nuchae	—	—	3	—	1	1	—	1	3
Phlegmone prof. colli	—	—	2	—	1	1	—	—	2
„ colli	—	—	3	2	5	—	—	—	5
Extirpatio glandul. colli	—	—	5	—	1	3	1	—	5
Tracheotomia	—	—	2	—	—	2	—	—	2
Extirpatio laryngis. (Ca)	—	—	2	—	1	—	—	1	2
Strumectomia	—	—	4	17	16	3	—	2	21
Endoarteriitis obliterans	—	—	29	6	5	17	7	6	35
Elephantiasis	—	—	4	1	—	4	1	—	5
Ulcera cruris	—	—	17	26	5	31	6	1	43
Varices cruris	—	—	4	3	—	7	—	—	7
Operatio Leriche	—	—	55	—	12	28	11	42	55

T A B L I C A IIIA.

Operacje na narządach jamy brzusznej.

Cura radicalis herniae inguinal.	—	—	260	14	240	32	—	2	274
„ „ „ epigastr.	—	—	7	3	10	—	—	—	10
„ „ „ umbilic.	—	—	5	4	9	—	—	—	9
„ „ „ cruralis	—	—	10	29	39	—	—	—	39
„ „ „ ventralis	—	—	8	6	14	—	—	—	14
Operatio herniae incarcerat	—	—	25	6	21	—	—	10	31
Appendicitis acuta	72	36	57	29	29	44	—	13	86
„ chronica	131	100	123	91	214	—	—	—	214
Laparotomia probatoria	—	—	52	45	—	—	78	19	97
Gastrostomia	—	—	11	7	—	15	—	3	18
Jejunostomia	—	—	—	1	—	1	—	—	1
Heostomia	—	—	—	2	—	2	—	—	2
Caecostomia	—	—	1	2	—	2	—	1	3
Colostomia	—	—	7	8	—	11	—	45	15
Oesophagotomia	—	—	2	12	1	1	—	1	3
Resectio ventriculi (Ca)	—	—	3	1	—	2	—	3	5
„ „ „ (ulcus)	—	—	1	—	1	—	—	—	1
G—Eanastomosis (Ca)	—	—	5	2	—	4	—	3	7
„ „ „ (ulcus)	—	—	12	6	—	18	—	—	18
Cholecystectomy	—	—	2	37	33	2	—	4	39
Cholecystostomia	—	—	—	3	—	2	—	1	3

Rodzaj operacji	Ogólna liczba oper.		Operowano		Wypisano				Razem
	M.	K.	M.	K.	z wyzdrow.	z powrą	bez powrą	zmarło	
Choledochotomia	—	—	—	3	—	—	—	3	3
Choledochojejunostomia	—	—	—	2	1	—	—	1	2
Oper. Ca aparat. biliaris	—	—	—	5	—	3	2	—	5
Colopexis	—	—	14	4	18	—	—	—	18
Iuvaginatío	1	—	—	—	—	—	—	3	3
Resectio intestinorum (Ileus)	—	—	12	4	5	—	—	1	16
Operatio sacralis Ca. recti	12	15	8	10	—	14	—	4	18
„ abdom. sacral. Ca. recti	1	1	1	1	—	2	—	—	2
Splenectomy	—	—	—	2	5	—	1	1	7

T A B L I C A III B.
Operacje na narządach jamy brzusznej.

Decapsulatio renum	—	—	3	1	—	3	—	—	4
Nephropexis	—	—	4	6	10	—	—	—	10
Pyelotomia	—	—	4	1	5	—	—	—	5
Nephrotomia	—	—	2	1	1	2	—	—	3
Nephrectomia	—	—	10	17	20	5	—	—	9
Paranephritis	—	—	—	—	8	—	—	—	—
Lumbotomia probatoria	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Prostatectomia	—	—	40	—	25	5	—	10	40
Sectio alta	—	—	6	—	—	6	—	—	6
Lithotrypsia	—	—	—	—	4	—	—	—	4
Uretrotomia externa	—	—	1	—	4	—	—	—	4
„ interna	—	—	2	—	2	—	—	—	2
Hydrocele	—	—	12	—	13	—	—	—	13
Castratio	—	—	4	—	—	4	—	—	4
Funiculocele	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Epididymitis purulenta	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Implantatio ureterum	—	—	—	1	—	—	—	1	1
Resectio tumoris vesicae	—	—	2	—	—	—	—	—	2
Extirpatio tumoris uretral	—	—	—	1	1	—	—	—	1
Hypospadiā	—	—	4	—	—	3	1	—	4
Epispadiā	—	—	1	—	—	1	—	—	1
Cathelin	—	—	2	—	—	2	—	—	2
Parametritis	—	—	—	2	1	—	—	1	2
Ca. ovarii	—	—	—	1	—	—	1	—	1
Colporrhaphia	—	—	—	4	4	—	—	—	4
Ventrofixatio	—	—	—	3	3	—	—	—	3
Amputatio uteri	—	—	—	9	9	—	—	—	9
Cystoma ovarii	—	—	—	12	12	—	—	—	12
Varices haemorrh. fissura et fistula ani	—	—	9	37	130	—	—	—	130

W roku sprawozdawczym kierownik oddziału podał w Kwart. Klin. 9 opisów pokazów, a asystenci i współpracownicy oddziału 6 artykułów oryginalnych i 19 opisów pokazów (patrz wykazy szczegółowe w zeszytach czwartych tomu I, II, III i IV Kwart. Kliniczn.).

Sprawozdanie z działalności oddziału chirurgicznego II-c.

Podał

A. Wertheim (ordynator oddziału)

przy współudziale

H. Stabholza, L. Tonenberga, A. Askinazego, D. Wyszogroda.

Szczupłość miejsca nie pozwala na szersze nakreślenie obrazu działalności oddziału w ciągu stosunkowo długiego okresu czasu. Zwłaszcza w części szczegółowej musiałem ograniczyć się do danych cyfrowych, jakkolwiek obszerniejsze komentarze do poszczególnych grup, wzgl. przypadków chorobowych, byłoby ze wszechmiar pożądane. To samo da się powiedzieć o statystyce śmiertelności.

Sprawozdanie właściwe pozwolę sobie poprzedzić kilkoma uwagami nad organizacją pracy w oddziale. Zajęcia rozpoczynamy stale o godzinie 9-iej rano. Trzy dni w tygodniu poświęcone są wyłącznie operacjom, trzy zaś—wizycie szczegółowej, opatrunkom, badaniu chorych nowoprzybyłych oraz omawianiu przypadków wątpliwych i ciężkich. Przypadki nagle podlegają, rzecz prosta, operacji w każdej chwili. Dzięki takiemu rozkładowi zachodzi częstokroć konieczność wykonania jednego dnia 5—6 i więcej operacji. Posiadanie dwóch sal operacyjnych, dwóch instrumentariuszek i wystarczającego personelu lekarskiego umożliwia to zadanie. Natomiast brak dostatecznej liczby służby niższej utrudnia w wysokim stopniu szybką zmianę chorych na salach operacyjnych, naraża na długie wyczekiwanie i powoduje niepotrzebną stratę czasu. Rozkład operacji, wypisany jest w wilgę dnia operacyjnego na tablicy ściennej, zaopatrzonej w rubryki szczegółowe, jak data, numer łóżka, nazwisko chorego, rodzaj zabiegu i znieczulenia, nazwisko operatora i pomocników. Co się tyczy przygotowania chorych do operacji, to, poza przepisami ogólnymi, dotyczącymi czystości ciała, diety i t. d., w przypadkach ciężkich pielęgniarki otrzymują wskazówki specjalne, przeważnie na piśmie. Zresztą, sprawa powyższa omówiona będzie na innym miejscu.—Wizyty poobiednie załatwiają koledzy oddziałowi kolejno. Raz na miesiąc zbieramy się dla omówienia

spraw bieżących i wysłuchania referatów i streszczeń z piśmiennictwa lekarskiego.

Nie od rzeczy będzie poruszyć tu sprawę pielęgniarek. Wprowadzenie ich, datujące od dwóch przeszło lat, odbiło się dodatnio na pracy szpitalnej. Zyskali chorzy, otoczeni opieką fachową, zyskali i lekarze, posiadłszy w pielęgniarkach pomocnice, naogół dzielne i przeważnie ożywione jaknajlepszemi chęciami. Z biegiem czasu, gdy staną do apelu zastępy uczenic, kształcone w szkole pielęgniarek, praca pójdzie jeszcze raźniej i sprawniej. Za rzecz konieczną uważałbym utworzenie w szpitalu stanowiska naczelnej siostry-pleęgniarki, sprawującej niepodzielnie nadzór ogólny nad czynnościami podwładnego jej personelu. Na zachodzie system taki jest ogólnie przyjęty.

Przystępując do zobrazowania działalności oddziału, podzielę sprawozdanie właściwe na dwie części. Pierwsza, ogólna, porusza sprawę aseptyki, znieczulanie, ogólną metodykę operacyjną, przygotowanie chorego do zabiegu i zawiera krótki przegląd metod operacyjnych w poszczególnych, ważniejszych grupach chorobowych. W części drugiej, szczegółowej, znajdziemy dane cyfrowe, dotyczące ruchu chorych i śmiertelności, wreszcie dokładną statystykę operacyjną.

Materiał opatrunkowy i bieliznę operacyjną poddajemy perjodycznie kontroli bakteriologicznej. To samo dotyczy materiału do podwiązek i szycia, zarówno jedwabiu, jak i strun, któremi stale posługujemy się podczas operacji aseptycznych. Dotychczasowe próby wykazywały bezwzględną jałowość wyżej wspomnianych materiałów. Gorzej przedstawia się sprawa jałowości rąk naszych, badanych tuż przed operacją. Wprawdzie zaopatrzyłem cały personel lekarski i instrumentarjuszki w grube rękawiczki gumowe, bez których nie wolno wykonywać zabiegów ropnych i opatrunków, jednakże stopień jałowości rąk naszych pozostawia do życzenia. Wyrazem tego stanu rzeczy bywają niekiedy zgola niespodziewane ropienia po operacjach aseptycznych. Stąd wniosek, że używane obecnie do operacji aseptycznych rękawiczki niciane nie stanowią dostatecznej tamy dla drobnoustrojów. Nasuwa się przeto bezwzględna konieczność przejścia do grubych,

francuskich rękawiczek gumowych, które wytrzymują 7 sterylizacji, są więc tańsze od cienkich, amerykańskich.

Co się tyczy znieczulenia, to do uspiania stosujemy, z małymi wyjątkami, narkozę eterowo-morfinowo-atropinową. Niekiedy, zamiast atropiny, wstrzykujemy małą dawkę (0,0003) skopolaminy. Posługując się maską Ombrédanne'a, otrzymujemy uspienie gładkie i spokojne. Znieczulenie miejscowe stosuję *larga manu*—w 33^o/_o wszystkich zabiegów. Dotyczy to, poza małą chirurgią, całych grup operacyjnych, jak przepukliny, krwawnice, operacje na jądrach i powrózku nasiennym, na szyi, żebrach a częściowo i w jamie brzusznej, jak założenie przetoki żołądkowej i jelitowej, zespolenia. Znieczuleniem lędwziowem w okresie sprawozdawczym nie posługiwałem się, zamierzam jednak w czasie najbliższym stosować je w przypadkach wybranych.

Poruszę z kolei niektóre szczegóły, dotyczące ogólnej metodyki operacyjnej. Staramy się operować z jaknajmniejszą ilością pomocników, by zmniejszyć warunki, sprzyjające zakażeniu. Dzięki dobrym hakom automatycznym rzecz ta nie nastrocza trudności. Dalej, dążymy do obywatnia się bez instrumentarjusza, którego rola powinna ograniczyć się do podawania podwiązek. Narzędzia gazę i serwety przeważnie bierzemy sami ze stolików. Oświetlenie dzienne sali aseptycznej, w zasadzie dobre, nie zawsze okazuje się wystarczające, gdy chodzi o operowanie w głębi brzucha, miednicy, szyi i t. d. Oświetlenie wieczorne tej sali jest zupełnie wadliwe, a oświetlenie niskiej sali septycznej—wręcz fatalne, zarówno w dzień, jak i w nocy. Brakowi temu zaradziłem w pewnej mierze, posługując się bardzo mocną, acz nieco za ciężką lampą czołową. Sprawa domaga się gruntownej reformy: najodpowiedniejszą byłaby lampą, t. zw. „scialytique”, rzucająca silne skoncentrowane światło na pole operacyjne, i rozpraszająca cienie.

W jaki sposób przygotowujemy chorych do poważniejszych, dłuższych zabiegów, zwłaszcza na narządach jamy brzusznej i na drogach moczowych? W przypadkach odnośnych rozpoczynamy od określenia indywidualnej odporności chorego i od rozważania widoków operacji. Bierzemy tedy pod uwagę stan serca, określamy ciśnienie i krzepliwość

krwi, ilość azotu we krwi, sprawność czynnościową wątroby i nerek—I, stosownie do wyników badania, ustalamy wskazania operacyjne, względnie dążymy do podniesienia sprawności danego narządu lub grupy narządów. Ramy pracy niniejszej nie pozwalają mi na szczególne rozpatrzenie tego ważnego działu profilaktyki operacyjnej. Wspomnę tylko np. o usilnym odżywianiu chorych przed operacjami na drogach żółciowych i przewodzie pokarmowym zapomocą kroplówek z 4,5% roztworu cukru gronowego, o zwiększaniu krzepliwości krwi przez wprowadzanie przetworów wapnia i cytrynianu sodu (30% śródmięśniowo), o środkach nasekowych i kojących, o rewizji zębów i jamy ustnej, o gimnastyce płuc i t. p. Doświadczenie przekonało nas o celowości tych zabiegów w ciężkich przypadkach.

Pozwolę sobie teraz podać kilka szczegółów, dotyczących ważniejszych działów operacyjnych. Wole operujemy w znieczuleniu miejscowym, stosując wycięcie gruczołu (*excisio strumae*). Tętnicę tarczycową górną podwiązujemy stale, dolną, o ile dostęp do niej jest łatwy: Ranę sączkujemy na przeciąg 24 godzin.

Cięcie brzuszne w prostych operacjach na żołądku, jak zespolenie z jelitem, prowadzimy przeważnie w kierunku poprzecznym; dotyczy to również mniejszych guzów i prostszych operacji na narządach rodnych niewieścich. Wyrostki robaczkowe w okresie spokojnym, a często i w ostrym usuwamy przez cięcie poprzeczne z odsunięciem mięśnia prostego ku wewnątrz. Cięcie to jest kosmetyczne, dalszą zaletą jego jest łatwa rekonstrukcja ściany brzusznej, nieznaczne napięcie otrzewnej podczas szwu, niezmierna rzadkość przepuklin pooperacyjnych. Do operacji na drogach żółciowych używamy cięcia skośnego.

W przypadkach wczesnych zapalenia wyrostka, jak również w przypadkach ropni okołowyrostkowych, ograniczamy sączkowanie do minimum, na czym chorzy nasi nigdy nie tracili.

Operację doszczętną przepuklin pachwinowych wykonujemy najczęściej sposobem Girard'a. W 42 przypadkach

ograniczyliśmy się do wysokiego zaszcycia worka przepuklinowego od wewnątrz i zamknięcia kanału sposobem Girard'a. Jednakże stosunkowo znaczna ilość wznów zniewoliła nas do zarzucenia tej, skądinąd prostej metody. Gruczoł krokowy usuwamy zawsze przez cięcie nadłonowe, przeważnie jednocześnie, łożysko operacyjne tamponujemy przez rurkę Freyer'a, wprowadzoną do pęcherza. Odnosnie operacji na drogach żółciowych zaznaczę, że w przypadkach zwyczajnego wycięcia pęcherzyka nie sączkujemy dróg żółciowych. W jednym przypadku dużego braku w przewodzie wspólnym, powstałego podczas operacji, wprowadziłem sączek gumowy do przewodu wątrobowego z jednej, i do dwunastnicy z drugiej strony, a ponad sączkiem brak w ścianie zaszyłem. Sączek działał sprawnie i odszedł niepostrzeżenie *per vias naturales*. Guzy jelita grubego operujemy dwu—lub trzyczasowo.

Leczenie złamań nadržcza nam, pod pewnemi względami trudności. Tak, np. w przypadkach ciężkich złamań trzonu i końców stawowych kości ramieniowej, stajemy niejednokrotnie bezradni wobec braku dobrych aparatów szynowych, zapewniających szybki powrót czynności kończyny. Ratujemy się tu często improwizacją. Złamania trzonu kości udowej traktujemy zapomocą wyciągu w podwieszeniu kończyny, a w złamaniach podudzia stosujemy chętnie opatrunek ambulatoryjny Delbet'a. Wyniki nasze w przypadkach złamania szyjki kości udowej, leczonych wyciągiem w odwiedzeniu, nie są zadowalające. To też od niedawna weszliśmy na drogę opatrunków gipsowych według Whitman'a. Doświadczenie nasze z tą metodą jest jeszcze skąpe. Krwawe nastawienie złamań stosowaliśmy parokrotnie z powodzeniem. Mam wrażenie, że wskazania do tej metody, w miarę ulepszenia techniki operacyjnej, rozszerzą się znacznie. Przypadki z dziedziny ortopedji przysparzały nam niejednokrotnie dużo kłopotu, głównie ze względu na brak stołu ortopedycznego. Usunięcie tego braku jest sprawą pierwszorzędną wagi.

Na zakończenie działu ogólnego nadmienię, że w okresie sprawozdawczym na posiedzeniach naukowych Szpitala miały miejsce pokazy chorych i preparatów, których wykazy szczegółowe podane są w zeszytach czwartych tomu I, II, III i IV Kwart. Kliniczn.

C. Laparotomia (prócz przepuklin)		393
1. <i>Laparotomia w przypadkach urazów, zapalenia otrzewnej, niedrożności, próbne—w sprawach łagodnych</i>	28	
2. <i>Laparotomia próbna w przypadkach nowotworów złośliwych</i>	16	
3. <i>Laparotomia w gruźlicy otrzewnej</i>	1	
4. <i>Operacje na jelitach</i>	54	
a) założenie przetoki kałowej	3	
b) wycięcie jelit:		
w niedrożności i przepuklinach uwięzłych	10	
w przypadkach raka	5	
c) zespolenie boczne jelit	14	
d) umocowanie kątnicy	1	
e) operacje plastyczne i zamknięcie przetoki kałowej	11	
5. <i>Operacje na żołądku i dwunastnicy</i>	24	
a) zespolenie żołądkowo-jelitowe:		
przypadki łagodne	14	
przypadki złośliwe	6	
b) przetoka żołądkowa	4	
6. <i>Operacje na wyrostku robaczkowym</i>	235	
a) wycięcie wyrostka w okresie ostrym	16	
b) wycięcie wyrostka „na zimno”	197	
c) otwarcie ropni okołowyrostkowych	16	
d) operacje wtórne po wycięciu wyrostka	6	
7. <i>Operacje na wątrobie, drogach żółciowych, trzustce, śledzionie (bez próbnych i ropni)</i>	12	
a) wycięcie pęcherzyka żółciowego, usunięcie kamieni z przewodu wspólnego	10	
b) usunięcie śledziony	1	
c) torbiele trzustki	1	
8. <i>Operacje na narządach rodnych kobiecych</i>	23	
D Przepukliny		410
1. <i>Pachwinowe</i>	350	
a) wolne	273	
b) uwięźnięte	25	
c) wznowy	17	
d) sztuczne	35	
2. <i>Udowe</i>	27	
a) wolne	17	
b) uwięźnięte	10	
3. <i>Nadbrzuszne</i>	9	
4. <i>Pępkowe</i>	9	
5. <i>Pooperacyjne</i>	15	
E. Operacje na narządach moczowych, rodnych, miednicy i prośnicy		269
1. <i>Prącie i cewka moczowa</i>	10	
a) stulejka	3	
b) cięcie cewki	7	
2. <i>Pęcherz moczowy i gruczoł krokowy</i>	28	
a) cięcie nadłonowe	11	
b) nowotwory pęcherza	2	
c) usunięcie gruczołu krokowego	15	
3) <i>Operacje na nerkach</i>	16	
a) wycięcie nerki	6	
b) cięcie nerki	3	
c) przyszyte nerki	1	
d) ropnie okołonerkowe	6	

4. Operacje na jądrach	33
a) trzebieenie i sprawy ropne	4
b) wodniak	25
c) rozszerzenie żył powrózka	1
d) wnętrostwo	3
5. Narządy rodne kobiece	7
6. Miednica i odbytnica	175
a) przetoki i sprawy ropne	36
b) krwawnice i rozpadliny odbytu	122
c) odcięcie odbytnicy z powodu raka	2
d) wypadnięcie odbytnicy	12
e) operacje na kości krzyżowej	3
F. Operacje na kończynach	500
1. Amputacje	38
a) ramię i palce	7
b) udo	24
c) podudzie	7
2. Wyluszczenia	14
a) przedramię	1
b) palce u rąk	9
c) palce u nóg	3
d) udo	1
3. Wycięcie stawów	13
a) barkowy	1
b) łokciowy	5
c) biodrowy	3
d) kolanowy	2
e) skokowy	2
4. Nastawienie krwawe zwinięć	3
a) staw barkowy	1
b) staw łokciowy	1
c) palce	1
5. Szew kostny	11
a) ramię	2
b) podudzie	1
c) rzepka	8
6. Inne operacje na stawach	8
a) otwarcie stawu	1
b) usztywnienie stawu	4
c) naprostowanie	3
7. Inne operacje na kościach	50
a) przecięcie kości (osteotomia)	10
b) wyjęcie martwaka	40
8. Operacje na częściach miękkich	74
a) plastyka i przeszczepianie ścięgien	25
b) przecinanie ścięgna	3
c) wycięcie żyłaków i podwiązanie tętnic	4
d) wycięcie guzów	18
e) wycięcie splotów nerwu współczulnego (sympathiectomia periarterialis)	24
9. Mniejsze zabiegi (nacięcie ropni, przekłucia, usuwanie ciał obcych, nastawianie zwinięć i złamań)	289
Ogólna liczba operacji	1762

Statystyka ruchu chorych (opracowali H. Stabholz i A. Askinazy).

Ogól. W tem
liczba oper.

I. Głowa:

A. *Czaszka*:

1) *Urazy*:

a) części miękkich	35	11
b) postrzały	1	
c) złamania	6	2
d) inne uszkodzenia	8	1

2) *Stany zapalne*:

a) ostre	5	
b) przewlekłe	12	

3) *Nowotwory*

	4	4
--	---	---

B. *Twara, nos, jama ustna*:

1) *Urazy*

	7	2
--	---	---

2) *Stany zapalne*:

a) części miękkich	14	6
b) ust i gardzieli	5	4
c) zapalenia kości i stawów	14	9

3) *Nowotwory*:

a) części miękkich	23	14
b) ust i języka	7	5
c) szczęk	9	6

2) *Wady rozwojowe*

	4	2
--	---	---

II. *Szyja, klatka piersiowa i plecy*:

A. *Szyja i kark*:

1) *Urazy*

	2	1
--	---	---

2) *Ostre sprawy zapalne*

	35	26
--	----	----

3) *Przewlekłe sprawy zapalne*

	19	5
--	----	---

4) *Nowotwory*

	11	6
--	----	---

5) *Wady rozwojowe*

	—	—
--	---	---

6) *Wole*

	15	14
--	----	----

B. *Klatka piersiowa i plecy*:

1) *Urazy*

	42	2
--	----	---

2) *Sprawy zapalne*

	29	22
--	----	----

C. *Serce, płuca i opłucna*

	94	38
--	----	----

D. *Nowotwory*

	3	2
--	---	---

E. *Sutecz*:

1) *Sprawy zapalne*

	37	31
--	----	----

2) *Nowotwory*

	24	16
--	----	----

F. *Kregostup*:

1) *Urazy*

	5	2
--	---	---

2) *Zniekształcenia*

	5	
--	---	--

3) *Gruźlica*

	41	2
--	----	---

4) *Nowotwory*

	1	
--	---	--

5) *Wady rozwojowe*

	1	
--	---	--

III. *Brzuch*:

A. *Urazy i zachorowania powłok brzusznych*:

1) *Urazy*

	8	3
--	---	---

2) *Zapalenia*

	16	13
--	----	----

3) *Nowotwory*

	6	3
--	---	---

B. *Żółtek i dwunastnica*:

1) *Stany zapalne*

	39	14
--	----	----

2) *Nowotwory*

	25	13
--	----	----

C. *Przełyk*:

1) *Sprawy łagodne*

	16	
--	----	--

2) „ *złośliwe*

	12	7
--	----	---

Ogól. w tem
liczba oper.

D. Urazy i schorzenia otrzewny i jelit:			
1) Urazy i schorzenia jelit		86	30
2) Nowotwory jelit		51	28
3) Otrzewna		29	9
E. Zapalenie wyrostka robaczkowego:			
1) ostre bez zapalenia otrzewny		63	25
2) „ z zapaleniem		13	11
3) „ dziurawiące		31	31
4) przewlekłe		267	247
F. Wątroba		50	15
G. Śledziona		3	2
H. Przepukliny:			
1) Pachwinowe wolne		324	318
2) „ uwięzłe		34	32
3) Udowe wolne		13	12
4) „ uwięzłe		23	22
5) Brzuszne		13	11
6) Pępkowe		12	12
7) Pooperacyjne		10	9
IV. Narządy moczo-płciowe, miednica i odbył:			
A. Narządy moczowe:			
1) Nerki i moczowody		38	14
2) Pęcherz i cewka moczowa		36	5
B. Narządy płciowe męskie:			
1) Prącie		13	4
3) Jądra, przyjądrza		45	24
2) Powrózek nasienny		7	5
4) Stercz		35	12
C. Narządy płciowe kobiece		83	38
D. Miednica:			
1) Urazy		24	4
2) Nowotwory		4	2
E. Odbyt:			
1) Stany zapalne		49	38
2) Nowotwory		13	11
3) Guzy krwawnicowe		213	205
4) Wypadnięcie		15	10
V. Kończyny:			
A. Górne i obojczyk:			
1) Urazy		96	8
2) Stany zapalne		74	53
3) Gruźlica		23	1
4) Nowotwory		3	2
5) Zniekształcenia i porażenia		5	4
6) Stawy		32	8
B. Dolne:			
1) Urazy		187	10
2) Stany zapalne		238	159
3) Gruźlica		87	10
4) Nowotwory		13	9
5) Zniekształcenia i porażenia		33	12
6) Stawy		97	10
VI. Varia		60	7

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 27 marca 1925 roku.
(Ciąg dalszy).

Przewodniczył Mesz.

Bau Prussakowa. Cześciowe porażenie nerwu kulszowego po zastrzyku alkoholu. (Z oddz. E. Flataua).

P. M., lat 25, dotknięty od roku rwą kulszową. Przed mieśnięciem, gdy nerwoból był już znacznie słabszy, zastrzyknięto mu wyskok do nerwu kulszowego; poczuł odrazu gwałtowny ból i nie mógł wyprostować stawu skokowego. St. ob.: kończ. dol. pr.—niezmieniona; kończ. lewa—ruchy w stawie biodr. i kolan. prawidłowe, stopa zwisa; ruch wyprostny stawu skokowego i palców zniesiony, zginanie nieco osłabione. Podudzie lewe szczuplejsze. Oddziaływanie m. m., unerwionych przez n. strzałkowy, na prąd galwan. i farad. osłabione, bez odczynu zwyrodnienia. Odr. ze śc. Achill. = 0. Czućie powierzchowne: 0 na tylnobocznej powierzchni goleni i na grzbiecie stopy w odcinku środkowym, osłabione na grzbiecie. powierzchowni II i III palca. Podczas pobytu na oddziale w mięśniach piszczelowych przednim i strzałkowym zjawiał się odczyn zwyrodnienia.—Wprowadzenie alkoholu do nerwu o włóknach mieszanych, czuciowo-ruchowych, jakim jest nerw kulszowy, może, jak widać z przytoczonych danych, pociągnąć za sobą bardzo złe skutki. Zabiegu tego należy unikać; zastrzyki z fizjologicznego roztworu NaCl dają w większości przypadków doskonale wyniki. Zastępuje na uwagę jeszcze to, iż uszkodzeniu uległy tylko włókna nerwu strzałkowego, jakkolwiek alkohol zastrzyknięto do pnia nerwu kulszowego. Potwierdza to słuszność poglądów Albee'go i Stoffla, według których włókna, mające tworzyć gałązkę nerwową, leżą w obrębie pnia nerwowego obok siebie. N. strzałkowy odznacza się, jak wiadomo, największą wrażliwością na działanie czynników szkodliwych (jako leżący najbardziej powierzchownie w obrębie pnia n. kulszowego—według Hartunga, a jako najslabiej unaczyniony, zdaniem Holmana) i tym więc tłumaczy się właśnie to, że ta, a nie inna gałązka, uległa tu porażeniu.

W rozprawie Flatau zwraca uwagę na to, że o ile zastrzykiwanie alkoholu w rwie nerwów czuciowych jest niekiedy wskazane, o tyle nie należy go stosować w rwie nerwów mieszanych (czuciowo-ruchowych). W rwie kulszowej najwłaściwiej stosować bądź sposób Lange'go, bądź też sposób Cathelin'a; wystarczy zastrzyknąć dużą ilość (40—50 cc.) roztworu fizjologicznego soli nie do samego nerwu, lecz w miejsce bezpośrednio go otaczające. Empirycznie

sposób Lange'go daje dobre wyniki u młodych, zaś Cathelin'a — u starych.

Endelman zastrzykiwał alkohol w jednym przypadku jaskry dokonanej, aby znieczulić n. n. rzęskowe, przyczem nastąpiło też porażenie n. trójdzielnego i częściowo n. okoruchowego. Niepodobieństwo ominięcia n. ruchowego stwarza zatem nieraz znaczne niebezpieczeństwo tej metody leczniczej.

Lubliner podaje, że wstrzykiwania alkoholu do ołoczki n. laryng. super. w grzylcy krtani stosowane są b. często na jego oddziale z dobrym względnie wynikiem, zwłaszcza w przypadkach, w których występują wybitne bóle podczas lykania.

Bregman utrzymuje, że w nerwobólu twarzy zastrzykiwania alkoholu są skuteczne. Zastąpiły one całkowicie operacje, dokonywane na gałązkach n. trójdzielnego, (a nawet i na zwoju Gasser'a) gdyż zastrzykiwania do zwoju dają również dobre wyniki. W rwie kulszowej zastrzykiwanie alkoholu jest bezwzględnie przeciwwskazane. Schloesser w Monachjum próbował stosować alkohol powierzchownie do gałązek skórnych n. kulszowego, ale wynalezienie tych gałązek jest rzeczą niezmiernie trudną. B. uważa rokowanie w danym przypadku za niepomyślne; B. opiera się na własnym przypadku (demonstrowanym w 1923 r.) porażenia n. kulszowego po zastrzygnięciu rżęciowym. Wszelkie zabiegi lecznicze pozostały wówczas bez skutku.

Karbowski również w wielu wypadkach stosował zastrzykiwania alkoholu do n. laryng. super., nie spostrzegając jednak tak dobrych wyników, jak inni.

Kigiel. Przypadek wnętrostwa, operowany metodą specjalną. (Z oddz. M. Lubelskiego).

Chory lat 14-letni, z wadą rozwojową w postaci retentio inguinalis testiculi bilateralis. Obustronnie wyczuwało się w kanale pachwinowym guzki małe — jądra w stanie zaniku (lewe mniejsze), których ani do jamy brzusznej, ani do pochwy przesunąć nie można było (cryptorchismus). Operacja po str. praw. 21.1. 25. (dr. Lubelski). Cięcie, jak dla herniotomii; po przecięciu powięzi m. obliq. ext. stwierdzono wrodzoną przepuklinę (jądro w worku przepuklinowym). Radykalna operacja przepukliny. Odłączono oddzielnie vas deferens jądra, a inne części powrózka (b. krótkiego z praw. str.) przecięto między kleszczykami, jak w operacji varicocele, jądro włączone pozostało tylko w zwłazku z vas deferens. Miejsce rany zaszyto warstwami, zrazu tylko do skóry, poczem jądro wyłożono nazewnątrz rany i przeprowadzono w następujący sposób do moszny. W dolnym końcu tunica albuginea jądra przeprowadzono ligaturę jedwabną dość długą; po rozszerzeniu kleszczykiem kanału w mosznie (łożysko dla jądra) końce ligatury w uszku igły Rewerdain'a wprowadzono wewnątrz worka mosznowego, igłą prze-

kluto skórę moszny i wyprowadzono ligaturę nazewnątrż. Następnie pociąganiem ligatury jądro zostało przesunięte do swego łożyska w mosznie, a końce ligatury (po zawiązaniu na skórze moszny na tamponiku) przeciągnięto jeszcze dalej i przeprowadzono na wewnętrznej powierzchni przez skórę uda, aby moszna była zwrócona na dół i w stronę uda. Na górną ranę nałożono klamerki. Rychłozrost. 2-ga operacja 6.III. 25 również w uśp. eterow. — Po str. lew. przepukliny nie było; jądro lewe w zaniku prawie zupełnym, lecz vas deferens był dość długi i nie było potrzeby odłączania go od pozostałych części powrózka. Vas deferens wraz z jądrem przesunięto do moszny sposobem, jak wskazany wyżej w operacji prawostr. jądra, uwięźniętego w kanale pachwinowym. I tu rychłozrost. Ligatura, wprowadzona pod skórę uda puściła i tu, jak po 1-ej operacji, na 12-ty dzień. Po 3-ch tygodniach wyczuwało się, że jądro się powiększa, wzgl. ulega więc rozwojowi, niczem już niehamowanemu. Zaletę wskazanego wyżej sposobu operacji stanowią 3 momenty, a mianowicie, że 1) wprowadzenie jądra do moszny i umiejscowienie go w łożysku odbywa się w jednym czasie zabiegu; 2) że przeprowadzenie igły Rewerdain'a odbywa się, jako ostatni moment operacji, kiedy już wszystko zeszyto, przyczem w warunkach najlepszych pod względem aseptycznym, igłę bowiem wprowadzono z wewnątrz moszny na zewnątrz skóry jej (wylacza to możliwość zakażenia od strony skóry); 3) że nie przecina się zupełnie skóry moszny, czego się nie unika w innych metodach postępowania dla tej operacji (Hahn, Katzen, Stein).

W rozprawie Lubelski podaje, że tą metodą, własną, operował 10 przypadków z dobrym wynikiem. Zaletą operacji jest możność wykonania jej jednocześnie, skóra w dolnym błęgnię moszny nie zostaje przecięta; sposób operacji jest łatwy. Przy bardzo krótkim powrózku można przeciąć wszystkie tkanki i naczynia, a jądro pozostawić tylko na nasieniowodzie; ten z łatwością udaje się wyciągnąć. Zgorzel jądra nie następuje.

Szenkier uważa sposób, przytoczony przez K., za dogodny z tego względu, że można go zastosować jednocześnie. Niewiedomo jednak, jakie wyniki okażą się po upływie pewnego czasu. Przecinalanie naczyń z pozostawieniem tylko nasieniowodu (vas deferens) mają ujemną stronę — złe odżywianie jądra. Pod tym względem sposoby, polegające na stopniowym wyciąganiu naczyń, a nie przecinaniu, okazują się lepsze.

Sz. operuje sposobem dwuczasiowym: 1-o przeciąganie jądra przez mosznę i przymocowanie go pod fasciā lata wewnętrzej strony uda i 2-o po dwutygodniowym chodzeniu chorego sznur nasiennoy jest o tyle wydłużony, że jądro daje się bez specjalnych trudności przesunąć, do wnętrza moszny.

Wertheim również uważa, że sposób operowania wnętrza, polegający na przecinaniu naczyń z pozostawieniem nasienio-

wodu, jest dość niebezpieczny, zwł. dla osobników młodych, u których nie wytworzyło się jeszcze połączenie naczyń w dostatecznym stopniu. W. jest raczej za sposobem, o którym wspominał przedmówca, t. j. za wyciąganiem naczyń, a nie przecinaniem ich.

Goldstein uzależnia wynik operacji od długości powrózka nasiennego. U demonstrowanego chorego widzi się to najlepiej: po jednej stronie wynik był dobry, po drugiej — gorszy, mianowicie po tej, gdzie sznur nasienny był krótki.

Milejkowski. — Przypadek pergaminowej skóry barwikowej

L. S., lat 9, przybył na oddział przed 2 tygodniami. Zmiany chorobowe zaczęły występować w drugim — trzecim roku życia na twarzy, szyi, karku oraz na powierzchniach grzbietowych rąk i przedramion. W obrazie klinicznym spostrzegamy trojakiemu rodzaju zmiany: 1) plamy barwikowe koloru brązowego, jak plamy piegowate; 2) zmiany bliznowate — białe błyszczące plamy; 3) 2 owrzodzenia — na końcu nosa i na prawym policzku — najprawdopodobniej wskutek rozpadu tworów guzowatych. Gruczoły szyjne powiększone. Biopsja, aby określić charakter guzów owrzodziałych, potwierdziło rozpoznanie.

Markusfeld. Dwa przypadki pęcherzowego dziedzicznego oddzielania się naskórka. (Epidermolysis bullosa hereditaria Köbnera).

16-letnia R. K. i brat jej 10-letni dotknięci są tym cierpieniem od wczesnego dzieciństwa: dziewczynka od pierwszych dni życia, chłopiec od pierwszych miesięcy. Objawem cierpienia skóry były tu pęcherze w różnych okolicach ciała u chłopca początkowo na nogach, najczęściej po urazach, ucisku. Pęcherze te matka przekładywała zwykle, albo też same pękały i goiły się. Dzieci odczuwały tylko nieznaczne swędzenie, palenie; stan ogólny chorych, był i jest zadowalający. Leczenie maściami było bez żadnego wpływu na przebieg cierpienia, które z różnymi nasileniami do dziś dnia trwa. Takie samo cierpienie miała i starsza siostra (zmarła na czerwonkę). Matka zdrowa; ojciec zmarł na czerwonkę. Rodzice spokrewnieni — cloteczny brat i siostra.

St. ob.: dziewczynka prawidłowo zbudowana, trochę drobna. Na twarzy, tułowiu i kończynach doln. znacznie ubarwionych, widać poza tym tylko nieznaczne szczątki skóry normalnej, miejscami bliznowatej, zcieńczonej oraz szereg pęcherzy napiętych, przeważnie bez obwódki zapalnej, wielkości od ziarnka grochu do małego jabłka, o zawartości przezroczystej lub krwawomętnej, a nawet ropnej. Po pęknięciu pęcherzy pozostają miejsca pozbawione naskórka, obnażone lub pokryte strupami z zaschłej wydzieliny i resztek zawartości. W miejscach uszczypnięć występują w kilka minut pęcherze. Paznokcie bez większych zmian. Uwłosienie wszędzie normalne. Na wewnętrznej powierzchni prawego ramienia szereg plam barwi-

kowych—znamion—o wielkości łebka u szpilki lub większych, nieprawidłowej formy. Gruczoły limfatyczne nieznacznie powiększone, twarde, niebolesne. Stan bezgorączkowy. Narządy wewnętrzne normalne. Tętno rytmiczne. Nieznaczne objawy sympatykotonii. Narządy rodne bez zmian widomych; regularności brak. Bad. prom. R. u obu: siódło tureckie normalne; również i budowa kości długich, płuc, serca (wymiały); tętnica główna mała (Mesz). Obraz krwi mało odbiega u obu od normy; eozynochlonych 10/o. Wass. we krwi i Pirq. ujemne. Bad. histologiczne (kol. Jastrzębski): pęcherze mieszczą się częściowo wewnątrz naskórka, częściowo pod naskórkiem; komórki naskórka przeważnie mało zmienione, częściowo obrzękłe; jądra i zaródź komórek barwią się dobrze. W płynie pęcherza dużo włókniaka i nieco białych ciałek krwi. Brodawki nieznacznie obrzękłe, mało zmienione, ilość włókien elastycznych nie zmniejszona, tworzą one liczne spłoty wzdłuż naczyń i gruczołów skóry; oddzielne włókna nieco obrzękłe.

Chłopczyk również normalny fizycznie i umysłowo, bez gorączki. Zmiany na skórze, jak u siostry, z przewagą objawów pozanikowych.

W rozprawie Rosenberg podkreśla rzadkość demonstrowanych przypadków ze względu, że dotyczą rodzeństwa, z których jedno jest dotknięte postacią pospolitą schorzenia, a u drugiego są objawy przeważnie pozanikowe. Obie postaci są jeszcze obecnie przez niektórych klinicystów niesłusznie uważane za zupełnie odmienne schorzenia, jednocześnie jednak ich występowanie u paru członków jednego rodzeństwa, jak w danym wypadku, jest jednym z dowodów łożsamości cierpienia. Zasluguja tu jeszcze na uwagę liczne złote pigmentacje, których R. w przypadku swolm z ubiegłego roku nie zauwazył, spostrzegal natomiast w okolicy kolan i łokci ciemnosinawe zabarwienie skóry o charakterze zanikowym. Etjologia cierpienia jest dosc ciemna; wielka role odgrywa tu dziedzicznosc. Patogeneza rowniez nie jest wyjasniona; wedlug Brocq'a jest to dziedziczna nerwica odzywcza, zalozna prawdopodobnie od dysfunkcji ukkladu wegetacyjnego.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 24 kwietnia 1925 r.

Przewodniczył Natanson.

Natanson przedstawia preparat organów rodnych i sąsiednich dziecka, przedstawionego 6 marca 1925. Dziecko zmarło 8 dnia pobytu w Szpitalu wśród objawów postępującego wyniszczenia i septycznego zakażenia. Badanie pośmiertne wykazało, jako bezpośrednią przyczynę śmierci dwustronne ropne zapalenie opłucnej i także zmiany w oskrzelach. Narządy rodne wyjęto z małej miednicy wraz z nerkami i moczowodami, pęcherzem i odbytnic. Pochwę nacięto z boku i w ten sposób uwidocznlony jest stosunek nowo-

tworu do organów rodnych. Guz składa się z 3-ch dużych tworów polipowatych, z których dwa wychodzą przez otwór na zewnątrz, trzeci zaś, największy i najdłuższy, zajmuje całą pochwę, znacznie rozszerzoną i dochodzi do części pochwowej, która pozostała nie-
tknięta. W lewym sklepieniu widzimy małe brodawki, będące bądź przerzutem dotykowym, bądź drugim równorzędnym punktem wyjścia nowotworu. Wszystkie trzy guzy wychodzą z dolnego odcinka tylnej ściany pochwy. Macica mała, jajniki spore — zupełnie prawidłowe. Pęcherz moczowy i odbytnica również wolne. Nerki duże bez zmian mikroskopowych. Badanie drobnowidowe pozwoli na ściśle określenie charakteru nowotworu.

W rozprawie Lubelski, nawiązując do nowotworów narządów płciowych kobiet, omawia spostrzegane przez niego u mężczyzn sprawy nowotworowe jąder. Sam operował już dość dawno guz jądra, który nosił cechy zmian gruczliczych, ale badanie histopatologiczne wykazało typowy mięsak. Po operacji nastąpiło zupełne wyzdrowienie, co ze względu na złośliwość mięsaków, ma doniosłe znaczenie kliniczne.

Higier przypisuje ważne znaczenie umiejscowieniu mięsaków. Zwraca przytym uwagę, że wśród powszechnie rozpoznawanych mięsaków kości, które dotychczas uchodziły za nieuleczalne, dokładniejsze badania mikroskopowe ostatnich czasów wykazały raczej zmiany na tle ostitis cystica.

Winberg. Przypadek zrostu palców i przerostu ich u dłoni. (Z oddz. A. Solowiejczyka).

Dziecko $1\frac{1}{2}$ roku, płci męskiej, przybyło na oddział z powodu zniekształcenia rączki lewej, która sprawia wrażenie jakby się składała z 2 części. Z pierwszego wejrzenia $\frac{1}{2}$ rączki od strony łokciowej podobne do stopy. Paliczki i kości śródreżca palców I-go, II-go i III-go są normalne, natomiast IV-go i V-go są nadmiernie rozwinięte. Wszystkie inne narządy są prawidłowo zbudowane. Wywiady rodzinne bez znaczenia. W prześwietleniu prom. R.: nadmierny rozrost wszystkich paliczków 4-go i 5-go paiców. Kości śródreżca palców 4-go i 5-go również nadmiernie rozrośnięte. W kościach — rozrzedzenia. Co do etjologii, to istnieją co do tych zbroczeń 2 poglądy; jedni dopatrują się tu przyczyn nerwowych, inni zaś sądzą, że podłożem tu jest nadmierny rozrost tkanki zarodkowej. Ze względu na przeszkodę w przyszłości dla pracy i na wygląd nieestetyczny i krępujący, należy w tych przypadkach wykonywać wyluszczenie tych palców ze stawów.

W rozprawie Lubelski ostrzega przed przysiępowaniem do zabiegu w podobnych przypadkach bez zdjęcia rentgenowskiego. Przy zrośnięciu palców możemy nieraz napotkać znaczne trudności operacyjne. W demonstrowanym przez prelegenta przypadku L. proponuje nie oddzielenie obu zrośniętych między sobą paliczków, lecz zupełne wyluszczenie ich stawów (desarticulatio).

Natanson przypomina własne spostrzeżenie makrodaktylii palca środkowego u dziecka, który szerokością swą pokrywał całkowicie pozostałe palce.

Erlich. Pokaz potworka noworodka. (Anencephalus).

Potworek wielkości 54 cm., wagi przeszło 4000 gr., o silnej budowie. Potworność głównie dotyczy budowy głowy. Brak główki, łusek kości pokrywy czaszkowej, a mianowicie łuski kości czołowej; zupełnie brak kości cieniowych, łuski kości skroniowych oraz części łuski kości potylicznej. Mózgu, jako takiego, nie wykryto zupełnie, nieco tkanki o spistości miękkiej. Kark krótki. Gałki oczne duże. Ogólny wygląd głowy, jak u żaby. Potworek wstawił się w położeniu twarzowym. Wydobyty został przez brachioleidotomję. Matka wypisała się ze Szpitala zdrowa.

W rozprawie Higier wyłącza możliwość sprawy zapalnej wewnątrzmacicznej, gdyż w wywiadach niema o tym danych. Najwięcej prawdopodobny jest tu ucisk, wywierany przez owodnię (amnios) na poszczególne części płodu, w danym wypadku — na pokrywę czaszkową.

Lubelski — 1) Wycięcie nerwów żołądka w przypadku wrzodu w okolicy wpustu.

E. Sz., lat 39, choruje od 6 lat. Po jedzeniu — odbijanie, bóle w dołku, wymioty — niekiedy ciemne. Zgłębnik, wprowadzony naczcho do żołądka, wykazuje zaleganie treści pokarmowej. Po próbnym śniadaniu — zwiększenie ogólnej kwasoty. Zdjęcie prom. R.: żywy ruch robaczkowy kłosek, uchyłek na małej krzywiznie, tuż u wpustu, a zaleganie masy kontrastowej jeszcze po 53 godzinach od wprowadzenia jej do żołądka. Operacja w znieczuleniu miejscowym, a później w uspieniu eterowym: wykryto owrzodzenie modzełkowe na małej krzywiznie u przejścia od przełyku do żołądka. Zrosty na małej krzywiznie przeciągały wpust do odźwiernika. Dokonano wynerwienia żołądka (Wertheimer, Payer). Po oddzieleniu małej sieci od małej krzywizny, przecięto na tylnej i przedniej powierzchni wpustu, tuż u małej krzywizny, widoczne gałeczki nerwu błędnego. Na małej krzywiznie i na przedniej powierzchni części przedodźwiernikowej żołądka przecięto gałeczki nerwowe, surowiczkówkę i częściowo nacięto mięśniówkę, poczym miejsca te zeszyto struna. Paru szwami przszyto małą krzywiznę żołądka do małej sieci. Czebieg pooperacyjny bez powikłań. Bóle, wymioty, odbijania ustały. Badany 2 miesiące po operacji na żadne dolegliwości nie narzekał.

W rozprawie Lipes podaje, że niedawno przeglądał w *Présse Médicale* artykuł statystyczny o 19 przypadkach wynerwienia żołądka, ale zabieg ten nie był tam stosowany wskutek wrzodu okrągłego żołądka, lecz z powodu dolegliwości na tle bliżej niezna-

nym, gdzie w każdym razie zmian organicznych podczas operacji nie stwierdzono.

Altkaufel przypomina, że u nas przed dwoma laty Zawadzki demonstrował w T-wie Chirurgicznym kilku pacjentów, którym dokonał enerwacji żołądka z dobrym wynikiem.

2) Megacolon descendens mobile. Megasigma. Pericolicitis. Pokaz chorej po operacji.

B. H., lat 22, od roku skarży się na bóle w prawej połowie brzucha; zaparcia po 3 do 7 dni. Przed 2 dniami objawy niedrożności jelit; chora 8 dni przeleżała w łóżku; badanie kliniczne nic patologicznego nie wykryło. Prom. R. zaś wykazały u zagięcia śledzionowego poprzecznicy dość dużą pętlę jelita, która miała kierunek ku górze do przepony, następnie opuszczała się ku dołowi. (Zrazu myślano o hernia diaphragmatica). Przy operacji znaleziono: a) dużą okrężnicę zstępującą, ruchomą, mającą własną kreskę, o szerokości do 8 cm. (colondescendens mobile), b) nienormalnie długą esicę (48 cm. na obwodzie—megasigma), c) powiększoną i opadniętą poprzecznicę (megacolon), d) zrosty zapalne w postaci błon na przedniej powierzchni okrężnicy wstępującej, tuż przy zagłębieniu wątrobowym, zwężające światło jelita. Dokonano zespolenia bocznego prawej $\frac{1}{2}$ okrężnicy z odprowadzającym końcem esicy, aby wyłączyć część poprzecznicy, okrężnicę zstępującą i esicę. W tym też celu zaraz za miejscem zespolenia podwiązano poprzecznicę grubą nitką jedwabną, owinięto miejsce wolnym płatem sieci i obszyto go dookoła przylegającymi ścianami jelita. Błony zapalne, wokół górnego odcinka okrężnicy wstępującej, przecięto. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Na szósty dzień obłity stolec po ławatywie, później stolce samolstne. Bólów nie ma; samopoczucie dobre.

W rozprawie Lipes zastanawia się, czy wobec tego, że w okolicy carrefour hépatique było w danym wypadku zwężenie, po przebytej lub trwającej jeszcze sprawie zapalnej, czy nie słuszniej było połączyć bezpośrednio jelito kręte (ileum) z esicą.

Natanson wyraża obawę, czy kał w wyłączonej części jelita nie będzie się gromadził w kierunku wstecznym.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 15 maja 1925 r.

Przewodniczył Rotstadt.

A. Zamenhof. O badaniu oka w świetle szczelinowym, z pokazem uproszczonego przyrządu.

Zastosowanie lampy szczelinowej Gullstranda do badania oka w przekroju optycznym zrobiło prawdziwy przewrót w okulistyce i pozwala zapomocą mikroskopu widzieć w żywym oku zmiany w głębokich częściach, które dawniej tylko na preparatach można

było oglądać. Zwykle badanie w świetle bocznym, ogniskowym, staje się dziś już przestarzałym. Wobec tego jednak, że mikroskopia żywego oka wymaga bardzo kosztownych i skomplikowanych przyrządów i zresztą nie każdego chorego można tym sposobem badać, gdyż nie każdego chorego można do lampy tej sprowadzić i przed nią usadowić (np. obłożnie chorych lub cierpiących na światłowstręt) zachodzi potrzeba skonstruowania przyrządu portatywnego, któryby mógł być używany przez każdego lekarza, w każdym miejscu.

Przyrząd Zamenhola jest przesłoną szczelinową, składającą się z rurki o dwu otworach, z których jeden w postaci szpary, dającej się regulować, należy ustawić nawprost drucika rozżarzonego lampki oftalmoskopu Simona, a drugi, okrągły, zwrócony jest w stronę soczewki zbierającej tego oftalmoskopu.

W ten sposób otrzymujemy wąską smugę światła, podobną do tej, którą daje lampa szczelinowa Gullstranda. Zamiast mikroskopu posługujemy się lupą Hartnacka, dającą powiększenie 10- lub 20-krotne, co w praktyce często w zupełności wystarcza.

Przyrząd ten, stosowany od pewnego czasu na oddziale ocznym Szpitala, nieraz okazał się bardzo pożyteczny i dawał cenne wskazówki w rozpoznaniu i umiejscawianiu zmian w przednim odcinku gałki, zanim sprowadzona została lampa szczelinowa Gullstrand'a.

Obecnie zaś mamy możliwość stwierdzenia, że rozpoznania, ustalone zapomocą tej małej przesłony, w zupełności zgadzają się z tym, co lampa Gullstranda i mikroskop pozwalają różniczkować z większą ścisłością i dokładnością, co do szczegółów.

Mic i Milejkowski. Przypadek wady serca, powikłany toksycznym zapaleniem skóry. (Z oddz. G. Lewina i Wcl. Sterlinga).

Chora S. G., lat 14, przybyła na oddz. d. 9.II. Od trzech lat cierpi na dolegliwości sercowe. W ostatnich tygodniach duszność, bicie serca, kaszel, znaczne osłabienie; oddaje mniej moczu, zauważyła obrzęki na kończynach dolnych.

W dzieciństwie ciężka angina, pozatym nie chorowała. Meneses jeszcze nie miała.

St. ob. Budowa prawidłowa, lichy odżywiony; skóra biała, wszędzie na niej wyraźna siatka rozszerzonych naczyń żylnych. W jamie opłucnej prawej objawy płynu, ku górze do dolnego kąta łopatk; nad resztą płuc oddech szorstki. Liczne łurczenia oraz drobnobańkowe rżenia wilgotne. Oddech 28 na 1'.

W okolicy serca widoczne wyraźne uwypuklenie, wstrząśnienie sercowe rozległe, sięga od linii środkowej ciała do lewej linii pachowej; tętnienie w epigastrium i na szyi. Prawa granica serca—o 2 palce w prawo od prawego brzegu mostka, górna—

3 żebro; lewa o 2 palce w lewo od lewej linii sutkowej; nad wszystkimi zastawkami słyszalne szmery skurczowy i rozkurczowy, pokrywające zupełnie tony. Tętno 124 na l', równe, słabo napięte.

W jamie brzusznej wolny płyn. Wątroba sięga o dłoń poniżej łuku żebrowego; twarda, bolesna; śledziona niemacalna.

W okolicy krzyża i na kończynach dolnych skóra błyszcząca, znaczne obrzęki. Ilość dobową moczu 225 cm³, obecnie białko i pojedyncze krwinki w osadzie. 17.II.25. Nie otrzymano poprawy po stosowaniu digitalis i strophantus i innych środków nasercowych; mała diureza. Wskrzyknięto więc dożylnie 1 cm³ novasurolu—ilość dobową moczu nazajutrz 1 1/2 litra. W 4 dni potem nowy zastrzyk novasurolu—dobowa diureza 3 1/2 litra. Obrzęki po tych dwóch zastrzykach mniejsze, natomiast stan ogólny, wymiary serca, wątroby, tętno—jak poprzednio. Podawanie a p o c y n y, bulbus Scillae, zastrzyki ouabainy — bez wpływu. 3.III.25 wskutek pełnownego przyrostu obrzeków i małej diurezy — zastrzyk dożylny novasurolu. W 1/2 godziny po zastrzyku kilkakrotnie wymioty, silne dreszcze, poczym chora zasnęła i spała z rzędu 12 godzin. W 10 dni potem nowy zastrzyk novasurolu — znowu chora dostała dreszczy, wymiotów, bólu głowy, ciepłota z 36,8⁰ podniosła się do 39⁰, poczym chora zasnęła i spała bez przerwy 16 godzin. W 3 dni po ostatnim zastrzyku chora zaczęła się skarżyć na swędzenie skóry, na powierzchni wyprostnej kończyn górnych zjawiała się drobnopęcherzykowa wysypka, która w ciągu kilku dni się uogólniła i zajęła wszystkie kończyny, tułów i szyję. W tym stanie chora została przepisana na oddział skórny, gdzie przebywała przez 9 dni. Po powrocie cała skóra łuszczyła się, pod obu pachami stwierdzono zaczerwienienie, gruczoły były powiększone, miękkie; b. bolesne i następnie zrupiały. Uderzała poprawa także w stanie ogólnym. Prócz maści, chorej dawano także na oddziale skórnym digitalis, podawanie którego kontynuowano na oddz. wewn. Chora po powrocie zaczęła się szybko poprawiać i w dniu pokazu stwierdzało się: stan ogólny dobry, chora przechadzała się sama po 5 — 10 minut; w płucach objawy zastoinowe znacznie mniejsze, płynu w opłucnej prawej niema; granice serca w kierunku poprzecznym mniejsze o 2 palce, obok szmerów dobrze słyszalne tony; tętno 92, średnio napięte, równe; w jamie brzusznej brak wolnego płynu, wątroba wystaje o 2 palce pod łukiem; na kończynach dolnych obrzęki nieznaczne.

Uderzają w tym przypadku stan chorej po zastrzyku novasurolu i szybka poprawa po wysypce skórnej.

Zmiany po novasurolu możnaby tłumaczyć tylko, jako uczulenie chorej na veronal, wchodzący w skład novasurolu. Uczulenie to zjawilo się dopiero przy następnych zastrzykach novasurolu i dało obraz charakterystyczny dla zatrucia veronalem, jak wymioty, dreszcze, swędzenie skóry, wysypka drobnopęcherzykowa i wreszcie długotrwały sen po zastrzykach. Możliwe też, że wchodzi tu w grę sumowanie

się dawek veronalu, który, jak wiadomo, wydała się z ustroju b. wolno w postaci przeważnie niezmienionej.

Trudniej do wytłumaczenia jest szybka poprawa chorej po zmianach skórnych. Możliwa, że zmiany skórne były jakimś delivans; możliwe też, że sprawa ropna w gruczołach pobudziła osłabiony organizm do żywej reakcji i uczuliła zmieniony mięsień sercowy, dotąd niewrażliwy na żadne cardia ca.

(Uzupełnienie). Zmiany skórne.

W przebiegu klinicznym spostrzegano tu zmiany skórne dwójakiego rodzaju: typu rumieniowatego i pryszczycowatego. Na plecach i na podudziach wystąpiły plamy barwy czerwonej, rozmaitej wielkości, pojedyncze i zlewające się razem, o brzegach nieco wzniesionych: obraz przypominał schorzenie skóry typu pokrzywk. Po dwóch — trzech dniach zmiany skórne zupełnie straciły swój charakter rumieniowaty i przyjęły obraz kliniczny, typowy dla pryszczycy. Na plecach i podudziach, częściowo także na skórze brzucha, wystąpiły drobne — wielkości łebka u szpilki — pęcherzyki, gesto usłane i pokryte drobnymi łuseczkami, barwy białawo-szarawej. Łuseczki z łatwością dały się usuwać. W zgłębciach stawowych — szczególnie łokciowych, pachwinowych i pachowych — miejsca zaczerwienione, moknące, pokryte na obwodzie brudnymi szarawymi łuskami. Po kilku dniach na dłoniach wystąpiły pęcherze wielkości grochu i fasoli o zawartości ropnej. Pod wpływem stosowania obojętnych maści i okładów z Sol. Tioli lign. (4⁰/o) schorzenie skóry dość szybko ustąpiło.

W rozprawie Fliederbaum sądzi, że powikłanie w danym przypadku należy uważać za stan anafilaktyczny, wzgl. kolidoklastyczny, po wielokrotnym wprowadzeniu dożylnym novasurolu; za tym przemawia też brak objawów po pierwszym zastrzyknięciu oraz objawy, które się zjawily po zastrzyknięciach następnych (dreszcze, mdłości i wymioty, wreszcie po iniekcji ostatniej — ogólne osłabienie, stenokardja, gorączka, typowe objawy skórne (swędzenie, pokrzywka i ekzematyzacja. Novasurol, odcinając kolloidom ustroju płyny, wywołał zaburzenia w ich rozmieszczeniu oraz własnościach fizyko-chemicznych — autoklazuje. Przeto kolloidy, jako już obce ustrojowi, wywołały wstrząs.

Organizm zwalczył ten stan anafilaktyczny z charakterystyczną przewagą objawów wazotonicznych przez wytworzenie przynajmniej chwilowej antianafilaksji oraz sympatykotonji z Idacą wraz z ostatnią w parze przewagą w tkankach pierwiastka Ca nad K i cholesteryny nad lecytyną. Ca zaś i cholesteryna, zamieniając kolloidy hydrofilowe na hydrofobowe, pobudziły organizm do wydzielania płynów z tkanek obrzękłych. Stąd dodatni wpływ przebytego wstrząsu.

Lewin zastanawia się nad przyczyną tak znacznej poprawy, uzyskanej tu po pojawieniu się wysypki na skórze, podczas gdy

przedtym żadne leki (a były stosowane w dużej i rozmaitej ilości) nie odniosły skutku. Pod tym względem zjawisko to możnaby było zestawić z tym co dawniej spostrzegano w podobnych przypadkach po zastosowaniu maści drażniących skórę (przez wywołanie wysypki otrzymywano nieraz znakomitą poprawę).

Rotstätt zaznacza, że poprawa niewątpliwa, spostrzegana często w sprawach wiotkich pod wpływem stosowania lampy kwarcowej, zależy, między innymi, właśnie i od wytwarzania sztucznie stanu zapalnego skóry, to bowiem w rozmaitych atonicznych schorzeniach ustroju staje się pośrednio bodźcem do walki z chorobą, wzgl. z zakażeniem przewlekłym, przez uruchomienie sił obronnych dla zwalczenia sztucznie wywołanego zapalenia skóry.

Konferencje neurologiczne oddziału IX-ego.

Posiedzenie dn. 8.II 1925 (ciąg dalszy).

IV. Bregman i Szpilman-Neudingowa. Przypadek nowotworu mózgu.

J. M., lat 12, przybył dn. 2.XI 1924 r. Ojciec podaje, że chory po zdenerwowaniu dostał drgawek z utratą przytomności; trwały one $2\frac{1}{2}$ godziny, poczym spał 12 godzin. Po odzyskaniu przytomności w ciągu 3 dni chodził „jak pijany”, miał zaburzenia mowy, rozumiano go z trudnością. Następnie w ciągu 6 tyg. czuł się dobrze, był jednak „podniecony”. W początku VII.24 dostał, po raz pierwszy, wymiotów (niezależnie od jedzenia) i bólu głowy co 2—3 dni, w okolicy lewego oka (wtedy jakoby występował wytrzeszcz lewej gałki ocznej). Ból trwał + 1— $2\frac{1}{2}$ godz., poczym chory zasypiał.

Na początku września 1924 r. osłabienie wzroku, stopniowo pogarszające się; badanie (dr. Endelman) wykazało obustron. wybitną tarczę zastoinową z zupełnym zatarciem granic, wybroczynami, białemi ogniskami i nowowytworzonymi naczyniami. Zrenice rozszerzone, oddziaływanie b. słabe. V. O. D.—liczy palce o $1\frac{1}{2}$ m; V.O.S.—palce przed samym okiem. Hemianopsia dextra homolateralis. Po trzecim naświetlaniu leczniczym prom. R. stracił zupełnie wzrok.

3 tygodnie przed przybyciem na oddział chory zaczął się zataczać. Urodził się w 7 miesiącu, chodzić zaczął w 3 roku życia, mówić 7-ym; w 9-ym zaczął się uczyć; był podobno zdolny i umysłowo rozwinięty. W dzieciństwie bez drgawek, chorób zakaźnych; gruźlicą nieobciążony. Ojciec kiły nie miał.

St. o b. Częste wymioty. Sztywność karku. Prawy fałd nos.-wargowy wygładzony. Język zbacza na prawo. Oczopląs

boczny wyraźniejszy w lewo. Wybitne tarcze zastoinowe, Kkg.: uścisk prawej dłoni słabszy; czasami ruchy ataktyczne palców i lekkie drżenie lkg., niekiedy w lewym barku ruchy o charakterze pływawczym. W próbie palco-nosow. obustr. bezład, wyraźniej w pr. kg. Kkd.: pr. kd opada nieco szybciej niż lewa, w pozostałych odcinkach ruchy zachowane. Odr. kolan = 0. Odr. ze śc. Achill. pr. +, lewy = 0; odr. podasz.: pr. — Babiński, lew. — zmienny, niekiedy prostowanie wszystkich palców; nosidłowe — żywe, brzuszne — żywe.

Czucie bólowe, dotykowe, ciepłne na całej prawej $\frac{1}{2}$ ciała, włącznie z twarzą, upośledzone. Czucie położenia zachowane. Chodzi, szeroko rozstawiając nogi, suwa kończyny, niekiedy zatacza się w prawo. Obj. Romberg'a + w prawo. Płyn mózg.-rdzen. przezroczysty; ciśnienie wzmożone. 3 limfocyty. N.A.-O; białka 0,16%. Wątroba w płynie, we krwi —. Piry —. Mocz bez zmian. Siódło tureckie zarysowane nie ostro, norma. Zespół ten objawów wskazywał niewątpliwie na nowotwór mózgu. Rozwój cierpienia był szybki z zupełną utratą wzroku; gdy chory przybył do Szpitala, wykazywał wybitny bezład mózdkowy obu kkg. i oczopląs. Objawy te, wraz z powiększeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego i utratą wzroku, nasuwały przypuszczenie nowotworu w tylnej jamie czaszkowej, względnie w mózdku. Niedowidzenie połowiczne prawostronne, spostrzegane w początkowym okresie choroby, wskazywało, że względu na cały przebieg choroby, na prawdopodobne zajęcie zrazu potylicznego. Objawy mózdkowe tłumaczono uciskiem guza na mózdek poprzez tentorium cerebelli.

Pomimo utraty wzroku uważano operację za wskazaną ze względu na b. silne bóle głowy, stałe wymioty, napady omdlenia (mózdkowe), zagrażające bezpośrednio życiu. Operacja miała na celu zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, jednak wobec prawdopodobieństwa umiejscowienia w lewym zrazie potylicznym, zalecono wykonanie trepanacji w odnośnej okolicy (dr. Sołowiejczyk XI.24). Guza nie znaleziono. Po operacji — wypadnięcie mózgu, ciśnienie tak duże, że rana operacyjna nie mogła się całkowicie zrosnąć (w niektórych miejscach, gdzie się była zrosła, na nowo się otwierała). Być może przyczyniło się do tego w wysokim stopniu to, że nowotwór, jak się później okazało, znajdował się w zrazie potylicznym u samej powierzchni operowanego zrazu potylicznego. Na razie wynik kliniczny był pomyślny, bóle głowy i wymioty ustały, samopoczucie było dobre, chory pytał, kiedy znów będzie widział. Płyn mózg.-rdzen. po 2 — 3 tygodniach zaczął obficie z rany wyciekać; objawów oponowych na razie nie było, lecz po kilku dniach ciepłota się podniosła; stan apatyczny. W miesiąc po operacji nagle utrata przytomności; chory zmarł w napadzie drgawkowym.

Ogłędziny pośmiertne: zraz potyliczny rozmiękczony; na bocznej powierzchni zrazu skroniowego lewego nowotwór w postaci grzyba dość płaskiego, ponad powierzchnią mózgu, o średnicy do 4 cm, w małej części przechodzi na powierzchnię zrazu skroniowego. W tym miejscu opona twarda przyrośnięta do guza. Guz na powierzchni ma barwę ciemno-szarą; na przekroju widać, że rozrastał się w postaci klina ku dołowi i środkowi, odgraniczając się ostro od otaczającej tkanki mózgowej; był otoczony błoną torbielowatą, o zabarwieniu ciemnym i wyglądzie lekko-galaretowatym. Guz rósł ku tyłowi, wewnątrz substancji mózgowej, blisko bocznej powierzchni, aż do zrazu potylicznego. Na przekroju przez zraz potyliczny znaleziono go w części środkowo-bocznej w postaci skośnego owalu, idącego od góry i zewnątrz ku dołowi i ku wewnątrz; i tu również ostro ograniczony, otorbielony, galaretowaty. W dolnej części guza pasmo ciemno-czerwone. Istota mózgowa wokoło guza rozmiękczone. Wodogłowie nieznaczne; zwoje i bruzdy na powierzchni względnie nie bardzo spłaszczone. Badanie guza (Jastrzębski) wykazał liczne naczynia krwionośne, otoczone w znikomej ilości włóknami łącznotkankowymi; typowy układ promienisty komórek nowotworowych wokoło naczyń; komórki dość duże, z wyrostkami, dochodzącymi do osłonki zewnętrznej naczynia. Obraz typowy dla oblioniaka (perithelioma s. sarcoma parivascularis). Był to więc olbrzymi nowotwór, w bocznej części lewej półkuli, od zrazu skroniowego, poprzez ciemieniowy, do potylicznego w głębi istoty mózgowej, a tylko w okolicy skroniowej wyrastał ponad powierzchnię mózgu. Wczesne niedowidzenie połowiczne wskazywałoby, jako na punkt wyjścia guza, zraz potyliczny. Jaka była przyczyna tak wczesnej utraty wzroku, trudno jest orzec—wodogłowie było nieznaczne. Na uwagę zasługuje, że pomimo zajęcia bocznej części zrazu skroniowego, zaburzenia mowy były przelotne tylko w pierwszym okresie choroby, w następstwie napadów drgawkowych, a poważniejsze zaburzenia wystąpiły dopiero w ostatnim okresie choroby.

W rozprawie Higier podkreśla trzykrotną poprawę w przebiegu choroby. Wahania tłumaczy wodogłowiem. Nie stwierdzono go podczas autopsji, b. może dlatego, że znaczna ilość płynu mózgowo-rdzeniowego wypłynęła podczas operacji.

Posiedzenie dn. 8.III 1925.

G. Krukowski. Przypadek przypuszczalnego nowotworu przysadki. (Z oddz. L. Bregmana).

Chora L. T., lat 48, przybyła 26.I.25. Rozpoczęło się 1 1/2 roku temu od bólów głowy i mdłości. Od trzech tygodni

szybkie osłabienie wzroku, szczeg. z prawej str. Z początku tyła, ostatnio traci na wadze. Od kilku miesięcy — duże pragnienie, drżenie pr. k. g. i w ruchach dowolnych i w spokoju. Wybitne osłabienie. B. obfite menses. Zobojętniała na wszystko. 5 zdrowych dzieci; jedno poronienie (5-ta ciąża). Poza polipem nosa (2-krotnie operow.), chorób nie przechodziła. 4 lata temu mąż chorej upadł na podłogę, uległ jakoby „złamaniu podstawy czaszki” i zaniewidział. Narządy wewnętrzne +. Tętno 92 — 104, prawidłowe. K. k. g. i d. d. — poza drżeniem w pr. k. g. Odruchy, czucie zachowane. Zrenice równe (L. Endelman), odczyn na światło, przystosowanie dobre; zanik pozapalny > w l. oku. V.O.S. — $\frac{1}{15}$; V.O.D. — liczy palce przed okiem. Niedowidzenie połowiczne skroniowe na l. oku i mroczek środkowy. Nieżyt przewlekły przerostostowy dolnych i średnich muszel. Szpara węchowa prawa niewidoczna. Węch zniesiony (Karbowski). Macica nieco powiększona, obfita wydzielina (Natanson). Pirq. —. Wass. w krwi i płynie mózg.-rdzen. —. W płynie: 3 limf., NA + +, B — 0,2%. Roentgenogram czaszki (Mész): siodło tureckie zniekształcone i pogłębione, tylna część zniszczona. W obrębie oczodołu pr. znajduje się cień jakby ciała trójkątnego. Wybitne zobojętnienie w stosunku do swego cierpienia i otoczenia. Chora nie opuszcza łóżka, wydała mocz pod siebie i stołec. W rozmowach z personelem lekarskim dowcipkuje.

Rozpoznanie. Początek cierpienia (patrz wyżej) przemawia za sprawą uciskową, najprawdopodobniej nowotworem, wzgl. o umiejscowieniu w okolicy przysadki mózgowej (tycie, pragnienie, niedowidzenie połowiczne, zmiany siodła). Należy przypuszczać, że nowotwór, prawdopodobnie z zewnątrz siodła tureckiego (wybitne objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzmoźgowego przy zupełnym braku innych), rozwija się ku przodowi do zrazu czołowego (stąd dowcipkowanie) i uciska zarazem nerwy węchowe (zniesienie powonienia).

W rozprawie Bregman podkreśla, że otyłość była przemijająca, co jest tu rzeczą rzadką; w guzach przysadki objaw ten utrzymuje się bardzo długo. Zniszczenie tylnej części siodła tureckiego (Rentg.) pozwala przypuszczać, iż guz rośnie ku tyłowi, niedowidzenie połowiczne zaś, że w kierunku przednim. Brak węchu wywołany jest zdaniem B. zniszczeniem nerwów węchowych. B. zwraca też uwagę na otępienie uczuciowe oraz skłonność do dowcipkowania. Ciekawe jest też zanieczyszczanie się chorej mimo zachowanej inteligencji. B. przypomina tu przypuszczenie (Roussy), z którym się zresztą nie zgadza, że w tuber cinereum mieszczą się ośrodki dla wyższych funkcji psychicznych.

Higier zgadza się z rozpoznaniem guza przysadki; zniesienie węchu, przemijające otłuszczenie, polyuria mogą być następstwem wodogłowia. Zandowa dowcipkowania nie uważa za objaw patognomiczny dla guzów mózgu. Z. opisała objaw ten w meningitis serosa u osobników, przed chorobą dowcipnych. Być może, następuje tu wyzwoleńie skłonności ukrytych. Bychowski (ml.) podziela to zdanie. Bychowski (star.) myśli, że zmiany roentgenol. przemawiają za sprawą ropną. Flatau sądzi, że rozpoznanie guza przysadki jest tu najprawdopodobniejsze. Dyschromatopsja połowiczna nie jest jednak objawem zupełnie pewnym; za objaw pewny należy uważać Hemianopsia totalis. Miesiączki obfite przemawiają przeciw sprawie przysadkowej; zaburzenia psychiczne nie są tu charakterystyczne dla guzów przysadki. F. sądzi, że tylko wyraźne zniszczenie siodła tureckiego można uważać za patognomiczne dla guzów przysadki; według Aksmana nawet wyraźne zniszczenie siodelka nie przemawia za umiejscowieniem sprawy chorobowej w przysadce mózgowej. Leczenie guzów mózgu promieniami X często wpływu na stan wzroku nie wywiera. Herman mówi o braku zmian rentgenol. w przypadkach guzów przysadki mózgowej (Christiansen). Bregman dodaje, że dyschromatopsja, jest niewątpliwie początkiem niedowidzenia połowicznego. Goldflam sądzi również, że do zmian rentgenologicznych nie należy przywiązywać zbyt wielkiej wagi; uwzględniać tylko zmiany niewątpliwe. Higier przypomina, że guzy przysadki w większości przypadków nie mają charakteru złośliwego. Bychowski (star.): kształt siodła zmienia się też zależnie od kierunku, w którym się na nie spogląda; autor pewien amerykański rozróżnia 24 typy normalnych siodel tureckich. Krukowski nie zgadza się, aby zanik węchu, był tu następstwem wodogłowia. Obfitą miesiączkę tłumaczy stanem zapalnym śluzówki macicy.

Herman. Przypadek guzowatości okolicy przysadkowej z pleocytozą o niepewnej etiologii. (Z oddz. E. Flatau).

Ład. Z., lat 43 przybyła od oddział 14.129.—2 r. ronila (3-a i 5-a ciąża); ma dwoje dzieci. Wdowa. Rozpoczęło się przed rokiem od bólów głowy, wymiotów. Od 1/2 roku—drgawki ogólne z utratą przytomności, niekiedy kilka razy dziennie. Ostatnio senność. Zaburzenia menstruacji.

St. ob.: wybitny ból uciskowy prawej 1/4 czaszki. Wiotki odczyn źrenic na światło, zwł. lewej; tarcze zastoinowe; visus 5/5; pole widzenia —. Nerwy czaszkowe —.

Kk. górne i dolne —, być może nieznaczne osłabienie kk. lewych. Odruchy okostn. — lewy z objawem Jacobsona; z tric.—żywe; brzuszne=0 obu stron., Pr — zachowane, Ar=0

obustr. Chód ++, Objętość lewego podudzia o 2 cm. mniejsza, a uda o 1 ctm od prawostr.

Siodło tur. poszerzone i pogłębione; grzbiet, wyrostki zniszczone, dno łączy się z zatoką klinową (Mesz). Nakł. lędźw. 221—płyn wodojasny; Nonne Apelt ++; limfocytów 112 (duże i małe); 26.1 — limfocytów 128; Nonne Apelta ++. 3.III—limfoc. 48, Nonne Apelt ++. Odcz. Wass. we krwi i płynie ujemny i po prowokacyjnym trzykrotnym podaniu salvarsanu. Leczenie swoiste, Rentg. bez większego wpływu.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na pleocytozę w płynie mózg.-rdzeniowym. Stale ujemny odcz. Wass. w pł. mózg.-rdzeniowym i krwi, brak wpływu leczenia swoistego, przemawiają przeciwko kile. Zmiany w siodle tureckim, ogólny stan, oraz objawy wzmożonego ucisku wewnątrzczaszkowego wskazują na guz w okolicy siodła tureckiego. Christiansen opisał kilka przypadków (7) guzów okolicy przysadki z pleocytozą, w jednym przypadku do kilkuset komórek w mm³.

W rozprawie Flatau zaznacza, iż rozpoznanie napatyka tu na znaczne trudności, są tu bowiem objawy wspólne dla nowotworów i przymiotu mózgu (ból głowy, drgawki, wymioty) obok przemawiających raczej za nowotworem (tarcza zastoinowa, wybitne zmiany rentgenologiczne siodła tureckiego) lub też kiła (upośledzenie odczynu żrenic na światło przy normalnej sile wzroku, brak AR obustr., stała pleocytoza). Brak AR w guzach przysadki, opisywanych jako *tubercles hypophysaria*, rzeczą b. rzadką. F. zwraca też uwagę na ujemny wynik odczynu Wasserm.

Bregman zaznacza, że w wypadkach Christiansena znajdowano w pł. mózg.-rdzeniowym komórki wielojądrzaste, a tu limfocyty; przemawia to raczej za przymiotem. Przypuszczenie Christiansena, że w przypadkach jego nastąpiło zakażenie opon, pochodzące z zatoki klinowej, jest mało prawdopodobne; zakażenia takie, spostrzegane przez B. w akromogalii operowanej, przebiegają błyskawicznie. W przypadkach Christiansena przebieg był przewlekły; poza zmianami w płynie mózg.-rdzeniowym objawów oponowych nie było. B. słusznym się tu wydaje raczej rozpoznanie przymiotu, lecz takiego pogłębienia siodła bez zmian jego zarysu jak w danym przypadku, przymiot zwykle nie daje.

Goldflam rozpoznaje tu *lues cereb. spinalis*. Rozszerzenie siodła tureckiego spowodowało być może wodogłowie wewn., a ujemny Wasserm. nie przemawia przeciw kile.

Higier tłumaczy brak AR zapaleniem wielonerwowym (ból w kończynach dolnych podczas ciąży).

SPROSTOWANIE.

W zeszycie II im Tomu IV-go w artykule Lubelskiego i Stücker-Golda powinno być: na str. 85, 13 wiersz zdolu—Fergussona; na str. 86, 11 wiersz: w 9 przyp. wycięcie prostaty operowaliśmy metodą i t. d.; na str. 86, 2 gi z dolu—badając gruczoł krokowy i t. d.; na str. 89, wiersz 18 z dolu—krtaniowy dolny; na 92—19 wiersz.—kainieni moczowych; 93—12 wiersz—ku górze i nawewnątrz.— W zesz. III, Tomu IV w opisie akademii ku czci lekarza naczelnego przepuszczono nazwiska przemawiających: p. kol. dr. Tesznera, siostry miłosierdzia p. Gołębianki i p. Marchbajnowy.

TREŚĆ NUMERU.

Bl. p. Dr. med. Leon Goldsobel—Wspomnienie pozgonne (1837—1925).—*M. Płoński*.—*Sw. p. Dr. med. Czesław Jastrzębski*.—Wspomnienie pozgonne (1878—1925).—*J. Fliederbaum*: Wątroba a nadwrażliwość.—*Wł. Matecki*: Oświeślenie psychoanalityczne przypadku parafrenji. — *A. Graber*: O leczeniu zwicnięć nawykowych stawu barkowego. Sprawozdania z działalności oddziałów chirurgicznych Szpitala za czas od września 1922 r. do grudnia 1924 r. — Sprawozdania z posiedzeń naukowych (marzec, kwiecień, maj 1925).

SOMMAIRE.

Dr. med. L. Goldsobel (1837—1925). — † *Dr. med. C. Jastrzębski* 1878—1925).—*J. Fliederbaum*: Le foie et l'hyperexcitabilité. — *Wł. Matecki*: L'éclaircissement psychoanalytique d'un cas de paraphrenie. — *A. Graber*: Du traitement des luxations habituelles de l'articulation acromiale. Comptes rendus de l'activité des services chirurgicaux de l'Hôpital depuis IX 1922 jusqu'à XII 1924. — Comptes rendus des séances cliniques à l'Hôpital israéliite à Varsovie.

Redaktor: J. Rotstadt.

Komitet Redakcyjny. E. Flatau, Wł. Sterling, J. Szwajcer.

Adres Redakcji i Administracji:

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

Dr. J. Rotstadt.

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