

KWARTALNIK KLINICZNY

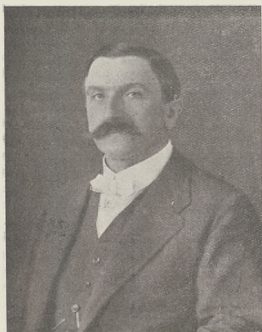
SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE
WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

KIEROWNIKOWI

ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO i POŁOŻNICZEGO

ANTONIEMU NATANSONOWI

W 30-łą ROCZNICĘ DZIAŁALNOŚCI ORDYNATORSKIEJ



Słowa, kreślone z okazji 30-lecia ordynatury d-ra medycyny Antoniego Natansona, muszą tchnąć serdeczną czią dla Niego. Zestawienie paru dat z życia Jego wykaże, co zdziałać może zapal i niezwykła energia lekarska dla dobra nauki i szpi-

Starostwo Włocławskie

Egzemplarz obowiązkowy

Nakład 300 egzemplarzy

talnictwa.—Ukończywszy wydział lekarski w Dorpacie w 1888 r., Jubilat obiera ginekologję, jako specjalność i w tym kierunku kształci się w Anglii i Francji.—W roku 1896 obejmuje, jako ordynator, oddział ginekologiczny w szpitalu na Pokornej; na tej placówce, w najtrudniejszym okresie ewolucji szpitalnictwa, daje dowody niewyczerpanej energii i zamięłowania do swego zawodu. Na wspólnej sali z choremi wewnętrznymi ma sześć łózek ginekologicznych, a że ta nikła liczba nie wystarcza na potrzeby chorych, umieszcza je gdzie tylko może na innych oddziałach.—W niewielkiej salce operacyjnej, urządzonej własnym kosztem (z pierwszym w szpitalu autoklawem Schimmelbusch'a), dr. Natanson wykonywa w asystencji jednego lekarza, a często wyłącznie akuszerki Bornsteinówny, wszystkie operacje ginekologiczne i osiąga rezultaty znakomite.—W zrozumieniu potrzeby dojrzałej rozszerzenia szpitala Jubilat bierze czynny udział w Komitecie budowy szpitala na Czysłem, gdzie w 1902 roku obejmuje zrazu ordynaturę oddziału ginekologicznego, a od 1905 roku też i oddziału położniczego.—Jako położnik, coraz wytrawniejszy, uczy swój personel przede wszystkim ofiarności (a jest jej wzorem,) dla cierpiącej kobiety i budzącej się w jej łonie nowego życia. Bada najnowsze zdobycze nauki lekarskiej, śledzi pilnie za jej postępem, wprowadza natychmiast na oddziale wszystko to, co użyć chorym może i wzmóc wyniki dodatnie.—Dr. Natanson nie szczędzi swych sił, oddany bez zastrzeżeń chorym, w każdej chwili dnia i nocy gotów jest przybyć na wezwanie do szpitala. Całe pokolenie położników zostało przez Jubilata wykształcone i wyszkolone, a to przyczyniło się w znacznej mierze do podniesienia ogólnego poziomu położnictwa w Polsce. Ginekologję, ledwie kielkującą, jako oddzielną gałąź wiedzy lekarskiej, pielęgnuje z całą gorliwością i zapalem swej niepospolitej indywidualności. Czujny na każdą wieść o postępie w rozwoju ginekologii na Zachodzie, zajmuje się wszystkimi zagadnieniami w tej dziedzinie, a obdarzony przyrodzonymi zmysłem i talentem chirurgicznym, doprowadza swą sprawność operacyjną do niezwyklej doskonałości.—Trzydziestoletnie kierownictwo oddziałem wyrobiło w Jubilacie głęboko ujęte stanowisko we wszystkich spornych sprawach ginekologii, czy to natury teoretycznej, czy też praktycznej.—Swą śmiałą doświadczoną ręką operuje, gdzie trzeba, konserwatywnie; gdy trzeba, leczy naświetlaniem prom. Rentgena

i radu, a gdzie trzeba, racjonalnie stosuje i wszelkie inne zdobyte fizjoterapii u swych chorych. Żywo interesuje się sprawą wydzielania wewnętrznego i krwawieniami czynnościowymi pod względem teoretycznym i praktycznym. Wiecznie młody, czynny, stale poszerza teren działalności i zmienia sposoby swego postępowania chirurgicznego, szczególnie ostatnio w operacjach przy zmianach położenia narządów rodnych u kobiety. Liczba cięć cesarskich, wykonanych przez dra Natansoną, sięga 500; liczba to imponująca, którą rzadko kto z położników w Europie poszczycić się może.

W serdecznej wdzięczności dla umiłowanego Kierownika oddziału pragniemy, aby jaknajdłużej jeszcze był żywym przykładem ofiarności lekarza-ginekologa.

Anna Łaska-Abramowiczowa.

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO
(ORDYNATOR: DR. MED. ANTONI NATANSON).

W sprawie leczenia hormonalnego w ginekologii i położnictwie.

Podał

A. Fryszberg.

Endokrynologia, aczkolwiek jest nauką młodą, zdążyła wywołać przewrót w zapatrywaniach naszych na genezę wielu schorzeń ginekologicznych. Kilkanaście lat temu temat powyższy byłby jeszcze nie do pomyślenia, gdy dziś stanowi jedno z najbardziej aktualnych zagadnień w ginekologii i położnictwie.

Dzięki wiedzy o wewnętrznem wydzielaniu wiadomo, że jajnik kieruje czynnością narządów płciowych i reguluje ją przez hormony, wydzielane do krwi. Szereg badań nad skutkami wytrzebienia, wzgl. wszczepienia jajnika ustrojowi, dowodzi niezbicie o słuszności tego poglądu.

Badania Fraenkla, Loeba, Steinacha i innych wykazały, że w jajniku istnieją najprawdopodobniej 3 rodzaje komórek, produkujących hormony: ciałko żółte, gruczoł śródmiąższowy i zanikający pęcherzyk (komórki follikularne). W pierwszym jednak rzędzie czynne jest tu ciałko żółte, z którego udało

się wyodrębnić dwa hormony i wykazać swoisty ich wpływ, z jednej strony, na niezaplodnioną błonę śluzową macicy miesiączkującej, wzgl. przygotowującej się do tej czynności, a z drugiej, na zapłodnioną błonę śluzową, gdy tworzy się doczesna. Zbyt małe ramy tego artykułu nie pozwalają na wskazanie wszystkich prac oraz doświadczeń, wykazujących słuszność tych dowodzeń, są to zresztą naogół dane, przez naukę ustalone.

Co się tyczy istoty hormonu jajnikowego, to, jak wiadomo, ostatnio dużo pracowano nad techniką badania jego, nie udało się jednak dotąd dokładnie ustalić jego natury chemicznej, a tem bardziej budowy syntetycznej. Natomiast hormon ten zdołano już wyodrębnić z wielu jajników ssaków (Allen i Doisy) oraz z łożyska donoszonych płodów ludzkich (Herrman, Fränkel, Fonda). Poza tem wykazano, że hormon łożyskowy w działaniu jest jednoznaczny z hormonem ciała żółtego, znajdującego się w sprzedaży pod nazwą sistomensiny. Wyosobnione hormony te jajnikowe okazywały działanie skuteczne, gdy je zastrzykiwano zwierzęciu, wprowadzane natomiast per os nie wywierały najmniejszego wpływu (Durrant).

Hormony jajnikowe, jak zresztą wszystkie inne hormony, nie są elementami chemicznymi ustroju, służącymi dla odbudowy jego, jak np. węglowodany, białka lub tłuszcze, lecz odgrywają w procesie przemiany materji rolę regulującą i bodźcową.

Z tych założeń wychodząc, należy stwierdzić, że tylko pełnowartościowy, dobrze czynny jajnik wywiera wpływ dodatni na czynności fizjologiczne ustroju i tworzy jednocześnie podstawę dostatecznej sprawności narządów płciowych. Odwrotnie, upośledzony w swej czynności jajnik, niezależnie od ujemnego wpływu na cały ustrój, wywołuje zaburzenia w narządach płciowych, niweczy równowagę ich czynności i tem powoduje szereg schorzeń, jak niedokształcenie narządów rodnych, a w związku z tem i niepłodność, zaburzenia miesiączkowe w okresie rozwoju życia płciowego i w okresie pełni życia płciowego, zaburzenia w okresie przekwitania i szereg innych schorzeń, o których jeszcze niżej będzie mowa.

Ale niezależnie od roli jajnika i inne gruczoły dokrewne wywierać mogą wpływ ujemny na czynność narządów płciowych a to wskutek ich wzajemnego stosunku korelacyjnego. Nie ulega już dziś wątpliwości, że istnieje wzajemny związek czynnościowy

między przysadką mózgową, a narządami płciowymi. W czasie ciąży następuje przerost przysadki i znacznie powiększa się liczba t. zw. komórek ciążowych (Erdheim, Stumme, Gliński). Aschner stwierdził zanik nabłonków jajnikowych po operacyjnem usunięciu przedniego płata przysadki, a po wytrzebieniu stwierdzano przerost przysadki z powiększoną liczbą komórek eozychnłonnych.

Bardzo wiele spostrzeżeń wskazuje na wzajemne oddziaływanie tarczycy a narządów płciowych. Pomiedzy istotą korową nadnercza a czynnością narządów płciowych istnieje również ścisły związek, stwierdzano bowiem przerost istoty korowej w ciąży, a nawet w okresie miesiączkowania. W chorobie Addisona następuje zanik narządów płciowych i miesiączkowania. O związku grasicy z czynnością narządów płciowych sędzimy z faktu, że z chwilą rozpoczęcia się czynności narządów płciowych grasica zanika. Wytrzebienie w młodym wieku hamuje zanikanie grasicy. Ostatnio zauważono, że hormon jajnikowy przeciwdziała hipoglikemji insulinowej (Dickens, Doots, Wright), co znów wskazuje na pewną korelację jajników z czynnością tyrocyek trzustkowych.

Nowoczesna ginekologia, zgodnie z nauką o wewnętrznem wydzielaniu, wyróżnia więc te schorzenia narządów płciowych, które są spowodowane niedomogą czynnościową jajnika, wzgl. innego gruczołu dokrewnego, czynnościowo z jajnikiem skojarzonego. Niestety, jak dotąd, hormonów jajnikowych z soków ustrojowych wydobyć się nie udało, ani też ich budowy chemicznej nie wykryło. Jedynie tylko dzięki temu, że w macicy odzwierciadla się obraz zmian w jajniku, z tego więc, co się w niej staje, możemy wnioskować, z jakim stanem jajnika, a właściwie, z jakim stopniem jego czynności mamy do czynienia. W związku więc z tem naprz., czy mamy do czynienia ze zbyt obfitymi lub częstymi miesiączkami, czy też ze zbyt skąpymi lub spóźniającymi się lub też z zupełnym brakiem miesiączki, mówimy o upośledzonej czynności jajnika w sensie hiperfunkcji przy wzmożonej i hipofunkcji przy jego zmniejszonej czynności, dysfunkcji przy jego nieregularnej, nieprawidłowej czynności, wreszcie o afunkcji wobec zupełnej jego nieczynności.

Od stopnia rozwoju tych zjawisk uzależniamy, rzecz oczywista, postępowanie lecznicze. Ale i wyniki innych jeszcze badań zmieniły

dziś pogląd na postępowanie lecznicze. Spostrzeżenia Hitschmana i Adlera mianowicie dowiodły, że błona śluzowa trzonu macicy pod wpływem hormonalnym ciała żółtego ma swój cykl miesięczny, t. j. przechodzi przemiany okresowe. Rozróżniamy tedy w ewolucji miesięcznej błony śluzowej macicy okres spoczynku, okres przedmiesiączkowy, okres miesiączkowy i pomiesiączkowy. Granice tych poszczególnych okresów nie są naturalnie ostre, podział taki jest nieco sztuczny, gdyż w rzeczywistości błona śluzowa macicy znajduje się w bezustannem przekształceniu i z dnia na dzień ma inną budowę. To też gdy dawniej na zasadzie histologicznych badań rozpoznawano endometritis glandularis hyperplastica lub interstitialis i tę błonę uważano za zmienioną patologicznie, wiemy dziś, że jest to błona śluzowa z okresu przedmiesiączkowego, zgrubiała wskutek przerostu tkanek i ich obrzęku, albo też z okresu pomiesiączkowego, kiedy w błonie śluzowej odradza się to, co podczas miesiączkowania uległo zniszczeniu.

Badania anatomiczne zmian błony śluzowej u kobiet ukończono dopiero w ostatnich czasach i wykazano zależność ich od przyczyn czynnościowych; poprzedziły je badania u zwierząt, a mianowicie: u suk (Keller), u krów (Zietschman), u kóz (Szymonowicz) i u małp (Haepe). Wyniki tych badań są zgodne; szczególnie zasługuje na uwagę to, że u małp znaleziono te same cykliczne przemiany, które później Hitschman i Adler spostrzegali u kobiet. To też wyniki tych badań z natury rzeczy zmieniły pogląd na czynność fizjologiczną narządów płciowych, ustaliły jej całkowitą zależność od wewnętrzwydzielniczej pracy jajnika lub tego lub innego skojarzonego z nim gruczołu dokrewnego, przyczem do tych zmienionych poglądów zostało też zastosowane nasze postępowanie lecznicze.

A teraz przechodzę do omówienia stanowiska, jakie zajmuje oddział dr. Natanson, łącznie z wyżej wskazanymi poglądami, w terapii wymienionych chorób ginekologicznych.

Przedewszystkiem pojęcia kliniczne: endometritis glandularis, hyperplastica, interstitialis — rozpoznania, któremi dziesiątki lat operowano w rozważaniu różnicowym, dla nas nie istnieją, wiadomo bowiem, że te nazwy określają tylko obrazy drobnowidowe błony śluzowej trzonu z rozmaitego okresu ewolucji cyklu miesięcznego. Jeżeli rozpoznajemy dziś jeszcze zapalenia

blony śluzowej, to tylko wtedy, kiedy mamy błonę zakażoną, z cechami prawdziwego zapalenia, przebiegającego burzliwie i z podniesioną ciepłotą.

To właśnie mylnie rozpoznawane schorzenie „endometritis” było według dawniejszych pojęć przyczyną wszelkich nieprawidłowych krwawień macicznych, to też zupełnie niepotrzebnie błony te skrobano lub też w inny sposób niszczone, przyżegano je kreozotem, karbolem, jodyną, formaliną, parą i t. d. Stoimy na stanowisku, że wszelkie krwawienia, nie wywołane powikłaniami ciążowymi lub nowotworami, są pochodzenia jajnikowego i do tego pojęcia zasłosowana jest nasza terapia. W przypadkach tych nie stosujemy więc zabiegów wyżej wskazanych, niszczących błonę śluzową, tembardziej, że nie prowadzi ona do celu, gdyż źródło choroby tkwi w jajniku i jego upośledzonej czynności. Schorzenia te, poza stosowaniem znanych środków hemostatycznych, staramy się zwalczać organoterapią. To samo dotyczy przypadków nieplodności z małemi i niedokształconemi macicami przy jednocześnie wzmożonej czynności jajnika i b. obfitych miesiączkach. Jesteśmy i tu bezwzględniymi przeciwnikami skrobań tak często, niesłety, dziś jeszcze wykonywanych.

To samo dotyczy przewlekłego zapalenia mięśnia trzonu macicy (metritis chronica), tak często rozpoznawanego dawniej. Wystarczało stwierdzić w badaniu nieznaczne powiększenie, zgrubienie lub stwardnienie macicy, aby rozpoznać metritis chronica. O ile niema istotnego zapalenia, unikamy tego określenia, gdyż i tu podłożem być mogą przyczyny czynnościowe. Bódźce nie-normalne, wychodzące z jajnika, nie pozostają bowiem bez wpływu i na stan ściany mięsnej trzonu macicy, wywołują jej przerost, obrzęk, przekrwienie, zgrubienie. Przypadki te określamy nazwą metropathia, aby zaznaczyć, że chodzi tu o sprawę niezapalną—metropathia haemorrhagica, jeżeli obfite krwawienia są głównym objawem choroby—metropathia climacterica, jeżeli sprawa rozgrywa się w okresie przekwitania. W przypadkach tych jajnik często bywa zmieniony anatomicznie, prawdopodobnie i jego wewnętrzne wydzielanie jest zaburzone. W przebiegu choroby Basedowa często spostrzega się objawy metropatii.

W przypadkach krwawień pochodzenia jajnikowego, czy są to zaburzenia miesiączkowe, czy też metropatia krwotoczna, stosujemy wyciągi z ciała żółtego, z którego, jak wiadomo, udało

się wyodrębnić dwa hormony przeciwnie działające: jeden pobudzający, drugi hamujący i w zależności od typu krwawień stosujemy jeden lub drugi hormon. Niestety, nie możemy twierdzić, że w naszych przypadkach oddziałowych lub też z przychodni szpitala mieliśmy po leczeniu wyciągami z ciała żółtego znaczną poprawę, nie zauważyliśmy też wybitnie hemostatycznego działania tych preparatów, naogół jednak niejednokrotnie było korzystne działanie. Prawdopodobnie nie jest tu jeszcze należyte rozstrzygnięta sprawa sposobu przygotowania, wzgl. stosowania, przetworów opoterapeutycznych.

Jeżeli chodzi o zupełny brak miesiączki, to dajemy wyciągi z całego jajnika, a nieraz spostrzegaliśmy dodatni wpływ tych preparatów na czynność narządów płciowych. Najchętniej stosowalibyśmy w tych przypadkach homoioplastykę, t. j. wszczepianie ustrojowi dobrze funkcjonującego jajnika innej kobiety. Postępowaliśmy już tak, ale rozporządzamy zbyt małym materiałem, aby własne wnioski uślaść. Homoioplastyka związana jest z wielkimi trudnościami technicznymi w zdobywaniu i doborze materiału, nawet i wielkie kliniki zagraniczne też rozporządzają małymi danymi statystycznymi. Opublikowane dotychczas wyniki są jednak zachęcające. Należy, rozumie się, w każdym przypadku przeszczepienia zhać oddającą swój jajnik kobietę na kłó i grzlicę, spostrzegano bowiem krętki w jajnikach. Poza tem w wykonaniu transplantacji — zgodnie z badaniami Mandelstamma nad ewolucją wszczepionego jajnika — należy trzymać się tych zasad, co i w przetaczaniu krwi.

Jak wiadomo, w przypadkach zbyt obfitego miesiączkowania — w okresie pokwitania — utrata krwi miesiączkowej bywa tak obfita, że rozwinąć się może obraz ciężkiej niedokrwistości, a w niekorzystnych przypadkach może się to stać nawet powodem śmierci. Przyczyną tu najczęściej zaburzenia w wewnętrznym wydzielaniu jajnika. Możliwe jest, że gdy do układu endokrynicznego włączony zostaje nowy hormon ciała żółtego, to nie dochodzi zrazu jeszcze do skojarzenia jego czynności, dopiero co rozpoczętej, z pracą innych gruczołów dokrewnych. W naszych przypadkach, niezależnie od środków hemostatycznych, dawaliśmy wyciągi z tarczycy i przysadki. Najkorzystniej zdaje się działać tu pituitryna. W kilku ciężkich przypadkach, obserwowanych przeze mnie, pituitryna dała natychmiastowe polepszenie

Do szczególnie częstych zdarzeń należą też obfite krwawienia w okresie przekwitania. Tu prawdopodobnie zostaje naruszona równowaga w układzie endokryniczym przez nagły zanik wewnętrzno-wydzielniczej funkcji ciała żółtego.

Wspomniałem już o stosowaniu przez nas przetworów z przysadki mózgowej w ginekologii; znacznie częściej stosujemy je w położnictwie. Są to rzeczy już dziś zbyt dobrze znane, aby o nich szczegółowo na tem miejscu pisać, chcę jednak zaznaczyć, że w stosowaniu tych preparatów kierujemy się ściśle wskazaniami. Dajemy je więc jedynie w drugim okresie porodu dla wzmocnienia bólów, gdy rozwarcie ujścia zewnętrznego jest już zupełne, a główka stoi nisko. Najchętniej jednak stosujemy przetwory przysadki — wobec nieobojętnego ich wpływu na płód—tuż po porodzie przy niedowładzie macicy; wtedy zastrzykujemy je dożylnie, aby otrzymać natychmiastowe działanie. W częstych dzisiaj operacjach cesarskiego cięcia—wobec rozszerzonych wskazań do tej operacji—tuż po wydobyciu dziecka—zastrzykujemy zapobiegawczo preparaty przysadki do ściany mięsnej macicy w pobliżu cięcia.

Przeciwwskazaniami w stosowaniu preparatów przysadki dla nas są: grożące pęknięcie wskutek rozciągnięcia dolnego odcinka macicy, niepodatność miękkich części rodnych, poprzeczne i skośne ułożenia, oraz stare blizny po przebytych cięciach cesarskich klasycznych, a to z obawy pęknięcia w miejscu blizny. Nie należy też dawać tych preparatów w wadach serca, niedomodze mięśnia sercowego i gdy jest wzmożone ciśnienie.

W przypadkach zmięknienia kości mamy niewątpliwie do czynienia ze wzmożoną czynnością jajnika—najlepszym tego dowodem wytrzebienie, po którym osteomalacja bywa wyleczona. Na oddziale d-ra Natansona spostrzegaliśmy kilka przypadków wyleczenia zmięknienia kości, dzięki całkowitemu usunięciu jajników. Obecnie przeważa pogląd, że jest to cierpienie wieloguczołowe (Curschman) i że obok jednocześnie wzmożonej czynności jajnika istnieje zmniejszona czynność nadnercza. Według Curschmana i Edelmana, Schlesingera, jest to złożone cierpienie, w którym obok jajnika i nadnercza bierze udział łazczyca i gruczoły przyłazczykowe. Zastosowanie adrenaliny w przypadkach osteomalacji daje znaczną poprawę—z opisanych przypadków wynika, że w 20% nawet zupełne wyleczenie.

Adrenalinę stosuje się też w położnictwie przeciw wymiotom ciężarnych. Szczególnie zalecany jest ten środek we Francji i Włoszech, gdzie rozpoczynają leczenie od małych dawek i dochodzą do 100 kropli dz. W przypadkach, kiedy trombopenja powoduje obfite krwawienia maciczne, spostrzegaliśmy znaczną poprawę przez zastosowanie naświetlania prom. Roentgena.

Chciałbym na tem miejscu jeszcze specjalnie podkreślić, że na oddziale dr. Natansona, w zrozumieniu doniosłej roli jajnika dla ustroju, staramy się podczas zabiegów na jajniku pozostawić nieco tkanki jajnikowej, aby nie spowodować zupełnego wygasania jego czynności.

Aczkolwiek nie można twierdzić, że, lecząc wyciągami gruczołowymi, otrzymujemy zawsze wyniki dodatnie, pamiętać jednak trzeba, że wiedza lekarska czyni tu dopiero pierwsze kroki; już dziś zaprzeczyć się nie da, że leczenie zapomocą wyciągów gruczołowych staje się jedną z najpotężniejszych metod leczenia. Ma się wrażenie, że jest to tylko kwestja czasu, aby rozstrzygnąć zagadnienie, jaki winien być najracjonalniejszy i najdośćpniejszy sposób przygotowania i wprowadzania do ustroju gruczołów dokrewnych.

PIŚMIENICTWO

1. B. Aschner. Bezieh. d. Drüs. m. inn. Sekretion z. weibl. Genitale Halb. Seitz I Bd.
2. Biedl. Innere Sekretion.
3. Rob. Kohler. Medikament. und Orgtherapie Halb. Seitz II B.
4. L. Faenkel. Physiolog. d. weibl. Sexualorg. Halb. Seitz II B.
5. Rosner. Ginekologja 1923.
6. Supniewski. Hormon jajnikowy. Ginek. polsk. tom V r. 26 zesz. IV—VI.
7. J. Szymanowicz. Cykl przemiany bl. śluzowej u kóz i jego zależność od stanu jajników. Gin. Polsk. zesz. II T. II — 23 r.
8. G. Peritz. Einföhrung i. d. Klin. d. Inn. Sekr. 1926.
9. Herrman. Ergeb. d. Hormonther. i. d. Geburtsh. u. Gynäk. 1926.
10. Caffer u. Kunhardt. Z. Frage d. ovariell. Substitutionsther. p. os. (Erfabr. m. Ovarialhorm.) Zentrbl. f. Gynäk. Nr. 45 — 1926.
11. Alfred Loesser. D. Wirk. d. Eierstockeuberpflanzung auf d. infant innersekret. kranke u. alternde Frau. Mediz. Klin. Nr. 43 — 26 J.
12. J. Novak. Pathol. u. Ther. d. ovariog. Blutungen. Mediz. Klin. N. 23—J. 26.
13. A. Mandelstamm. Bemerk. z. Ovarientranspl. Zentrbl. f. Gynäk. Nr. 50—25 J.
14. Osteomalazie. Guggisberg Seitz — Halb. III B.

Z ODDZIAŁU POŁOŻNICZEGO,
(ORDYNATOR: DR. MED. ANTONI NATANSON).

O prostym sposobie ratowania noworodków od pozornej śmierci.

(Doniesienie tymczasowe)

Podał

D. Thurst

Zestawiając sposoby ratowania noworodków od pozornej śmierci, dotychczas w wielkiej liczbie stosowane, widzimy, że prawie wszystkie zabiegi odpowiednie mają jedną cechę wspólną, a bardzo przykrą i szkodliwą, albowiem przez mniejsze lub większe maltretowanie noworodków, często spowodować mogą kalectwo, niekiedy zaś i śmierć. Zastanawiając się nad tymi ujemnymi objawami, postanowiłem szukać sposobu cucenia pozornie zmarłych noworodków, który by nie miał wszystkich powyżej wyluszczonych ujemnych stron. Trzymając się tej zasady i w myśl przestrogi Osiandra „non vi, sed arte“, udało mi się znaleźć odrębny sposób postępowania, przewyższający, jak sędzę, prostotą swą wszystkie dotychczasowe zabiegi, zalecane do ratowania noworodków, w szczególności zaś pozbawiony cech brutalności.

Zadanie mojego postępowania polega na jaknajszybszem i jaknajenergiczniejszym pobudzeniu ośrodka oddechowego. Przeważającym objawem, zarówno w sinej, jak i białej zamarłowicy, jest niewątpliwie zupełny brak oddechu. Niezawodnym i najpotężniejszym bodźcem tu, drażniącym ośrodek oddechowy, jest niewątpliwie kwas węglowy. Ale kwas węglowy, wywołujący zamarłowicę u noworodka, odpowiednio zastosowany, pobudzić go może znów do życia. Similia similibus curantur. Wszelkie inne, t. zw. obwodowe podrażnienia ośrodka oddechowego, odgrywają tylko podrzędną rolę. Jak potężny jest wpływ działania kwasu węglowego na ośrodek oddechowy, poucza nas chociażby spostrzeżenie Munka, że przez dowolne wstrzymanie oddechu krew do pewnego stopnia karbonizacji działa tak silnie pobudzająco na ośrodek oddechowy, że pomimo najsilniejszego oporu woli znów zjawiają się ruchy oddechowe.

Odporność mięśnia sercowego na zawartość kwasu węglowego we krwi jest u noworodka znacznie większa niż w późniejszym wieku. Fakt ten odpowiada również i temu, że ciężar właściwy serca u noworodka w stosunku do ciężaru ciała nigdy nie jest później tak znaczny, jak po narodzeniu.

Im słabsza jest pobudliwość ośrodka oddechowego, tem większa ilość kwasu węglowego potrzebna się staje dla podrażnienia jego. Podczas sinej zamarłowicy noworodka ośrodek oddechowy jest bardziej pobudliwy niż w białej. Natężenie skutecznego podrażnienia ośrodka oddechowego zależne jest od stopnia jego pobudliwości, na pobudliwość jego działają przeważnie tylko bodźce bardzo energiczne i szybkie. Bodźce powolne, pełzające i słabe, nie są zdolne przemóc progu pobudzenia ośrodka oddechowego i nie mogą też wywołać pożądanego oddechu. W wyjątkowych razach nastąpić może zespolenie słabych bodźców, tworząc razem bodziec skuteczny.

Sposób mój, opierający się na motywach powyżej w szkicu wyluszczonych, polega na wykonaniu jednego tylko rękoczynu. Unosimy dziecko pionowo za nóżki tak, że główka zwisa i czekamy cierpliwie, aż nastąpi pierwszy oddech. Trzymając dziecko tak, spostrzegamy zwykle po krótkim czasie wypływającą z ust i nosa obficie ciecz. Po kilku minutach następuje pierwszy oddech, po którym szybko już noworodek głęboko i miarowo oddychać zaczyna. Ciecz, spływającą z ust i nosa, należy ostrożnie ścierać w celu uniknięcia aspiracji. Aby uniknąć oziębienia, ogrzewa się noworodka zaraz po porodzie pieluszką lub serwetką. Powiązanie pępowiny należy uskutecznić dopiero po zupełnem ustaniu tętnienia, stosując jednocześnie podany wyżej sposób cucenia. Działanie jego polega najwidoczniej przede wszystkim na tem, że naczynia żyłne mózgu napęniają się szybko krwią, nasyconą ad maximum kwasem węglowym, opłukującą i drażniącą energicznie ośrodek oddechowy.

Nasuwa się tu jednocześnie myśl, czy — gdyby śluz z płynu łożyskowego niezwykłej swej gęstości nie spływał wcale lub w niedostatecznej ilości z dróg oddechowych noworodka — nie należałoby zamiast stosowania niebezpiecznego kaletelu tchawiczego zastrzyknąć apomorfiny pod skórę. Wobec blizkiego sąsiedztwa ośrodka wymiotnego i ośrodka oddechowego możliwe byłoby również podziałanie apomorfiny i na ośrodek oddechowy tembar-

dziei, że wszak granicy ścisłej między poszczególnymi ośrodkami
nie ma. Odnośne doświadczenia na zwierzętach zostały już
przezemnie rozpoczęte.

Kierownik oddziału, po zapoznaniu się z moim sposobem po-
stępowania, łaskawie pozwolił stosować go we wszystkich zdarza-
jących się na jego oddziale przypadkach zamartwicy u noworod-
ków. Ogółem stosowałem już dotąd mój sposób cucenia
w 18 przypadkach z wynikiem bez wyjątku dodatnim, co stwier-
dzić może opis poniższy kilku cięższych przypadków.

I. K. 2., l. 28, I-ra. Pierwsze bóle 11.X.26 r., g. 18. Odejście
wód 12.X. o g. 2. 13.X. g. 2 u rodzącej stwierdziłem stan ogólny
zdrowia dobry, budowę ciała prawidłową. Per rectum wyczułem
główkę w próżni; rozwarcie na $3\frac{1}{2}$ palca. Tętno dziecka normalne.
Wobec częstych lecz bardzo słabych i mało produkcyjnych bólów
i ogólnego poza tem wyczerpania rodzącej, zastrzyknąłem jej 0,01 pan-
toponu, poczem spała 3 godziny. O g. 5 znów częste, silne bóle. O g. 7
min. 30 zaaranżowano, że sióółka zaczęła walić i że tętno serca płodu
są bardzo przyśpieszone. Wróciwszy do rodzącej, stwierdziłem odej-
ście brudnych wód płodowych; tętno płodu 100—180, bardzo zmienne.
Wobec tego, że główka tkwiła już w sromie i nie cofała się już wię-
cej, udało mi się o g. 8 m. 10 zapomocą sposobu Kristellera wydobyć
płód, znajdujący się w stanie białej zamartwicy. Pępowina nie tętniła
prawie wcale, tętno serca noworodka były ledwo słyszalne. Natych-
miast uniosłem dziecko za nóżki do linii pionowej. Prawie odrazu
zaczęła wypływać obficie dość gęsta ciecz z ust i nosa, którą akropu-
latnie ścierano. Główka i twarzyczka zaczęły powoli sinieć; po 7 mi-
nutach nastąpił oddech pierwszy, dość głęboki. Po 8 minutach dziecko
zaczęło głęboko i miarowo oddychać.

II. Karta szpit. Nr. 6945. W. L., l. 29, I-ra. Budowa ciała pra-
widłowa. Miednica zwężona. Wargi sromu zlekka obrzmiałe. Poło-
żenie główkowe. Pęcherz płodowy utrzymany. Pierwsze bóle 22.X.
o g. 1. 23.X. o g. 9 wyatąpiły drgawki kloniczne (2 min.). Chora
była nieprzytomna, odruchy zniesione, źrenice nierówne. Po napadzie
powrót do przytomności. O g. 10 chora mówiła, że nie widzi, nieba-
wem twarz się jej wykrzywiła, poczem nastąpił jednoznaczny napad,
a po tym znów kilka takich napadów z przerwami 2—5 min., bez po-
wrotu do przytomności. 23.X. o g. 13 cięcie cesarskie szyjowe. Główkę
wydobyto kleszczami Latzko. Dziecko w stanie silnej zamartwicy.
Pępowina skręcona dookoła szyi dziecka, wody płodowe brudne. Przy
otwartej jeszcze macicy ujęto dziecko w górę za nóżki do linii piono-
wej. Z podwiązaniem pępowiny czekano przeszło minutę. Po 3

minutach dziecko westchnęło, a po 5 zaczęło regularnie i głęboko oddychać.

III. (Sposzczenie zakładowe d-ra Natansona 24.X.26 r.) H. G., I. 25, I-ra. Drobna, układ kostny bardzo delikatny, miednica płaska, ogólnie zwężona. Bezwzględne wskazanie do cięcia cesarskiego. Pośladkowe ułożenie. Tony dobre. Przedwczesne odejście wód płodowych, potem po 3 godzinach bóle porodowe, regul., mocne. 5 godzin po rozpoczęciu się bólów wystąpiły pośladki w sromie. Główkę wydobyto sposobem Veit-Smellie'go. Płód niedonoszony, siny, pępowina tętni słabo, oddechu niema. Z podwiązaniem pępowiny czekano. Chwycono dziecko za nóżki i trzymano nieruchomo w kierunku pionowym; z nosa i ust spływała dość gęsta ciecz. Po 3 minutach pierwszy oddech, poczem już nadal regularny i głęboki.

IV. Karta szpit. Nr. 7070. H. Z., I. 41, II-ra. Gravidit m. IX. Od kilku miesięcy zaburzenia oddechowe. Wzrostu niskiego, gibbus znacznego stopnia. Zmiany zastoinowe w płucach z powodu ciąży. Wybitna sinica twarzy. 27.X.26 r. gwałtowny napad duszności. Cięcie cesarskie. Jeszcze przez rozpoczęciem operacji nastąpił nagle stan agonalny; chora zmarła. Po szybkim cięciu in mortua wydobyto płód w ciężkiej asfikacji. Uniesiono dziecko natychmiast za nóżki pionowo do góry; po 3 minutach zaczęło oddychać. Z ust i nosa wypłynęło sporo cieczy.

V. Karta szpit. Nr. 7076. R. R., I. 34. IV-ra. Budowa ciała i wymiary miednicy prawidłowe. Ujście rozwarłe na 4 palce. Pęcherz płodowy pęknięty. Odejście wód 27.X. o g. 7 w. Wypadnięcie pępowiny. 27.X. o g. 9.30 wiecz. zreponowano pętle pępowiny, następnie ściągnięto nóżki, główkę wydobyto zabiegiem Veit-Smellie'go (w uspieniu eterowym). Dziecko, po wydobyciu, w zamartwicy białej, bez objawów życia. Tonów serca nie było słychać. Niezwłocznie uniesiono dziecko za nóżki, aby główka zwisała. Po 3 m. 30 sek. dziecko zaczęło oddychać, przyczem śluz obficie spływał z ust i nosa.

VI. Karta szpit. Nr. 7135. L. A., I. 17, I-a. Z powodu 2 napadów rzucawki wykonano 1.XI.26 cięcie cesarskie. Wydobyto płód niezupełnie donoszony, w stanie ciężkiej zamartwicy. Po 3 minutowym trzymaniu dziecka za nóżki główką ku dołowi nastąpił pierwszy oddech, po następnej minucie dziecko zaczęło oddychać regularnie i głęboko. W moczu chorej 14^o/₁₀₀ białka.

VII. Karta szpit. Nr. 7182. R. T., I. 27, IV-ra. Budowa ciała i wymiary miednicy prawidłowe. Poród 2.XI.26 r., dziecko w białej asfikacji. Trzymano dziecko za nóżki główką w dół, w linii pionowej. Z nosa i jamy ustnej obfita wydzielina śluzu. Po 4 minutach trzymania dziecka do góry nóżkami zaczęło dorywczo oddychać, skóra

atała się sina; po 6 minutach (od urodzenia, bezdech przeszedł, oddychanie stało się coraz równomierniejsze i głębsze. Skóra lekko się zaróżowiła. W szpitalu stwierdzono silne krwawienie, w skutek częściowego odklejenia łożyska; trwało to całą dobę (pęcherz przebity został przez położną na mieście przy rozwarciu na 2 palce). T-a 38,2. Waga 35.90 gr.

VIII. Karta szpit. Nr. 7220. L. S., l. 38. I-ra. Budowa ciała i wymiary miednicy prawidłowe. Pęcherz płodowy pęknięty. Pierwsze bóle IXI o g. 14. Odejście wód 2.XI. o g. 8. Urodzenie 6.XI. o g. 9 m. 30. W nocy o g. 3 zaczęła odchodzić smółka. Tony aerca 160. 6.XI. o g. 9 m. 25, wobec nieposuwania się porodu, nałożono kleszcze. Dziecko w stanie zamartwicy; uniesiono je za nóżki główką na dół. Po 4 minutach zaczęło oddychać.

Gdy posiadany materiał kazuistyczny będzie należycie pomnożony i zostaną zakończone rozpoczęte doświadczenia na zwierzętach, wówczas powrócę raz jeszcze na innem miejscu do szczegółowego omówienia przedmiotu, poruszonego tu zaledwie w zarysie.

Service de gynécologie et obstétrique. Chef, Dr. Antoni Natanson.

Sur un mode simple de traitement de la mort apparente chez le nouveau-né.

Par DR. D. THURSZ.

L'a donné un moyen simple et efficace du traitement du nouveau-né en état de mort apparente, qui consiste en un seul tour de main: Il suffit de prendre le nouveau-né par les pieds et de le renverser de façon que la tête reste pendante, le corps étant vertical. Cette position détermine la sortie du mucus des fosses nasales et de la bouche. Après quelques temps d'attente patiente la respiration revient régulière et profonde. Cette action est due à un afflux considérable du sang veineux, extrêmement chargé de CO₂, qui agit directement sur le centre respiratoire. Sous cette influence irritante la respiration revient. En cas que le mucus est trop dense pour être éliminé normalement, l'a, s'est proposé et a expérimenté l'injection d'apomorphine, qui excite le centre vomitif et peut-être aussi le centre respiratoire voisin.

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO (ORDYNATOR DR. A. NATANSON)
I Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO (ORDYNATOR DR. WERTHEIM).

Z kazuistyki nowotworów złośliwych, leczonych radem w szpitalu na Czystem

PODAŁI

M. Flokszturmpf

Kierownik Zakładu Leczenia Radem przy
Polskim Komitecie do Zwalczenia Raka

M. Płoński

Kierownik Pracowni Anatomicznej
Szpitala.

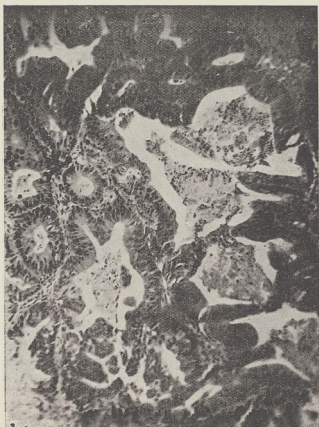
Od czasu wprowadzenia radu do lecznictwa nowotworów złośliwych walka z rakiem zyskała potężnego sprzymierzeńca. Coraz to częściej czytamy o wyleczeniu zupełnem bezradziejnych, zdawałoby się, przypadków nowotworowych. Nie można jednak już dziś mówić o możliwości wyleczenia zupełnego, ponieważ leczenie radem jest metodą zupełnie młodą i nie posiada za sobą dostatecznych danych statystycznych, opartych na długoletniej obserwacji przypadków wyleczonych. W myśl powiedzianego tem ważniejsze staje się opisywanie przypadków, znajdujących się pod ścisłą ciągłą obserwacją, przyczem staje się też niezbędną ścisła kontrola histopatologiczna leczonych przypadków. Ułatwia to w znacznym stopniu również i nowa technika przedłużonego leczenia radem, stosowana i u nas w szpitalu; dzięki temu możliwe jest wielokrotne badanie histopatologiczne w okresie całego leczenia (Proust, De Nabias). Tylko w ten sposób traktowane przypadki dają możność wnioskowania o postępującem działaniu radu; do takich należą i niżej podane.

I. Rak odbytnicy, nie nadający się do leczenia chirurgicznego.

L. 8. lat 45, żona kupca, żydówka. Początek cierpienia w czerwcu 1925 r. Zaparcie na przemian z rozwolnieniem, bóle przy oddawaniu stolca; stolce krwawe. Chora cierpi od 1920 roku na czynną gruźlicę, w płucach parokrotnie prątki Kocha. Wieczorne wahanie ciepłoty (37° — $37,6^{\circ}$).

St. ob. Bardzo blada, anemiczna. W płucach — zagęszczenie prawego szczytu. Serce .

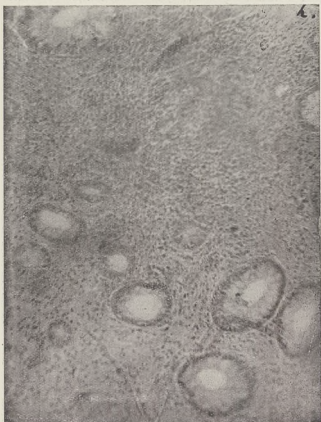
Na odległości 7 cm. od odbytu wyczuwało się guz o powierzchni nierównej, kałafiorowaty, spistości ścisłej, składający się z dwóch warg, pomiędzy którymi było zagłębienie o zarysie kraterowatym, przepuszczające z trudnością palec. Guz nieruchomy. Więzadła krzyżowo-maciczne nacieczone.



Fotogr. mikrosk. 1.

Chorą skierowano do nas, jako nie nadającą się do zabiegu chirurgicznego (naciek w więzadle i czynna sprawa gruźlicza). 26. I. 26 roku operacja (dr. Sztabhole) wytworzenie sztucznej życi (anus iliacus definitivus). Zabieg taki ma na celu wyłączenie chorego odcinka jelita, przerwanie jego funkcji fizjologicznej, a jest niezbędny

przed zastosowaniem radu. 8. II. 26. przez rektoskop wycięto skrawek guza pincetą De Nabias'a.



Fotografia 2

Badanie histologiczne. (p. rys. fot. Nr. 1). Guz składał się z licznych tworów o charakterze gruczołowym, leżących bardzo gęsto obok siebie, gdzie niegdzie pomiędzy tworami gruczołowymi widać było włókna mięśniowe, faliaste. Nabłonek wyściolający przeważnie wysoki, walcowaty, o cechach rozrostu złośliwego, miejscami też układa się w kilka warstw i wpukla się do światła. Śród elementów nowotworowych dość liczne figury podziału (wskaznik De Nabias'a 1:150). W podścielisku obfite nacieki drobnookrągłokomórkowe (fot. 1).

Rozpoznano: adeno carcinoma, co też upewniło o konieczności zastosowania długotrwałej curieterapii (Proust). Rokowanie było dobre, gdyż tkanka podścieliskowa (a rad pobudza ją do regeneracji), była w dobrym stanie (Pierre Duval). Liczne figury podziału w nowotworze pozwalały przypuszczać, że długotrwała curieterapia przetrwa cały cykl rozwojowy nowotworu.

Curieterapia. 9. II. 26 r. w sondzie gumowej założono do krateru 10 mlgr. Ra. E., a 11. II. dodano jeszcze 10 mlgr. Ra. E. (filtr 2 młm. z platyny i 2 młm. z gumy czarnej bezmetalowej). Rad usunięto 27. II., leczenie trwało więc 18 dni. Dawka wyniosła 8160 młg. godzin, czyli 61,2 m. c. d. Przez cały okres naświetlania samopoczucie chorej dobre, wieczorem t° maks. 37,2^o. Żadnych zaburzeń w pęcherzu moczowym. W ciągu 6 tygodni po kuracji wzmożony wyciek z prostaty, poczem tworzyła się blizna, guz znikł, w miejscu krateru powstała prawidłowa śluzówka 21. IV. Biopsja kontrolna; wycięto skrawki z blizny i z nowowytworzonej śluzówki.

Kontrolne badanie histologiczne. (p. fot. nr. 2). Gruzoły prawidłowe w dość dużej liczbie, niektóre leżą głębiej i częściowo w podśluzówce; w tej dość obfite nacieki drobnoukragłokomórkowe, oraz dużo młodych naczyń krwionośnych. W jednym miejscu dość zbita tkanka łączna z nielicznymi naciekami. Układ gruczołów w otoczeniu do podścieliska, naogół biorąc, dość chaotyczny, lecz bez cech rozrostu złośliwego.

6. XI. 26. W miejscu nowotworu bliznowate zwężenie (według Roussy stałe cechujące nowotwory odbytnicy, wylezione radem). Samopoczucie dobre, przybrała na wadze; pacuje, jak przedtem.

II. Rak części pochwowej, nie nadający się do leczenia chirurgicznego.

K. Br. (skierowana przez dr. Ukrainczykową), lat 49, chrześcijanka. Ojciec zmarł w 70 roku życia (rak sutka). Chora od V. 1925 r. Ciekące upławy z domieszką krwi, brak łaknienia; schudła. Ostatnia miesiączka w 1916 r. Rodziła 9-ro,ронила 2. Żadnych chorób kobiecych nie miała.

Badanie oburęczne. Macica mała, ruchomość ograniczona, prawe przymaciczne nacieczono. Część pochwowa obrzęknięta, gruba, twarda. Na przedniej wardze owrzodzenie w średnicy 3 cm., przechodzące na prawą ściankę pochwy, o brzegach twardych i podminowanych. 11. III. 1926 r. wycięto skrawek z owrzodzenia.

Badanie histologiczne. (p. fot. Nr. 3). Wśród podścieliska widać ogniska nowotworowe dość wyraźnie odgraniczone. Skła-

dają się one z komórek nabłonkowych, na obwodzie dość ciemnych, walcowatych, o dużym jądrze (typ nabłonka podstawnego). Pośrodku ogniska komórki stają się jaśniejsze, bardziej okrągłe i gdzieś ulegają martwicy. Komórki wykazują tu wszelkie cechy rozrostu zło-



Fotografia 3.

śliwego, oraz dość liczne figury podziału (wskaznik 1:100). Pośrodku ognisk nowotworowych komórki ulegają gdzieś martwicy; pomiędzy nimi widać dość liczne leukocyty wielojądrzaste. W podścielisku naciek z limfocytów, komórek plazmatycznych i naogół niezłe unaczynienie.

Rozpoznano: *Ca. basocellulare*.

Curieterapja. 12. III. 26. Kanał szyjowy rozszerzono do Nr. 8 rozszerzaczem Hegara, poczem wprowadzono sondę gnimową z 10 mlgr. Ra. E (filtr 2 mm z platyny i 1 mm z gumy czarnej). 16. III. 26 dodano jeszcze 10 mlgr. Ra. E. 26. III. 26. Rad. usunięto.



Fotografia 4.

Dawka cała wynosiła 43,2 m. c. d., czyli 5760 mlgr. godzin. Naświetlanie trwało 14 dni bez powikłań. To wieczorem do 37,2. 2. IX. 26. Naciek znikł, w miejscu owrzodzenia b. delikatna blizna. Samopoczucie wyśmienite.

I w tym przypadku obraz mikroskopowy nowotworu, a szczególnie wybitny odczyn ze strony podścieliska, pozwalał na dobre rokowanie już przed rozpoczęciem curieterapji.

III. Rak części pochwowej, nie nadający się do zabiegu chirurgicznego.

J. J. lat 54, chrześcijanka, (skierowana przez d-ra Natansoną). Krwawi od 2 lat, b. wycieńczona. Badanie oburęczne. Macica b. mało ruchoma. Przymaciec lewy oraz więzadła krzyżowomaciczne nacie



Rysunek 5.

zione. W miejscu, gdzie część pochwowa, guz kałafiorowaty, krwawiący w dotyku. Nowotwór przeszedł na pochwę na całej prawie przestrzeni, za wyjątkiem str. prawej. 14. X. 1926 wycięto skrawek z nowotworu.

Badanie histologiczne. (p. fot. Nr. 4). Nowotwór składał się z komórek nabłonkowych typu płaskiego, dość dużych, o jasnej zarodki, a ciemnem dużem jądrze. Leżały one dość gęsto obok siebie, gdzie nigdzie tylko pomiędzy poszczególnymi grupami szły wąskie pasemka tkanki łącznej. Wazelkie tu cechy rozrostu złośliwego. Szczególnie uderza różnorodność kształtu jąder w komórkach nowotworowych. Figury podziału nieliczne (wakażnik 1:200), najczęstsze w okresie gwiazdy macierzystej. Wąskie pasma tkanki podścieliskowej są nieźle unaczynione. Nacieki drobnookrągłokomórkowe skupiają się przeważnie dookoła naczyń. Rogowacenia w komórkach nowotworowych nigdzie nie stwierdzono. Rozpoznano: Ca planocellulare (typ przejściowy). Curietherapie. 15. X. 26. Do krateru założono w sondzie 10 mlgr. Ra. E. 17. X. 26. Wprowadzono sondę do kanału szyjowego, dodając jeszcze 10 mlgr. Ra. E. 3. XI. 26. Usunięto rad. Oświetlanie trwało 19 dni, dawo 64,8 m. c. d. czyli 8640 mlgr. godzin. Podczas leczenia stan dobry; jedynie w ciągu 3 wieczorów t^o do do 38°. 29. X., a więc na 14 dzień, wycięto skrawek z nowotworu.

Powtórne badanie histologiczne. (p. fot. Nr. 5) Na obwodzie preparatu pole martwicy karjorektycznej z obfitymi naciekami z leukocytów wielojądrzastych. Głębiej, obficie rozrosła młoda tkanka łączna z dużą ilością fibroblastów, zajmuje prawie całe pole widzenia, otacza pozostałe w niewielkiej ilości ogniska nowotworowe, wrasta pomiędzy nie i pomiędzy poszczególne komórki tak, że miejscami widać pojedyncze komórki nabłonkowe, zupełnie oddzielone od większych ognisk. Wygląd pierwotny elementów nowotworowych zupełnie odmienny. Przedewszystkiem jest ich niewiele — zaledwie kilkanaście w polu widzenia. Komórki to duże, o niewyraźnych zarysach i słabo barwiącej się zarodki. Jądra duże, w niektórych komórkach jakby napęczniałe, gdzieindziej znowu rozpadają się i przedstawiają się w postaci drobnych szczątków. Miejscami komórki podobne do olbrzymich, gdzie nigdzie znów jądra wcale nie zabarwiono, a zarodek w postaci jakiejś masy siateczkowatej. Pośrodku kilku ognisk całe komórki ulegają rozpadowi. W kilku miejscach rogowacenie komórek nabłonkowych. Poza tem wszędzie dużo leukocytów wielojądrzastych. W jednym miejscu tkanka łączna zawiera już niewiele elementów komórkowych i ma cechy tkanki bliznowatej. 9. XI. 26. Bliznowacenie się rozpoczęło. Chora w dalszym ciągu pod odcierwacją.

Wyżej opisane trzy przypadki upoważniają nas do następujących wniosków:

1) wycinanie skrawków do badania histopatologicznego, dokonywanego przed leczeniem, nie powoduje szybszego rozrostu oraz szerzenia się sprawy nowotworowej. W przypadkach, kiedy różnicujemy między nowotworem złośliwym a kiłą, jedynie badanie mikroskopowe może być miarodajne. Badanie krwi na odcz. Wasser. często gmatwa sprawę. Należy pamiętać, że raki dość często powstają u chorych kiłowych. Dodalni więc odczyn Wassermana nie wyłącza raka, który znakomicie się rozwija pod wpływem leczenia swoistego.

2) Długotrwałe stosowanie radu nie wywołuje żadnych zaburzeń. Nowotwór może być zniszczony tylko przy pierwszym naświetlaniu tak, jak w leczeniu chirurgicznym tylko pierwsza operacja może wyleczyć chorego, a każda następna jest tylko czasowo pomocna.

3) Wbrew ogólnemu mniemaniu zdrowa śluzówka odbytnicy nie jest tak bardzo wrażliwa na rad, oczywiście, gdy umiejętnie stosowano filtry.

4) Przypadek trzeci wskazuje niedwuznacznie na charakter i kierunek działania radu. Na pierwszy plan tu wysuwa się obfity rozrost tkanki łącznej, jakby duszącej elementy nowotworowe. Działanie radu na raka nie jest więc bezpośrednie, a tylko pośrednie.

Powyżej przytoczone 3 przyp. są ważnym przyczynkiem do sprawy stosowania radu w leczeniu raka i wskazują wyraźnie, jak cennym środkiem może on być w walce z tem strasznym cierpieniem.

Nie możemy tu jeszcze mówić o zupełnem wyleczeniu — czas to dopiero pokaże. A te 8—9 miesięcy czasowego choćby wyleczenia ludzi, skazanych na śmierć — już to samo jest warte wszelkich zachodów.

Z ODDZIAŁU POŁOŻNICZEGO (ORDYNATOR. DR. MED. A. NATANSON)

Przyczynę do zagadnienia o nowotworach ciężarnej macicy

Podał

S. Zamkowy.

Nowotwory prawdziwe lub rzekome, wychodzące z łożyska, błon płodowych lub doczesnowych, należą naogół do bardzo rzadkich. Według danych, zebranych przez Berglunda (Sztokholm), opisano w piśmiennictwie całem (do 1924 r.) zaledwie 98 przypadków nowotworów łożyska. Schickel^e w pracy o prawdziwych i rzekomych nowotworach łożyska (*Gynecologie et Obst.* 1924, T. IX) podaje na 12000 porodów zaledwie 2 przyp. prawdziwych i 1 przyp. rzekomego nowotworu łożyska oraz 2 przyp. nowotworów, wychodzących z błon doczesnowych.

Tembardziej przeto budził zainteresowanie przypadek, spotrzegany w r. b. na oddz. położniczym dra Natansona, jako wyjątkowo pouczający, zarówno pod względem klinicznym, jak i histogenetycznym.

8. V. r. b. przybyła na oddział rodząca D. Rz., pierwszotka, l. 34. Poza tyfusem brzuszny, chorób nie przechodziła. Bóle porodowe — od 2 dni; nie płamila, nie krwawiła. W badaniu wewnętrznym (zewnątrznem i przez odbytnicę) stwierdzono: miednica symetryczna, ogólnie zwężona (wymiar międzykolcowy — 22,0; międzygrzebieniowy — 24,5; sprężyna zewnętrzna — 17,5); w dolnej części próżni wyczuwało się część przodującą twardą; rozwarcie ujścia zewnętrznego prawie całkowite; pęcherz płodowy utrzymany; tony serca płodu 112 na 1', dobrze słyszalne ponad spojeniem łonowe.

Po upływie niecałej godziny wezwano mnie z powodu krwawienia u tej samej rodzącej. Obraz był następujący: w rozwierającej się szparze sromu sterczał twór tkankowy w kształcie placka, zwiniętego w turkę, wielkości małej dłoni, o barwie wiśniowo-czerwonej, obficie broczący krwią; obok tego placka po str. lewej widać było w szparze sromowej wypięty, niepęknięty, pęcherz płodowy.

Ze względu na cechy zewnętrzne oraz dość znaczne krwawienie, pomyślałem zrazu, że mam tu do czynienia z tworem łożyskowym: z oderwanym i przesuniętym przez główkę brzegiem łożyska przodującego, względnie z wypadniętym łożyskiem dodatkowym. Tak czy owak, pomyśleć należało, że względu na krwawienie, o zakończeniu porodu. Zbadałem chorą jeszcze raz przez kışkę stolcową i stwierdziłem, że główka znajduje się u wyjścia miednicy, tuż poza pęcherzem płodowym — wobec czego pęcherz naddarło, wypuszczono wody płodowe, następnie



Rys. 1.

nacięło krocze (jak się to robi u wszystkich pierwiastek na naszym oddziale) i sposobem Kristellera wycisnęło główkę. W czasie wyrzycania się główki zagadkowy twór plackowaty wypadł ze szpary sromowej bez związku z reszłą jaja płodowego.

Miał on kształt grzyba wypukło-wklęsłego (patrz rys. 1) dość prawidłowo okrągłego, o średnicy 8 ctm., grubości w środkowych częściach 1 ctm., ku obwodowi coraz cieńszy, o zabarwieniu ciemno-czerwonym, spoistości dość znacznej, prawie skórzastej; powierzchnia jego, zarówno wklęsła, jak i wypukła, przedstawiała się dość gładko. W środku tworu tego znajdował się otwór o średnicy 0,5 ctm., o brzegach niezbyt prawidłowych, raczej postrzępionych.

Krwawienie ustało natychmiast po urodzeniu się wyżej wspomnianego tworu. W dalszym ciągu poród odbywał się zupełnie prawidłowo. Urodził się płód płci męskiej, żywy, donoszony, wagi 2960 gr., a w 15 minut później samoistnie odeszło

łożysko wraz z błonami płodowymi; dokładne oględziny ich nie wykazały żadnych, przynajmniej dla gołego oka, dostrzegalnych zmian. Szczególną uwagę przytem zwróciłem na brak w łożysku naczyń zbaczających, któreby wskazywały na istnienie łożyska dodatkowego. Po porodzie macica natychmiast skurczyła się dobrze, nie dając żadnego krwawienia. Powstało więc pytanie: jaki to mógł być lwór.

Przeciwko początkowym moim przypuszczeniom (placenta praevia, wzgl. placenta succenturiata prolapsans) przemawiał a priori brak krwawienia przed porodem i w ciągu całego prawie I okresu; krwawienie natomiast zjawilo się w ostatnich chwilach porodu. Poza tem całość łożyska, bez poszarpanych brzegów, bez naczyń zbaczających, stanowczo wyłączały powyższe przypuszczenia.

Powstało więc inne, które łatwo tłumaczyło lejkowaty, miseczkowaty kształt zrodzonego tworu oraz pochodzenie otworu pośrodku, a mianowicie, że mógł to być zwyczajny skrzep, częściowo zorganizowany, przedstawiający odlew szyi macicznej, całkowicie wygładzonej w początkowych okresach rozwarcia ujścia zewnętrznego. Ale skąd w takim razie krwawienie tuż przed wyrznięciem się główki? Poza tem przekrój preparatu wykazywał już dla gołego oka naczynia, co przemawiało za zorganizowaną tkanką. Zbadaliśmy też krew położnicy na krzepliwość; okazała się zupełnie prawidłową (5,5 min.), co znów przemawiało przeciwko doraźnemu tworzeniu się skrzepu w krwawieniu rozwarcio-
ciowym.

Wiemy dalej, że w niektórych przypadkach ciąży bliźniaczej jeden z 2 płodów, znajdujący się w gorszych warunkach odżywienia, może zamrzeć, podczas gdy drugi rozwija się w dalszym ciągu zupełnie prawidłowo. Płyn owodni martwego płodu ulega w tych razach wessaniu, sam zaś płód ulec może całkowitemu spłaszczeniu i zniekształceniu, wisząc nieraz nakształt tworu plac-
kowatego na błonach żywego płodu (foetus papyraceus s. compressus). Urodzeniu jednak takiego zniekształconego, szczątko-
wego płodu nie towarzyszyłoby krwawienie, jak to miało miejsce w naszym przypadku.

Nie do przyjęcia było też przypuszczenie, że twór ten był dolną częścią okrężnie zmartwiałej szyi macicznej, która uległa wydaleniu w czasie porodu. Mielśmy tu wprawdzie ogólne zwię-
żenie miednicy, lecz nieznacznego stopnia, przy niedużym no-

worodku oraz pęcherzu płodowym, zachowanym do ostatniej chwili, czyli nie mogło być gwałtownego ucisku mechanicznego, któryby spowodował obumarcie i ostatecznie demarkację szyi macicznej.

Na drodze więc oględzin makroskopowych i rozważania wyłącznie teoretycznego pozostało jedynie do przyjęcia przypuszczenie, że mamy tu do czynienia ze sprawą nowotworową. Bliższych zaś szczegółów co do budowy, charakteru i pochodzenia nowotworu, dostarczyć nam mogło jedynie badanie mikroskopowe.

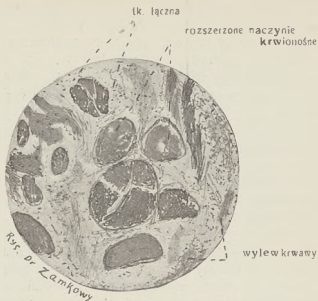
Serje preparatów drobnowidowych, sporządzone w pracowni anatomo-patol. (dr. Płóński), wykazały obraz następujący: przeważna część pola widzenia utkana była przez liczne, ad maximum rozszerzone naczynia krwionośne, wysłane śródbłonnikiem i wypełnione czerwonymi ciałkami krwi (patrz rys. 2 i 3). W środkowych częściach preparatu naczynia te tworzyły szereg jam, porozdzielanych tk. łączną o charakterze tk. łącznej luźnej z minimalną ilością włókien, miejscami wykazującą obrzęk, miejscami — zmiany azkliste. Pośród nielicznych komórek łącznotkankowych widać było dużą ilość leukocytów wielojądrowych oraz liczne wylewy krwawe. W miarę zbliżania się ku obwodowi preparatu ilość tk. łącznej powiększała się, miejscami zjawiały się falisto pokręcone pasma włókien sprężystych, wyjątkowo natrafić można było na ślad zanikłego gruczołu. Na samym obwodzie preparatu widać było nie wszędzie dobrze zachowany jednowarstwowy nabłonek kostkowy. Żadnych kom. łożyskowych, ani akrycznie poszukiwanych komórek doczesnowych nie znaleziono.

Był to więc obraz naczyniaka, w środkowych częściach nawet o charakterze typowego naczyniaka jamistego (rys. 2).

Powstaje teraz zasadnicze pytanie, jakiego pochodzenia był ten nowotwór, z jakiej tkanki się począł?

Otóż, na podstawie szeregu przypadków, szczególnie treściwie zestawionych w pracy Schickel'ego „O prawdziwych i rzekomych nowotworach łożyska”, rozróżniać należy następujące grupy: 1) nowotwory i rzekome nowotwory łożyska, powstałe podczas ciąży; 2) nowotwory doczesnej macicznej, chronologicznie również związane z ciążą i 3) nowotwory ściśle maciczne, które istniały jeszcze przed ciążą i wikłają jedynie przypadkowo ciążę.

O ile chodzi o nowotwory łożyska, to przypadki takie zostały opisane przez Bretschneidera (1901), Kummera (Strasburg) w r. 1911, Gammeltofta (Kopenhaga), von Toldy z Budapesztu. Są to pojedyncze lub mnogie guzy, przeważnie



Rys. 2 (Zeiss—3)



Rys. 3 (Zeiss 3)

o budowie naczynek lub naczyńko-włókników, wyrosłe na powierzchni płodowej łożyska, najczęściej w okolicy przy-czepu pępowiny lub pierwotnych rozgałęzień naczyń jej. Nowotwory te nie wrastają w głąb łożyska, lecz wpuklają się za-zwyczaj do jamy owodni, otoczone przez owodnię i kosmówkę.

Inaczej nieco przedstawiają się nowotwory rzekome łożyska, opisane przez Willeamsa (Presse med. 1921), Meyera (Centr. f. Geb. und. Gyn. 1923 str. 157) oraz przez Vignes i Leroux (Annales d'Anat. Patolog. T. III N. 7). Guzy te przerastają łożysko, rozrastają się w przestrzeniach międzykosmkowych, jak to udowodnił Schickelę, są następstwem wadliwego rozwoju kosmków, wzgl. nadczynności wysepek naczyńiowych w pierw-szych tygodniach ciąży.

Co się tyczy nowotworów doczesnej, są to guzki na ze-wnętrznej powierzchni błon w różnej odległości od łożyska, przedstawiające nawarstwienie w pewnem miejscu doczesnej z ty-powemi komórkami, rozszerzonymi gruczołami i naczyniami krwio-nośnemi. Mikroskopowo można w takich przypadkach rozróżnić nawet podział na doczesną zbitą, doczesną gąbczastą, a często-kroć i zachowane kosmki. Pochodzenie tych nowotworów należy według Schickelęgo, przedstawić w sposób następujący. Wiadomo, że doczesna otaczająca (decidua reflexa) w normalnych warunkach ulega ścięnczeniu dzięki wzrostowi jąga płodowego, zanikowi i sklejanu z doczesną prawdziwą; jednoczesnemu zani-kowi ulegają też kosmki odnośnych części kosmówki, nie znaj-dując odżywienia, które daje im tworzące się łożysko. W pew-nych jednak okolicznościach, gdy dany odcinek znajduje się w szczególnie pomyślnych warunkach odżywczych, czy to wskutek ograniczonych spraw zapalnych, czy też, jak przypuszcza Schickelę, wskutek obecności polipa śluzowatego macicy, ule-gającego podczas ciąży zmianom, — w tych razach doczesna miejscowo może nie zaniknąć, lecz zostaje zachowana i nawet ulega przerostowi. Wykazał to w wielu spostrzeżeniach Riolte („Hyperplasie de la caduque et hemorrhagies a la fin de la gestation” — Gynec. et Obst. 1924. T. IX. Nr. 1). O ile przerost taki dotyczy ściśle ograniczonego odcinka doczesnej, łatwo też może przekroczyć granicę i zyskać cechy prawdziwego nowotworu doczesnej.

Pozostaje jeszcze III grupa — właściwych nowotworów ma-

cicy, które istniały długo przed ciążą, lecz ujawniły swoje istnienie dopiero w końcu ciąży lub podczas porodu.

Wracając do naszego przypadku, łatwo możemy wyłączyć pochodzenie łozyskowe nowotworu, ponieważ pęcherz płodowy był do ostatniej chwili zachowany, a twór nowotworowy nie mógł się wydostać ani z powierzchni płodowej łozyska, ani z jego przestrzeni międzykosmkowych.

Tak samo wypadnie nam wyłączyć nowotwór doczesnej — skrzętne bowiem poszukiwania komórek doczesnowych na licznych preparatach mikroskopowych wypadły ujemnie.

Natomiast stwierdzony na preparatach jednowarstwowy nabłonek kosmkowy dowodzi niezbicie, że mamy tu do czynienia z guzem podśluzowym, który istniał niewątpliwie przed ciążą i pokryty był śluzówką maciczną. Brak typowych komórek doczesnowych tłumaczy się tem, że guz ten wychodził z okolicy szyi macicy, której nabłonek nie ulega przemianie na typowe komórki

Guz ten, najprawdopodobniej polip śluzowy szyi, posiadał szypułę, wytworzoną przez wyciągniętą błonę śluzową. Łatwo też zrozumieć, że guz uszypułowany, o takim umiejscowieniu, o charakterze miękkiego, podatnego naczyniaka, nie mógł pozostać niezmiennym pod wpływem porodu i związanego z nim trwałego ucisku mechanicznego. Ustalając się w ostatnim miesiącu główka przedewszystkiem spłaszczyła gąbczasty guz, nadała mu wygląd plackowaty, a w dalszym ciągu uciskała szypułę, która uległa ostatecznemu oderwaniu w czasie porodu i stworzyła sztuczny otwór w pośrodku urodzonego guza, dając znaczne krwawienie.

Jak łatwo dojść może do podobnego zniekształcenia guza i do oddzielenia szypuły pod wpływem sił porodowych, dowodzi przypadek Schickel'égo (Gyn. et obst. 1924. T. IX, str. 61).

Mały włókniak podśluzowy trzonu został przyciśnięty i mocno wtłoczony do sąsiadującego łozyska, odtwarzając w zupełności nowotwór łozyskowy, nie miał jednak z nim pod względem pochodzenia łączności. Zniekształcony ten guz posiadał resztkę szypuły, która uległa oderwaniu, jak tłumaczy autor, wskutek trwałego ucisku brzegu łozyska. Schickel'é podkreśla brak w guzie zmian doczesnowych oraz bardzo obłite unaczynienie.

Na uwagę też zasługują, zarówno w przypadku Schickel'ego, jak i w naszych preparatach, dwa nacieki leukocytów wielojądrzastych, które są zwiastunem zaczynającej się nekrobiozy.

PIŚMIENNICTWO.

1. Breitschneider. Centr. f. Gyn. 1901 — str. 1316.
2. Vignes et Leroux. Annales d'Anal. Pal. T. III. N. 7.
3. v. Toldt. Centr. f. Gyn. 1925. N. 42.
4. A. Riotté. Gyn. et Obst. 1924. N. 1.
5. G. Schickel. Gyn. et Obst. 1924. N. 1.
6. Hoche et Brique. „Les deciduoms vrais” (Arch. méd. exp. 1903).
7. Arch. f. Gynec. 1917 — 107.
8. Meyer — Centr. f. Gyn. 1923, str. 157.

Service d'Obstétrique. Chef: Dr. A. Natanson.

Un cas de tumeur utérine délivrée avec le fœtus à terme.

Par S. ZAMKOWY.

Primipare, âgée de 34 ans. Le travail dure 2 jours. L'orifice externe du col utérin étant complètement ouvert la poche des eaux se présente dans la vulve et tout près d'elle un corps à forme de galette (tête du champignon) couleur rouge cerise et portant au centre (fig 1) un orifice régulier. Le corps en question saignait abondamment. On a rompu la poche des eaux, expulsé la tête. Au cours du passage de la tête fœtale la „galette” est tombée, n'étant pas liée au reste de l'œuf. L'accouchement fut normal—le fœtus à terme, vivant; le placenta et les membranes se sont décollées entièrement.

Diagnostic: tumeur sousmuqueuse pedonculée (angiome caverneux), prenant naissance au col utérin, qui existait avant la grossesse et qui a subi pendant cette dernière aussi que durant l'accouchement une compression et un aplatissement et s'est détachée de son pedoncule; des infiltrations leucocytaires prouvent le début de la nécrobiose.

O salpingografji, jako metodzie rozpoznawczej.

Podał

J. Szejnberg.

Pod salpingografją rozumiemy metodę badania ginekologicznego, stosowaną dla określenia budowy, położenia i drożności jajowodów. W tym celu, po uprzednim napełnieniu trąbek płynem kontrastowym, ujawniamy kształt jajowodów promieniami Roentgena na kliszy rentgenograficznej. Metoda ta została podana po raz pierwszy przez amerykańnika Kennedy. W piśmiennictwie naszym J. Rosenblat pierwszy poruszył sprawę zasłyszania promieni Rentgena dla wskazanego celu badania w ginekologji. Metoda ta, jako środek rozpoznawczy, okazuje niezwykle korzyści przedewszystkiem w przypadkach niepłodności, leczenie bowiem jej wogóle bez dokładnego zbadania stanu jajowodów jest niepewne, zawodne. Niedrożność jajowodów naprz. gra dużą rolę, jako przyczyna niepłodności, a zapomocą dwuręcznego badania możemy określić stan ich jedynie z pewnem prawdopodobieństwem.

Postępem znacznym w badaniach ginekologicznych należy dziś uważać dwie metody postępowania, a mianowicie: przedmu chiwanie jajowodów oraz salpingografję. Zanim zestawimy zalety obu tych metod i wskażemy przewagę jednej nad drugą, omówimy tu w szkicu własne doświadczenia.

Metoda oryginalna, jak wiadomo, polega na tem, że do ujścia macicy wprowadza się wyjąłowioną rurkę (podobną do nasady strzykawki Brauna); w rurce jest odpowiednie zgrubienie, które zatyka ujście zewnętrzne szyjki i nie pozwala, aby płyn, wpro-

wadzony do macicy, wyciekał. Jednocześnie kulociąg, nałożony na część pochwową, pociąga ją ku przodowi. Rurka łączy się z naczyniem, zawierającym płyn kontrastowy i połączonem z manometrem. Przez zastosowanie odpowiedniego ciśnienia tłoczmy płyn do macicy. W badaniach własnych postępowaliśmy o wiele prościej. Po wprowadzeniu do pochwy wziernika chwytamy część pochwową kulociągiem, ale nie pociągamy macicy. Na strzykawkę 10,0 nakładamy rurkę metalową, podobną do wyżej opisanej; na rurkę tą w miejscu, odpowiadającym ujściu zewnętrznemu, nakładamy korek gumowy (wzięty ze strzykawki Tarnowskiego), zatykamy nim ujście maciczne. Podkreślić należy, że unikaliśmy pociągania macicy, gdyż zmienia to układ wzajemny części narządu rodnego, przyczem kulociąg, którym trzymamy część pochwową oraz strzykawka, zatykająca ujście, powinny—o ile możliwości—zachować macicę in situ, w ułożeniu takim, jakie jest właściwe danej chorej.

Można też wykonać zdjęcia bez uszczelnienia ujścia macicznego, pozostawiając macicę w jej naturalnem położeniu, dzięki czemu wywieramy małe ciśnienie. Robiliśmy już takie zdjęcia, ale ostatecznych wniosków jeszcze nie posiadamy.

Płyn kontrastowy przenika do jajowodów i do jamy otrzewnej: 1) dzięki ciśnieniu podczas tłoczenia i 2) dzięki ruchom przeciwbaczkowym jajowodu, które ciśnienie to wywołuje. Dowodem, że ruch jajowodów w grę tu wchodzi, może posłużyć dokładne obejrzenie zdjęć: jajowód nie przedstawia się, jako równomiernie szeroki cień, lecz o kształcie nieco falistym, w postaci miejsc cienkich obok skupień płynu w kształcie perelek. Mamy tu odbicie zjawiska ruchu robaczkowego i przeciwbaczkowego z przewagą tego ostatniego.

Zdjęcia wykonano w ułożeniu według Trendelenburga przez unoszenie nieznacznie stołu o 15—20 cm. Rurkę Rentg. ustawiono pod kątem 30—40° tak, że promienie padały z góry i od przodu do tyłu i ku dołowi. Prześwieclano 4 sek. (25 M. A.), przyczem robiliśmy 2 zdjęcia, co 10 min.

Wykonanie 2 zdjęć ma podwójne znaczenie: 1) pierwsze zdjęcie daje dokładny zarys-cień jamy macicznej oraz wykazuje cechy i ułożenie jajowodów: 2) drugie zdjęcie ujawnia, czy płyn

kontrastowy dostał się już do jamy otrzewny, a więc-czy jajowód jest drożny. Gdy drugie zdjęcie nie dawało dokładnego obrazu, wykonywano po 10 min. zdjęcie trzecie.

Dzięki zastosowaniu do rentgenografii zasłonki Buky'ego można nie robić zdjęć, a na zasłonce obserwować drażnienie płynu kontrastowego do jamy brzusznej oraz ruchy robaczkowe jajowodów.

Jako płynu kontrastowego używaliśmy jodipiny 40% Mercka w ilości $\pm 5 \text{ cm}^3$, ogrzanej do 37° .¹⁾ Dzięki skurczom macicznym i ruchom robaczkowym jajowodów udaje się nam wykryć zaledwie ślady jodipiny w macicy i jajowodach, a po kilku dniach widzieliśmy już tylko ślady jej w jamie otrzewny. Sprawdzaliśmy zjawisko zanikania jodipiny w jamie otrzewnej w przeciągu 10—14 dni, w niektórych przypadkach po 20 dniach, robiąc zdjęcia kontrolne lub przez sprawdzenie na ekranie, czy są ślady jodipiny w małej miednicy. Po 2 tygodniach jeszcze wykrywaliśmy ślad jodipiny w jamie otrzewny. Wchłanianie jodu w ustroju, dzięki tłuszczowemu połączeniu, idzie bardzo powoli; następnego dnia po zastrzyku wykrywaliśmy w moczu dopiero małe ślady. Zaburzeń w postaci nieżyłu lub wysypki nie obserwowaliśmy. Jodipina nie wywołuje żadnego miejscowego oddziały. Chore, następnie operowane (Winternitz), miały otrzewną gładką, lśniąca, nabłonek jajowodów nie wykazywał ubytków. Przeprowadzenie badań odnośnych na jajowodach u zwierząt nie dałoby nam dostatecznej podstawy do wniosków, gdyż budowa narządów rodnych u zwierząt jest odmienna; to też, gdy zbierzemy dostateczny materiał operacyjny, podamy wyniki badań własnych do wiadomości.

Nie jest jeszcze dokładnie wyjaśnione, w jaki sposób odbywa się proces wchłaniania jodipiny w ustroju. Są tu 3 przypuszczenia: 1) że w drogach limfatycznych zostaje ona przenoszona, jako tłuszcz albo, jak emulsja; 2) że tłuszcz ulega zmy-

¹⁾ Jodipina — preparat jodowy, syntetyczny (Winternitz) — chemiczne połączenie jodu z oliwą; bywa 20% i 40%. 1 cm^3 40% jodipiny zawiera 0.51 gr. organicznie związanego jodu. Używaliśmy 40%, gdyż roztwór ten daje lepszy cień,

dleniu, a jod, związany z kwasami tłuszczowymi, ulega wessaniu; 3) że przenikanie odbywa się przez fagocytozę.

Należy tu jeszcze omówić kwestję siły bakterjobójczej jodipiny, gdyż sama przez się nasuwa się myśl, że przez zastrzykiwanie włóczyć można bakterje, znajdujące się w macicy i jajowodach do jamy otrzewny. Oczywiście, jodipina nie posiada tej siły bakterjobójczej, co jodyna, lecz stwierdziliśmy, że posiada ją, gdyż drobnoustroje, wprowadzone do płynu tego, giną w nim; nie spostrzegaliśmy też nigdy żadnych powikłań.

Wszystkie nasze zdjęcia robiliśmy w przypadkach niepłodności. Jak wskazują rentgenogramy (patrz tablice) wstrzykiwanie jodipiny nie zmienia ułożenia jajowodu, dowodem czego służą obrazy dwu po sobie, jedno za drugim, następujących zdjęć. Zarówno rodzaj cieczy, jak i ciśnienie, umożliwiają więc wykonanie zdjęcia jajowodu z zachowaniem kształtu i stosunku do ubocznych narządów, jaki w danym przypadku istnieje.

Jeżeli porównamy wyniki, otrzymane przez przedmuchiwanie z temi, które daje salpingografia, to — zdaniem naszym — na korzyść salpingografji przemawia szereg faktów: 1) przedmuchiwanie jest bardziej niebezpieczne, gdyż ciśnienie powietrza może spowodować pęknięcie naczyń; jodipina zaś (wprowadzana zwykle pod małym ciśnieniem) tego nie wywołuje; ilość wprowadzonego powietrza musi być większa od ilości cieczy; 2) o przenikaniu powietrza do trąbek sądzimy zapomocą kontroli słuchowej, poprzez powłoki, a ta może zawieść z powodu ubocznych szmerów. Przez salpingografię natomiast można dokładnie określić miejsce niedrożności, a ma to duże znaczenie dla wykonania plastycznej operacji jajowodu; 3) skargi chorych po przedmuchiowaniu są znacznie większe. Poza tem w salpingografji: 1. wprowadzamy ciecz o własnościach bakterjobójczych; 2. możemy ujawnić wadę rozwojową, co jest wyłączone przy stosowaniu przedmuchiwania; 3. mamy dokładny obraz jamy macicy oraz stosunku jajowodów do narządów, wzgl. guzów w małej miednicy. Przedmuchiwanie daje względnie zaledwie pojęcie o stanie jajowodów, salpingografia zaś ujawnia stan ich w pełnym wymiarze; może on być po pewnym czasie, wzgl. po leczeniu lub zabiegu operacyjnym, równie ściśle przez salpingografię sprawdzony.

Wyłączyć należy te przypadki, które wykazują jakiekolwiek zmiany zapalne. Jeżeli te uszłyby uwadze w badaniu, to przez salpingografię (o minimalnem ciśnieniu, płynem przeciwbakteryjnym) wyrządza się mniejszą, szkodę niż przez przedmuchiwanie.

Na zasadzie własnego doświadczenia należy odpowiedzieć twierdząco na pytanie, czy zapomocą salpingografji można otrzymać zawsze pewne rozpoznanie. Kennedy prześwietlał przypadki przed operacją, przyczem przekonał się po otwarciu jamy otrzewny, że rozpoznanie z kliszy odpowiadało istocie rzeczy. O nieszkodliwości jodipiny już wyżej powiedziano. W przypadku niedrożności jajowodów zabieg ten jest niewątpliwie nieszkodliwy. Ale pozostaje jeszcze pytanie, czy nie powoduje zaburzeń jakich w zdrowym jajowodzie. W dotychczasowem piśmiennictwie nie wykazano takiego przypadku; odpowiednie badania nasze nie są jeszcze zakończone. W 1 przypadku obustronnej niedrożności jajowodów, ciepłota podniosła się do 38°, były bóle (24 godz.); po kilku dniach nie było zmian przedmiotowych. Powikłań nie obserwowaliśmy; pierwsze zdjęcia wykonano przed 5 miesiącami, nie zauważyliśmy dotąd żadnych objawów. Przypuszczać należy, że jodipina nie wywołuje w otrzewnej zrostów. Po zebraniu większego materiału omówimy całe zagadnienie innym razem.

Dotychczasowy plon salpingografji i własne doświadczenia (patrz tablice) pozwalają na określenie drożności jajowodów, ich długości i ułożenia, wzgl. stosunków wzajemnych i do obocznych narządów; charakter jednak zmian i ich pochodzenie dotąd jeszcze nie dają się z kliszy określić. Być może dalszy rozwój tej metody zbliży nas do rozwiązania i tego zagadnienia.

Dotąd wykonaliśmy 34 zdjęcia¹⁾. Dla ilustracji wyników własnych, otrzymywanych przez badanie salpingografią, podajemy szereg rentgenogramów (po 2 dla każdego przypadku). Wszystkie chore badane były nieplodne.

¹⁾ Większą część zdjęć wykonano w zakładzie rentgenologicznym koł. Lubelczyka, pozostałe na oddz. rentgenolog. Szpitala. Kierownikowi oddz. rentgen. Szpitala dr. Mészöri oraz koł. Lubelczykowi za cenne wskazówki oraz pomoc w wykonaniu zdjęć wyrażam tu me podziękowanie.



Rys. II a.



Rys. III a.



Rys. I.



Rys. II b.

- Rys. I — macica skierowana w lewą stronę, szyja wydłużona; jajowód prawostr. długi, cienki, w części brzusznej zarośnięty; lewy w części brzusznej skręcony; krople jodipiny w wolnej jamie otrzewny z lewej strony przemawiają za drożnością lewego jajowodu.
- Rys. IIa — macica o kształcie kowadła, skierowana w prawo. Jajowody zarysowane wyraźnie; w części brzusznej silnie rozszerzone; ujście prawego wysoko ułożone; jest to zachowane i na 2-em zdjęciu (zrosty?)
- Rys. IIb — krople jodipiny w wolnej jamie otrzewny z obu stron macicy — oba jajowody drożne.
- Rys. IIIa — macica o normalnej wielkości, jajowody wyraźnie zarysowane, w części brzusznej rozszerzone.



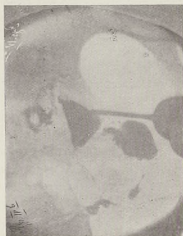
Rys. IV a



Rys. V.

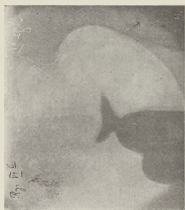


Rys. III b.



Rys. IV b.

- Rys. IIIb — zarys macicy znika, widać w niej nasadę strzykawki, resztki jodipiny w jamie macicy; jodipina przeszła do jajowodów, w części brzusznej są one rozszerzone znacznie, do jamy brzusznej płyn się nie dostał; jajowody niedrożne.
- Rys. IVa. — macica o normalnej wielkości, prawy jajowód wysoko położony; lewy wydłużony, ujście jego brzuszne tuż przy trzonie (zrosł).
- Rys. IVb — fęwa trąbka silnie rozszerzona; skupień jodipiny w jamie brzusznej nie widać — oba jajowody niedrożne.
- Rys. V — zarys macicy, u dna ubytek cienia (włóknaki), lewy jajowód nie-



Rys. VI b.



Rys. VII b.



Rys. VI a.



Rys. VII a.

drożny, prawy drożny.

Rys. VIa — macica nieduża, o nieregularnym kształcie i nieprawidłowym zarysie jamy; jajowodów na rentgenogramie nie widać.

Rys. VIb — lewy jajowód — wąski, cieniutki cień; zarysu prawego jajowodu nie widać (wada rozwojowa?)

W przypadku VIIa zdjęcie wykazuje normalną jamę macicy. Prawy jajowód zaczyna się wypełniać, lewego nie widać. Na następnym zdjęciu prawostr. jajowód wypełnił się całkowicie, ale wykazuje niedrożność, lewy w dalszym ciągu niezarysowany.

PIŚMIENNICTWO.

1. Rosenblatt i Kass Ginek. Polska 1926. 2. Zawodziński i Spiro Ginek. Polska 1926. 3. Kennedy, Americ. journ. of obst. and gyn. 1923. 4. Schober, Zentrbl. f. Gyn. 1925. 5. Dyrloff, Zentrbl. f. Gyn. 1925. 6. Grünberg, Ueber jodierter ole 1925. 7. Mikulicz-Lueg, Zentrbl. f. Gyn. 1926. 8. Cotte i Bertrand, Presse Medicale 1926.

Z ODDZIAŁU POŁOŻNICZEGO (ORDYNATOR DR. MED A. NATANSON).

O cięciach cesarskich szyjowych oraz szerszem wskazaniu do nich.

Podał

B. Erlich

Asystent oddziału

Cięcie cesarskie stało się obecnie zabiegiem, znacznie częściej stosowanym, niż dawniej. Przyczyna tego—przewaga cięcia nad wielu innymi zabiegami, mającymi na celu zakończenie porodu.

Jeżeli zestawimy wyniki, otrzymywane nawet przed 1876 r. z teraźniejszymi, zrozumiemy przyczynę częstego stosowania tego zabiegu obecnie. Do XIX-go stulecia wynikiem cięcia była prawie zawsze śmierć matki; operowano też wyłącznie umierające lub zmarłe (lex regia Nury Pompiljusza). Tak więc do połowy XIX-go stulecia śmiertelność matek wynosiła do 62%, dzieci 30% (Kayser), podług Murphy (Anglja) 60% śm. m., Naegele (Niemcy) 64% śm. m., Standfeld (Skandynawja) 95%, Gue-mot (Paryż) 100%, Späth (Wiedeń) 100% dla matek i t. d.

Dopiero Porro, przez wprowadzenie odcięcia nadpochwo-wego macicy z zewnątrzotrzewnowem zaopatrzeniem szypuły, od-razu zmniejszył wysokość śmiertelności matek. Gdy dawniej śmiertelność osiągała 75%, po 1874 r. dochodzi już tylko do 25%. Truzzi podaje na 1097 przypadków, operowanych podług Porro, 25% śm. matek i 22% śm. dzieci. Jednak konieczność usuwania macicy kobietom młodym, operowanym sposobem Porro, była przeszkodą do szerszego stosowania tej operacji.

W dalszym rozwoju cięcia cesarskiego ulepszenia techniczne pozwoliły stosować sposób klasyczny bez usuwania macicy. Polegały one na tem, że prócz zespolenia brzegów rany macicznej nakładano jeszcze pokrycie w kształcie dachu z otrzewny (szew surowiczko-surowiczy Sangera i Kehlera), jak dla szwów Lemberta; uniemożliwia to odchodom zakażonym przenikanie przez ranę macicy do jamy otrzewny. Zabezpieczenie zaś dróg rodnych od zakażenia uskuteczniano w ten sposób, że chorą przed operacją przetrzymywano w zakładzie 3 tygodnie (Veit). Powyższe postępowanie zapobiegawcze łącznie z ulepszoną techniką szycia oraz postępowaniem przeciwnieśmiertelności znacznie zmniejszyło śmiertelność.

Wielkim krokiem naprzód stało się zastosowanie cięcia cesarskiego szyjowego. Już Physick w r. 1822 proponował operację w dolnym odcinku macicy, dopiero jednak Frank zastosował ją po raz pierwszy (1907 r.). Przewaga cięcia szyjowego nad klasycznym była wybitna, zyskała szybko wielu zwolenników; obecnie stosowana jest prawie we wszystkich klinikach świata.

W klasycznym sposobie postępowania ustalono liczne wady, a więc: 1) ponieważ ściana trzonu jest grubsza niż szyjki, krwawienie z trzonu jest znaczniejsze; 2) zaszycie macicy w trzonowym sposobie wymaga przynajmniej 2-u pięter szwów, w szyjowym jednego; 3) rana pokrywa się otrzewną lepiej przez naszywanie pęcherza moczowego w sposobie szyjowym, niż przez szew Sangera; przewagą tu jest i to, że leży pozaotrzewnowo; wydzielina jej, względnie odchody zakażone, wydostające się przez ranę, pozostają w przestrzeni pomiędzy przednią ścianą szyi macicy a tylną ścianą pęcherza moczowego bez związku z otrzewną. Unika się również przez to zrostów macicy z otoczeniem—zaletą, której nie posiada sposób klasyczny; 4) wytrzymałość blizny pooperacyjnej po cięciu cesarskiem klasycznym jest zawsze mniejsza, łożysko bowiem rozwija się najczęściej w trzonie, często też układa się na przedniej ścianie trzonu. Kosmki łożyskowe, wskutek gorszych warunków krążenia w okolicy blizny, dla lepszego odżywienia dążą wgłąb bardziej, niż w warunkach prawidłowych. A że blizna, jako składająca się z tkanki łącznej, jest cieńsza od reszty mięśnia macicy, nie kurczy się, więc upośledza siłę mięśniową macicy oraz powoduje jej pękanie.

Przypadek tego rodzaju spostrzegaliśmy na oddz. d-ra Natanson'a niedawno.

R. B. I. 32, wieloródka, o miednicy wybitnie zwężonej. Przebyła: 2 wymóżdżenia, jeden poród przedwczesny samoistnie, 2 poronienia oraz 2 cięcia: I-e klasyczne, II-e szyjowe. 27/7 r. b. o godz. 2-ej wystąpiły silne bóle porodowe (morfina 0,02); bóle mniejsze. O 5-ej wystąpiły silne bóle porodowe, trwały 2 godz. O 10-ej operacja. Stan ogóły jaknajlepiej: o własnych siłach ułożyła się na stole operacyjnym. W jamie brzusznej stwierdzono wolną krew płynną i skrzepy. Na macicy od lewego rogu ku dołowi — uszkodzenie mięśnia (6 cm.). W otworze łożysko częściowo odklejone. Natomiast blizna po cięciu szyjowym była bez zarzutu. Przedłużono pęknięcie cięcia podłużnem ku dołowi. Wydobyto płód w lekkiej zapaści, wagi 3050 gr. Na 9 dzień położnicę wypisano zdrową z dzieckiem zdrowem.

Przypadki takie są również notowane w piśmiennictwie (Baisch). Odporność blizny po cięciach szyjowych jest bez porównania większa, niż po c. c. klasycznych. Nawet po kilkukrotnych operacjach szyjowych porody są prawidłowe (Chailion, Voigt). Czyżewicz podał 29 przyp. porodów bez uszkodzenia blizny pooperacyjnej po c. c. szyjowym. Podobny przypadek spostrzegaliśmy niedawno.

Poród 3-ci. Wymiary: g. g. 29, 0; k. k. 26, 0; s. z. 18, 0. Przed rokiem c. c. szyjowe z powodu łożyska przodującego. Poród trwał do 16 godzin (urodziło się dziecko donoszone). Na 8-y dzień wypisana zdrowa z dzieckiem zdrowem.

Pęknięcie blizny szyjowej jest powikłaniem niezwykle rzadkiem. Z piśmiennictwa obcego znamy 10 przypadków takich, które uległy t. zw. próbie obciążenia. W przyp. Lichtenberga rozszerzano szyję laminarjami, aby wywołać poród przedwczesny; u Kellera — trzon był ustalony przez zrosty i rozciągał dolny odcinek macicy. 3 przypadki (Freund, Wolff i Franz) spowodowane zostały przez to, iż cięcie poprzednie było szyjowo-trzonowe. W przyp. podobnym Küstnera pękła tylko trzonowa część blizny. W 2-ch przyp. łożysko przodujące zniszczyło bliznę po cięciu (Franz i Voigt). Wreszcie w jednym przypadku pęknięcie poprzedzał obrót (Franz) w innym znów — metreuryza (Franz).

Audebert badał histologicznie blizny po c. c. szyjowych; w 73% był przerost mięśniowy, czyli restitutio ad integrum. Wetterwald na 3600 zebranych c. c. szyjowych stwierdził mini-

małą liczbę pęknięć macicy (0,28%), dla c. c. trzonowych zaś 1—4%. Wyniki c. c. klasycznych są naogół gorsze: u Leopolda (200 przypadków wyłącznie czystych) — 8% śm. matek, u innych — 10%. C. c. szyjowe wykazuje dla matek mniejszą śmiertelność, od 3 ch do 8-10%, w zależności od materiału operowanego. Okres pooperacyjny po c. c. sz. przebiega łagodniej. Sprawy zakaźne ulegają lepszemu otorbieniu i umiejscowieniu, stan ogólny po operacji jest też lepszy. Obecnie stosowane są przeważnie 3 sposoby operacyjne: I. otrzewnowy (hystero-tomia cervicalis retrovesicalis per laparatomiam), II. pozaotrzewnowy (extraperitonealis) oraz III. przezotrzewnowy (transperitonealis per laparatomiam). Doświadczenie oddziału dotyczy głównie sposobu otrzewnowego, w pewnej mierze pozaotrzewnowego i przezotrzewnowego. Ten ostatni wydaje się niezadowolającym w sprawach zakaźnych. Trudno bowiem tak dokładnie i gęsto szyć otrzewną, ażeby wyłączyć przenikanie zarzązków chorobotwórczych do jamy brzusznej („bakteryjnej” gęstości szwów osiągnąć nie można — Liepmann). Sposób pozaotrzewnowy ma znów braki następujące: 1) ponieważ dostęp do macicy jest ośrodkowy, w pobliżu pola operacyjnego znajdują się sploty żył pęcherzowych, które tworzą niekiedy zylaki; również spotykamy tutaj naczynia krwionośne, wchodzące i wychodzące z macicy; 2) dostęp do pola operacyjnego jest połączony z odsunięciem bocznem pęcherza i niebezpieczeństwem uszkodzenia go oraz moczowodów; 3) znaczne różnice w wysokości fałdu przejściowego otrzewny są przeszkodą do operowania; 4) często otrzewna, gdy wydobywa się dziecko, rozrywa się (u 35% operowanych wykrywa się rozdarcie otrzewnej). Sprowadza to c. c. pozaotrzewnowe do rezultatów otrzewnowego. Weibel podaje 40%, Martius 60%, Bumm 16% rozdarcia otrzewny lub niemożności operowania czysto pozaotrzewnowo; 5) zdolność otrzewny do zwalczania bakterji i ich otorbienia niektórzy sławiają nie niżej, aniżeli dla wiotkiej tkanki łącznej pęcherzowomaciczej (Winter); wolą oni raczej zastosować c. c. otrzewnowe lub przezotrzewnowe, aniżeli pozaotrzewnowe, po którym może wystąpić trudna do zwalczania, pełzakowata postać ropowicy tkanki łącznej; 6) śmiertelność dzieci jest po sposobie pozaotrzewnowym większa, aniżeli po otrzewnowym; 7) ponowne operowanie po tej samej stronie, gdzie wykonano już c. c. pozaotrzewnowe, jest utrudnione przez blizny w tkance

łączonej, po poprzednim cięciu; 8) po c. c. pozaotrzewnowem częściej jakoby ropieją powłoki i częściej powstają przepukliny (L ö n n e i E n g e l m a n n).

Narazie spostrzeżenia nasze dotyczą 100 przyp., operowanych na oddz. położ. Szpitala sposobem otrzewnowym (od 2.7.23 do 18.8.26 r.); do końca 1923 r. w 9 przyp., w 1924 r. w 22-ch; w 1926—31-m, w 1926—48-miu (8 mies.). Rok 1926 da przypuszczalnie do 75 przyp.

Wskazania do operacji były następujące: 1) zwężona miednica (69), 2) łóżysko przodujące (12), 3) rzucawka porodowa (10), 4) przedwczesne odklejenie łóżyska (2), 5) nieprawidłowe położenie (2), 6) przepuklina w linii białej z macicy i główki płodu (1), 7) nawykowe zamieranie dziecka przed nastaniem lub w czasie trwania czynności porodowej (2), 8) zwężenie zastawki dwudzielnej (1), 9) wypadnięta pępowina (1).

Z powyższych operacji dr N a t a n s o n wykonał 85, asystenci — 15; 19 razy operowano powtórnie (ordynator), 3 — po raz trzeci (z nich 2 ordynator oraz jeden raz autor). Pierwiasiek operowano 27, wieloródek — 73. Naogół w przypadkach tych nie spostrzegano zrostów po wykonanych już operacjach szyjowych. Ułożenie pęcherza moczowego niekiedy tylko przedstawiało się niejasno, fałd bowiem pęcherzowomaciczny siedł skośnie, zamiast poprzecznie. Pęcherz moczowy zawsze udawało się oddzielić na tępo, bez wysiłku. Co się tyczy mięśnia macicznego, to nie spostrzegano śladów po poprzednich operacjach szyjowych; niekiedy przebiegała wąska biała smuga w miejscu poprzedniego nacięcia macicy.

Przed 20 laty L e o p o l d ogłosił, iż warunkami niezdozwneni do c.c. powinny być: 1) prawidłowa ciepłota, 2) nieuszkodzony pęcherz płodowy, 3) niewykonywanie badania przez pochwę. Często nie stosowaliśmy się do powyższych wymagań. Około 20% przypadków niewątpliwie nie odpowiadały warunkom L e o p o l d a, gdyż były to przypadki o ciepłocie 37,2 - 37,6, bez wód płodowych przez okres od kilku do 36 godz. Wśród pozostałych 80% przypadków niewątpliwie pewna część była badana przez pochwę, czego jednak nie ustalono.

Wyniki nasze były następujące: 94 pacjentki wypisano zdrowe; 4 zmarły, 2 wypisano ze znaczną poprawą. Z ostatnich jedną operowano (z powodu zwężenia zastawki dwudzielnej) jeszcze przed nastąpie-

niem porodu w znieczuleniu lędźwiowym; u drugiej, operowanej z powodu rzucawki porodowej, wystąpiło porażenie połowicze w czasie napadu. Stan ten jednak z biegiem czasu poprawił się. W przypadkach powyższych stan narządów rodnych był zupełnie prawidłowy. U 83 uzdrowionych i 2 wypisanych z poprawą stwierdzono rychłozrost, u pozostałych 12-tu rana brzuszna goiła się przez bliznę. Przeciętna liczba dni szpitalnych na chorą wynosiła 16,65. 65 chorych wypisano w 8—14 dniu pooperacyjnym. W okresie połogowym najczęściej spotrzegaliśmy, jako powikłanie zapalenie miedniczek, rzadziej sprawy okołomaciczne, 2 razy phlegmasia alba dolens. Dzieci żywych urodziło się 99 (2 razy bliźnięta), nieżywych 3, z tych 2 należało do matek chorych na rzucawkę (tępy płodu nie były słyszalne); 1-łe dziecko było nawet zmacerowane, 3-ie nieżywe dziecko było z matki z przedwczesnem odklojeniem łożyska. Z 99 żyworodzonych — zdrowych wypisano 90, niedonoszonych 3; 6-ro zmarło w kilka godzin, wzgl. dni, po operacji. Z 6-ga zmarłych dzieci 3 niedonoszonych urodziły matki w rzucawce, 1-o matka z przodującym łożyskiem, 2 dzieci wątpliwych było z matek z miednicą zwężoną. Jeden z 4 przypadków śmierci dotyczył operowanej z powodu łożyska przodującego (mora na 9 dz. po operacji; ropne zapalenie płuc; macica prawidłowa; rany zrost bez zarzutu, również jak i powłok brzusznych). 2-gi przypadek śmierci nastąpił wskutek zapalenia nerek i płuc, powstałych w przebiegu mocznicy i rzucawki po porodzie. 3-ci przypadek śmierci na skutek niedowładu macicy po porodzie. W tym przypadku krwawienie wystąpiło 2 godziny po operacji. W bardzo krótkim okresie czasu chora straciła bardzo obfitą ilość krwi tak, iż, pomimo wszelkich zabiegów hamujących, śmierć nastąpiła wskutek ostrej bezkrwistości. Toż samo stwierdziło badanie pośmiertne. 4-y przypadek śmierci powstał na skutek rozlanego zapalenia otrzewny. Dotyczył on chorej z ciepłotą przed operacją prawidłową. Po otwarciu jamy macicy okazał się brak wód płodowych; zawartość macicy niewątpliwie była zakażona.

Zestawiając przypadki zgonów, dochodzimy do wniosku, iż w bezpośrednim związku z operacją zmarły 2 chore: 1. wskutek niedowładu macicy, 2. po ropnem zapaleniu otrzewny. Porównanie statystyki innych zakładów położniczych Europy z dodatnimi wynikami naszego oddziału przekonują, że wyniki nasze nie są gorsze.

Mange podaje na 240 operacji otrzewnowych 5% śmier. mat. i 2,5% śm. dzieci. Lichtenstein na 532—3,6% śm. m., 5,47% wśród dzieci, a na 1600 przypadków 3,9% śm. m. Martius 4,44% śm. m. Taniguchi 7,35% śm. m. i 5,91% śm. dz. Klistner 6,8% śm. m. Czyżewicz zebrał 176 przypadków cięć szyjowych otrzewnych z wynikiem 8,5% śm. m. Powyższe dane stwierdzają, że

TABLICA I.

Wykaz wyników po cesarskich cięciach, wykonanych na oddziale położniczym d-ra Natanson'a (100 przypadków).

A. Matki:	1) Wypisane zdrowe	94	4	a) wada serca
	(100)	2) „ z poprawą		b) porażenie połowicze
	3) Zmarłe	4		a) zapalenie płuc — 9 dni po operacji b) niedowład macicy - w 2 godz. po op. c) mocznica — 29 dni po operacji d) zakażenie — w 6 dni po operacji
B. Dzieci:	1) Żywe	99	3	a) płód zmacerowany
	(102)	2) Nieżywe		b) nieżywy przed operacją
				c) prawdopodob. nieżywy przed oper.

TABLICA II.

Wykaz wyników po zabiegach, wykonanych w wypadkach:

A. Zwężenia miednicy:

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------------|
| 1. Rozpiłowanie miednicy: | 2) Poród przedwczesny wywołany: |
| a) Śmiertelność matek 8,0% (Winter) | a) Śmiertelność matek 8,0% (Winter) |
| b) „ dzieci 10,0% (Pinard) | b) „ dzieci 90,0% (Winter) |
| 3. Cięcia cesarskie szyjowe (obce): | 4) Cięcia cesarskie szyjowe (Natanson) |
| a) Śmiertelność matek 2,5—4,0% | a) Śmiertelność matek 2,8% |
| b) „ dzieci 2,0—3,0% | b) „ dzieci 0,0% |

B. Łożyska przodujące:

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1. Obrót i metreuryza: | 2. Obrót (24) |
| a) Śmiertelność matek 0,0% (Zweifel) | a) Śmiertelność matek 12,5% (oddz. Natanson) |
| b) „ dzieci 60,0-80,0% (Winter) | b) „ dzieci 70,83% (Natanson) |
| 3. Cięcia podług Dührssena | 4. Cięcia cesarskie szyjowe (obce): |
| a) Śmiertelność matek 9,6% (Natanson) | a) Śmiertelność matek 2,0% |
| b) „ dzieci 27,0% (Natanson) | b) „ dzieci 11,0% |
- Dzieci wkrótce zmarłych 31,0%

5. Cięcia cesarskie (Natanson)

- a) Śmiertelność matek: na 14 przypadków 1 zgon, niezależny od zabiegu (zapalenie płuc)
- b) Śmiertelność dzieci 6%

C. Rzucawka porodowa:

- | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1. Metoda Stroganowa i zabieg pochw. | 2. Cięcia podług Dührssena: |
| Śmiertelność matek 20,0—30,0% (Natanson-Möller) | Śmiertelność matek 23,4% (Reuben-Peterson) |
| „ dzieci 32,0% (Zweifel) | „ „ dzieci 21,2% |
| 3. Cięcia cesar. szyj. (zebrał Doucher) | 4. Cięcia cesarskie (Natanson): |
| Śmiertelność matek 15,0% | Śmiertelność matek 7,68% |
| „ „ dzieci 6,45% | „ „ dzieci 0% |

wyniki nasze należą do b. dobrych, szczególnie jeżeli uwzględnimy, że operacji poddawano chore bez wyboru.

Wśród wskazań do operacji — najczęstsze zwężenie miednicy. — W zasadzie operujemy, gdy wymiary miednicy odnośnie do wielkości główki płodu wykazują znaczniejszy niestosunek porodowy, pozwala to bowiem przypuszczać, że urodzenie żywego dziecka jest wątpliwe. W przypadkach podobnych stosowaliśmy dawniej rozpiłowanie miednicy, przedwczesny poród, wysokie kleszcze, obrót i nawet wymóżdżenie żywego dziecka. Zabiegi powyższe, wyłączając ostatni, razem dają 50% śm. dzieci.

Wskazania w każdym poszczególnym przypadku, zwłaszcza u pierwiastek, gdy urodzenie żywego dziecka jest jeszcze możliwe, przedstawiają znaczne trudności. O przebiegu porodu decyduje wiele czynników, których niepodobna z góry przewidzieć. U wieloródek wywiady o przebiegu i wyniki poprzednich porodów, mają większe znaczenie, aniżeli wymiary miednicy. U pierwiastek ze sprzężną zewnętrzną poniżej 17 cm (sp. przekątnej, jako też sp. prawdziwej, nie mierzymy z powodu nakazu zasadniczego na oddziale nie badania przez pochwę,) gdy główka pomimo bólów nie wstawia się, stosujemy cięcie. Martius wyczekuje 2—3 godziny i operuje wówczas dopiero, gdy główka się nie wstawia i nie kształtuje.

Zestawiając zabiegi, współzawodniczące z cesarskim cięciem, widzimy, iż wyniki przemawiają za jego stosowaniem. Winter, specjalny zwolennik przepiłowania miednicy (sympoiseotomia) a również Döderlein — twórca najpopularniejszy tej metody, uważają, iż śmiertelność matek po tym zabiegu jest taka sama, jak po c. c.; odnośnie do dzieci jednak wartość jej bezwzględnie ustępuje c. cięciu. Na 500 symphiseot. — 6% śm. dz. Klinicyści stosują ten zabieg szczególnie u wysoko gorączkujących i gdy dziecku grozi natychmiastowe uduszenie, a przygotowania do cięcia byłyby zbyt długie. Dietrich podaje 6% śm. dz. i tyleż matek, Pinard — 10%, śm. dz., Neugebauer — 125% śm. dz. W wykonaniu mniej wykwalifikowanych lekarzy rezultaty te są prawdopodobnie znacznie gorsze. Wyniki przedwczesnego porodu przedstawiają się jeszcze gorzej dla matki i dziecka, aniżeli po symphiseotomji. Na 135 przypadków — 11 razy śmierć matki, dzieci zaś 90% (Winter).

Również i wysokie kleszcze ustępują c. c. wobec gorszych wyników śmiertelności i zdrowotności. Wyjątkowo pomyślną jest statystyka St. Cykowskiego: na 38 przypadków wysokich kleszczy śm. m. wynosiła 0%, śm. dzieci 23,68%.

Widzimy więc wyniki wszystkich 3-ch metod zakończenia porodu w wypadkach wąskiej miednicy; są one znacznie gorsze od wyników c. c.

Drugiem co do częstości wskazaniem do c. c. było u nas łożysko przodujące. Kierowano się tu wielkością rozwarcia, t. j. czy po dokonanym obrocie rozwarcie będzie dostateczne dla natychmiastowego wydobycia płodu. Pierwiastki operuje się nawet wtedy, gdy dziecko nie żyje, gdyż obrót u pierwiastek wykonywa się na oddziale tylko wyjątkowo. Nie jesteśmy zwolennikami obrotu podług Braxton-Hick's'a, gdyż zmuszeni wycokiwać na dostateczne rozwarcie dla wydobycia płodu, tracimy często dziecko. Zweifel podaje wyniki po obrotach podług Braxtona: na 1266 przypadków śm. m. 10%, śm. dz. 60—80%. Schweizer: 3% śm. m., 68,8% śm. dz., Winter na 228 obrotów — 10,5% śm. m., Tschatskin na 241 przyp. 14 śm. mat. Sehurig (kl. Berlińska) 113 przypadków — 8 śm. mat. Razem 354 przyp. wykazują 6,25% śm. mat., a są to już najlepsze wyniki (głównie u wieloródek). U pierwiastek śm. jest wielokrotnie większa. Własne 8 przypadków, traktowane obrotem, przy rozwarciu szyi na 2 palce, dały dobre wyniki dla mat., lecz z dzieci żywe było tylko jedno. — Na oddziale od r. 1923 do 26 r. na 24 przyp. łożyska przodującego, traktowanego obrotem lub obrotem i metreuryzą, były następujące wyniki: śm. mat. 12,5%, śm. dz. 70,83%; matek wypisanych, jako chore — 16,6%; przeciętna liczba dni szpitalnych na 1 chorą wynosiła 12,25 dni.

Zweifel zebrał 670 przyp. metreuryzy i określa dla nich 5,8% śm. m. i 34,5% dz.; obrót i metreuryza łącznie ma dać 5% śm. dla mat. i 78% dla dz. Ludwig Muller określa dla obrotu i metreuryzy śm. mat. na 30%, a dz. 65%. Widzimy więc, jakie wyniki dają sposób obrotu i metreuryzy w łożysku przodującym, a mianowicie, u pierwszorzędných specjalistów śm. mat. wynosi 6—30%, dzieci 60%. Porównyując wyniki cięć z wynikami obrotów, wzgl. metreuryz i obrotów, należy przyznać znaczną wyższość cięć w leczeniu łożysk przodujących. Zebrałem statystyki wyników operacyjnych Pankowa (13), Mumma (61), Sel-

Iheima (8), Jaschke (27), Stockla (31), Baïsch a (25), Koblancka (20) — razem na 195 operacji — 4 przyp. śm., wynosiło około 2% śm. m.; śm. dz. u Götansa wynosi na 208 operacji—11%. Na naszym materiale łożysk przodujących i przedwczesnych odklejeń łożyska (14 przyp.) śmierć m. nastąpiła w jednym przyp. i to niezależnie od operacji; wśród dz. jedno urodziło się nieżywe, gdyż już poprzednio nie słyszano jego tonu. C. c. szyjowe w przyp. łożyska przodującego nie przedstawia większych trudności, aniżeli wykonane z innych wskazań, nawet wtedy, gdy łożysko znajduje się na przedniej ścianie szyi. Na naszym materiale oddziałowym w $\frac{1}{2}$ przyp. łożysko znajdowało się na przedniej ścianie macicy. Krwawień większych nie było. Wyjątek stanowi 1 przyp., gdy łożysko było przyrośnięte do ściany szyi. Usunięto je kawałkami; szybko nałożony szew na macicę, natychmiast po usunięciu łożyska, doprowadził do pomyślnego wyniku. Stosowanie cięcia pochwowego Dührissena w łożysku przodującym daje również niezadowolające wyniki: śm. m. 9,6%, śm. dz. 27%; wkrótce po zabiegu zmarło 31% dzieci. (Nürnberg, kl. monachijska).

Z kolei trzeciem wskazaniem była rzucawka porodowa. Doświadczenie codzienne poucza, że zarówno dla malki, jak i dla dziecka, konieczne jest szybkie zakończenie porodu i to możliwie natychmiast po pierwszym napadzie lub nawet, jeśli można, przed nim. W myśl tej zasady operujemy chętnie w przyp. rzucawki tembardziej, że większość chorych to pierwiastki, u których obroty dają złe wyniki. Gdy dziecko nie żyje i niema możności zakończenia porodu przez pochwę (zamknięte ujście), również stosujemy cięcie, wyłącznie w interesie matki. Doucher (klin. Voltharda) stosuje zasadniczo cięcie; na 640 przyp. zebranych, podczas ciąży i porodu operowanych, określa śm. m. na 15%, dz.—6,45%, nie licząc niedonoszonych i niezdolnych do życia. W i n t e r na 14 przyp. własnych, operowanych w okresie od 1 — 5 godz. po pierwszym napadzie miał po 4 przyp. śm. m. i dz. Nasze wyniki operacyjne są znacznie lepsze. Przez nas operowane 10 przyp. rzucawki, włączone do 100 obecnie opisywanych operacji, jako też 3 przyp. niedawno operowane, dały następujące wyniki: na 13 operacji—1 przyp. śm. m. (25 dni po operacji) wskutek zapalenia płuc i nerek w przebiegu ciężkiej mocznicy i rzucawki porodowej. Z 12 noworodków 2 urodziły się nieżywe, z nich 1 zmacerowany. W obu przyp. tonów nie słyszano przed operacją, 3-je dz. zmarło

w różnym czasie po urodzeniu (waga ich była poniżej normy płodu, zdolnego do życia). Z powodu operacji właściwie żadne nie zginęło. Więcej niż w połowie przyp. napady ustawały po operacji dość prędko, w pozostałych dopiero po 6 — 10 godz. W jednym przyp. napady trwały również i po operacji przez 36 godz; położnica wypisała się zupełnie zdrowa. Aczkolwiek wyniki c. c. w wypadkach rzucawki są różne, zależne od stopnia schorzenia rzucawkowego, w każdym razie wyniki każdego innego postępowania są znacznie gorsze. Tak Essenmöller oblicza wysokość śm. po rzucawce, u traktowanych obrotem lub kleszczami, na 21,6%. Metoda Stroganowa oraz mieszana (Stroganow i zabieg pochwowy) dają 20 — 30% śm. m. Podług Zweifla 32% dla dz. i 8,5% dla m. Stosowanie cięcia Dührsena w rzucawce porodowej daje wyniki niezadowolającej 530 przyp. dały 23,4% śm. m. (Reüben—Peterson), śm. dz.—21,2%. Widzimy więc, iż w wypadkach rzucawki c. c. jest także najlepszym zabiegiem, utrzymującym matkę i dziecko przy życiu. Zapobiegawcze c. c., gdy grozi rzucawka, ma niewątpliwie zupełną rację bytu. Miarodajne są wtedy wyniki badania krwi na mocznik, ślan siatkówek, wysokość ciśnienia krwi, składniki moczu, wzór krwi podług Arnettha i Schilinga, jako też ogólne samopoczucie zagrożonej rzucawką.

Co do postępowania w nieprawidłowym położeniu płodu, to tu zapatrywania się różnią. Jedni operują tylko wtedy, gdy życiu matki grozi niebezpieczeństwo, inni i dla ocalenia dziecka. Niektórzy rozszerzają wskazania tak, iż stosują c. c. w wypadkach zaniedbanego położenia poprzecznego przy dz. niezwyem (Koerner oraz Grammatikati). Jakkolwiek trudno zgodzić się z twierdzeniem Smitha i Wintera, że cięcia na matkach z nieżyjącymi dziećmi są przeciwwskazane, sądzimy jednak, że w przypadkach zaniedbanych położen poprzecznych nie należy operować. Holland podał 4 przypadki takich operacji; 2 były śmiertelne dla matek. Sprawa ta wymaga dalszych spostrzeżeń i być może ulepszonej techniki. Należałoby też traktować cięciem rodzące, gdy ułożenie główki jest czołowe, twarzowe, asynkliczne, rozwarcie szyi niedostateczne, a dziecku grozi zapaść. Niektórzy nawet stosują cięcie zapobiegawczo w powyższych przypadkach, gdy dziecku nie grozi narazie zapaść. Kerr, np. uważa, iż niema takiej komplikacji porodu, która

nie nadawałaby się do cięcia ces. W bardzo ciężkich stanach chorobowych płuc, serca lub nerek można stosować znieczulenie lędźwiowe lub nawet „miejscowe. Porody z przedwczesnem odejściem wód płodowych, zapowiadające się jako t. zw., „ciężkie porody“, należy kwalifikować do cięcia. W tych wypadkach nie należy nalegać, ale na żądanie matek można przystąpić do operacji. Wychodzimy z założenia, iż przedwczesne odejście wód płodowych wywiera szkodliwy wpływ na bóle porodowe, powoduje leniwe rozwieranie się ujścia macicznego i wygładzanie się szyi. Podobny przebieg t. zw. „suchych“ porodów znacznie powiększa obawę zakażenia połogowego, ujemnie wpływa na płód, daje zły połów. Zresztą w większości porodów podobnych trudno się obejść bez zabiegu pochwowego, którego wyniki nigdy nie dają się przewidzieć, gdyż teren operacyjny — pochwa — nie daje się zupełnie wyjałowić.

Gorączka przed operacją zasadniczo nie jest przeciwwskazaniem do operacji, czego dowodem wyniki Voigla, Kustnera i nasze. Brak bólów porodowych, małe rozwarcie macicy, nawet nierozpoczęta czynność porodowa, nie są przeciwwskazaniem do operacji. Przekonaliśmy się, że aczkolwiek dolny odcinek macicy nie był rozciągnięty, operacje szły trybem zwykłym. Nie było nigdy większego krwawienia w czasie lub po operacji w wypadkach operowanych w ciąży lub na samym początku porodu. Przebieg operacji taki sam, jak gdy poród jest już w toku. Nie widywaliśmy również zatrzymania się odchodów u operowanych przed rozpoczęciem porodu. Jak wynika z badań Holmesa i Bardik'a połów przebiega jakoby lepiej nawet u położnic, które były operowane przed nastaniem bólów porodowych, aniżeli u operowanych po rozpoczęciu się czynności porodowej. Tłumaczą oni powyższe tem, że wskutek bólów porodowych oraz skurczów włókienek mięśniowych macicy, nagromadzają się w niej szkodliwe produkty przemiany materji, które wpływają ujemnie na zwijanie się macicy i na samopoczucie chorej. Powyższe produkty szkodliwe nie tworzą się w macicy która nie kurczyła się jeszcze pod wpływem bólów porodowych. W ostatnich czasach podniesiono sprawę płodności kobiet, które przebyły c. ces. Bride oraz v. d. Hoeven są zdania, iż $\frac{1}{2}$ kobiet operowanych nie zachodzi ponownie. Po dług Lichtensteina zaś poronienia oraz porody przedwczesne

nie występują wcale wcześniej u operowanych, aniżeli u nieoperowanych. Webster na 190 przypadków podaje 49% ponownych zajęć w ciążę, 13 kobiet poroniło. Sprawa ta jest jeszcze nie zupełnie jasna, a trudna do zbadania, gdyż często kobieta, z obawy przed ponowną operacją, wystrzega się ciąży lub usuwa ją przedwcześnie.

Zauważono, iż bez względu na przebieg porodu liczba nieżywourodzonych i szybko umierających dzieci jest naogół wysoka. W Niemczech wynosi ona 3⁰/₀. Już w okresie rozwierania się ujścia, w zupełnie prawidłowych warunkach, dzieci umierają. Wąska miednica jeszcze obecnie powoduje śmierć 14⁰/₀ dzieci, łożysko przodujące 69⁰/₀, wypadnięcie pępowiny 40⁰/₀, poprzeczne położenie 27⁰/₀, zapaść wewnątrzmaciczna płodu 25⁰/₀, asynklityzm 24⁰/₀, przedwczesne odklejenie łożyska 82⁰/₀, rzućkawka 72⁰/₀ dzieci. — Większość zabiegów pochwowych przedstawia dla matki i dziecka większe niebezpieczeństwo, aniżeli cięcie. Nawet wymóżdżenie — zabieg tak bardzo oszczędzający matkę — daje podług Leopolda, Brettschneidera i innych około 4⁰/₀ śm. m., rozkawałkowanie od 16 — 25⁰/₀ (Winter — Polland). — Uwzględniając powyższe, słuszny staje się wniosek stosowania cięcia cesarskiego w powyżej omówionym zakresie.

PIŚMIENICTWO:

Burm: Zeitsch. f. G. Bd. 77. S. 228; Döderlein: Handbuch d. Geburtsh. 1926 r. Franz Zeitsch. f. G. Bd. 77 S. 215. Frank A. f. G. Bd. 87. S. 46. — Halban u. Seitz: Handb. d. Frauenh. 1926 r. Küstner: A) Z. f. G. N. 10 S. 361 B) M. f. G. Bd. 53, Sanger i Kehrre: A. f. G. Bd. 10. S. 370. A. f. G. Bd. 195 S. 177. H. 2. Stöckel: A. f. G. Bd. 109. Weibel Z. f. G. N. 45 S. 1649 Wetterwald: Z. f. G. 1926 r. N. 10 v. d. Hoeven: A. f. G. Bd. 79. H. I. Taniguchi: Über d. extraperit. Kaiserschnitt, seine Technik u. Indik. Diss. München.

O zależności wagi noworodka od czasu trwania miesiączki.

Podał

N. S z e n k e r.

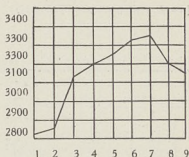
Już w 1882 roku Cuzzi starał się udowodnić licznymi danymi statystycznymi, że wzrost i waga noworodka zależne są od długości okresu miesiączkowego matki. A mianowicie: im dłużej trwa miesiączka, tem większa staje się waga i wzrost noworodka. La Forre danych tych nie potwierdził. W ostatnich czasach jednak Reveli na dużym materiale 2-iej kliniki Uniwersytetu Turyńskiego, Szenes i Mondrè z kliniki Uniw. Wiedeńskiego i Agabakow z kliniki w Baku, przyszli do tych samych wniosków, co i Cuzzi, a mianowicie, że dłużej trwająca miesiączka idzie w parze z wyższą wagą i większym wzrostem noworodka.

Ponieważ zagadnienie to ma znaczenie naukowe i praktyczne, postanowiliśmy sprawdzić powyższe twierdzenie w naszych spostrzeżeniach szpitalnych (340 przypadków). Z tej liczby tylko 302 przypadki nadawały się do badań odnośnych, ponieważ w pozostałych były następujące odchylenia: 1) miesiączki przebiegały niezupełnie prawidłowo, 2) okres między miesiączkami trwał nie 4 tygodnie, 3) wskazówki o czasie miesiączki były niepewne, 4) noworodek był niedonoszony, 5) ciążę były mnogie. Aczkolwiek prof. Cuzzi w 102 przypadkach ciąży mnogiej spostrzegał, że po miesiączkach długotrwałych częściej spostrzegają się ciążę mnogie, uważałem jednak, że takie przypadki nie mogą być brane w rachubę ze względu na trudność ustalenia, które z bliźniąt, cięższe czy lżejsze, ma stanowić przedmiot orzeczenia. Na tablicy 1-ej zestawiam wszystkie spostrzeżenia (307), przyczem złączono tam oddzielnie w grupy kobiety, miesiączkujące 1 dzień, 2 dni i t. d. do 9 dni włącznie i nie brano pod uwagę innych danych, jak np., czy badana była pierwiastką lub wieloródką i n. inn. okoliczności. Na rysunku wykresów (Nr. 1) wyraźnie widzimy wzrost wagi noworodka w zależności od powiększania się liczby dni miesiączki od 1 do 7 i spadek wagi, gdy miesiączka trwała 8—9 dni.

TABLICA I.

Trwanie miesiączki w dniach	Liczba przypadków	Średnia waga
1	3	2815,0
2	10	2821,0
3	105	3128,5
4	69	3197,2
5	38	3246,8
6	27	3309,5
7	33	3328,0
8	13	3206,7
9	4	3142,5

Wykresy, Nr. 1.



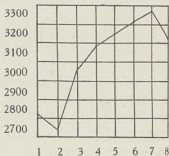
Widzimy więc, że gdy miesiączka trwa od 1 do 7 dni to wówczas, waga stale wzrasta, natomiast opadanie wagi przy 8—9 d. miesiączki nie może być wzięty w rachubę, gdyż składa się nań zbyt mała liczba spostrzeżeń.

Ponieważ, jak wiadomo, waga noworodka wzrasta w stosunku do liczby przebytych porodów, wyodrębniliśmy z całego materiału 98 spostrzeżeń u pierwiastek, które dały pod tym względem następujące wyniki.

TABLICA II.

Trwanie miesiączki Liczba dni	Liczba przypadków	Średnia waga
1	1	2800,0
2	3	2720,5
3	31	3030,4
4	24	3180,5
5	18	3230,2
6	9	3300,0
7	10	3363,5
8	2	3208,4
9	—	—

Wykresy, Nr. 2.



I z tych wykresów widzimy węc wzrastanie wagi noworodka tam, gdzie miesiączka trwa od 2 do 7 dni włącznie, a opadanie wagi przy miesiączce 1 dniowej i 8 dniowej dałoby się znów wytłumaczyć znikomą liczbą przypadków.

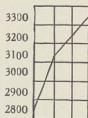
Wobec tego, iż ustaloną jest rzeczą, że noworodki płci męskiej mają większą wagę, zbadaliśmy pod tym względem 47 przypadków płci męskiej i 51 żeńskiej, urodzonych z 96 matek pierwiastek. Ponieważ liczba ta spostrzeżeń jest stosunkowo niewielka, a odpowiednio mogło się bardziej uwydatnić w wykre-

sach wzrastanie wagi, łączono dane o liczbie dni miesiączki w grupy 1 — 2 dniowe, 3 — 4 dniowe, 5 — 6 dniowe i, t. d.

TABLICA III (dla płci męskiej)

Liczba dni miesiączki	Liczba przypadków	Średnia waga
1 — 2	1	2874,5
3 — 4	24	3106,4
5 — 6	16	3221,0
7 — 8	6	3305,3
9	—	—

Wykresy, Nr. 3.

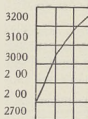


1-2 3-4 5-6 7-8

TABLICA IV (dla płci żeńskiej)

Liczba dni miesiączki	Liczba przypadków	Średnia waga
1 — 2	3	2796,8
3 — 4	31	3012,0
5 — 6	6	3173,5
7 — 8	6	3266,6
9	—	—

Wykresy, Nr. 4.



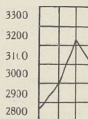
1-2 3-4 5-6 7-8

Wobec tego, że i wiek matki ma wpływ na wagę noworodka, w tablicach III i IV zostały pominięte matki starsze (powyżej 29 l.). Otrzymaliśmy tedy zgrupowane 36 przyp. pierwiastek w tabl. III (płci m.) i 39 przyp. w tabl. IV (płci z.). W obu wykresach odpowiednich niema znaku dla stałego wzrostu wagi. (Załamaniu się krzywej od dnia 5 nie należy przypisywać zbyt wielkiego znaczenia ze względu na małą liczbę spostrzeżeń).

TABLICA V.

Liczba dni miesiączki	Liczba przypadków	Średnia waga
1 — 2	1	2874,5
3 — 4	21	2932,3
5 — 6	11	3200,0
7 — 8	3	3107,6

Wykresy, Nr. 5.

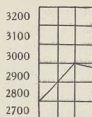


1-2 3-4 5-6 7-8

TABLICA VI.

Liczba dni miesiączki	Liczba przypadków	Średnia waga
1 — 2	3	2796,8
3 — 4	24	2893,5
5 — 6	9	3000,4
7 — 8	3	2996,0

Wykresy, Nr. 6.



1-2 3-4 5-6 7-8

Jeżeli poddamy ocenie wszystkie podane wyżej tablice i dane w wykresach, to możemy potwierdzić tezę Cuzzi'ego, że waga noworodka idzie w parze z długością okresu miesiączkowego. Względnie niskie liczby wagi przy 8—9 dniach miesiączki i załamania krzywej w tych przypadkach można wytłumaczyć, zdaje się, 1) niewielką liczbą takich przypadków, 2) przypuszczeniem, że należy b. może miesiączkę 8—9 dniową uważać za fizjologiczną. Szczególnie pouczające są dane wykresów, odpowiadające podziałowi w grupie 1—2 dniowe, 3—4 dniowe, i t. d., czego niema ani u Cuzzi'ego, ani u Szenes'a i Mandre'a. Na podstawie wyżej przytoczonych wyników przychodzimy do wniosku, że nasze badania w zupełności potwierdzają spostrzeżenie Cuzzi'ego o stosunku zależności wagi noworodka od liczby dni miesiączki.

A teraz, wzięwszy pod uwagę wyżej wskazane dane, pragnąłbym jeszcze omówić sprawę zapatrywań na istotę poruszonego tu zagadnienia.

K. Cuzzi starał się je wytłumaczyć w sposób bardzo prosty. Kobieta traci podczas miesiączki substancje odżywcze, które krążą we krwi; gdy na początku ciąży miesiączka ustaje, wówczas zbiera się więcej tych substancji odżywczych u kobiet dłużej miesiączkujących. Cuzzi uważa więc zatrzymanie się tych substancji odżywczych (które normalnie wydzielają się wraz z krwią u kobiet dłużej miesiączkujących) za dodatni warunek dla dobrego rozwinięcia się płodu. Jako dowód słuszności tego poglądu, Cuzzi podaje, że kobiety długo miesiączkujące, a mające również miesiączki podczas ciąży, rodzą szczególnie słabe dzieci, ponieważ w tych warunkach dla płodu przepada dużo substancji odżywczych wraz z krwią. Inni tłumaczą zjawisko całe w sposób następujący: jajnik jest tym ośrodkiem, który reguluje produkcję niezbędną dla rozwinięcia się płodu substancji odżywczych.

O ile więc czynność i substancja jajnikowa się zmniejszają, zmniejsza się również i ilość krwi, wydalonej podczas miesiączki. To samo da się powiedzieć i o ciałku żółtem i gruczolach śródmiąższowych. Nadmierna lub niedostateczna czynność ciała żółtego, które powoduje dłuższe, wzgl. krótsze, trwanie miesiączki i wpływa na jej obfitość, powoduje również większy lub mniejszy stopień przedciążowego rozwinięcia się macicy, a więc unaczynienia śluzówki, napięcia mięśnia, czyli lepsze warunki dla wsklepienia się jaja płodowego i lepszej regulacji substancji odżywczych, niezbędnych dla rozwinięcia się płodu. Glandulae interstitiales, których rola czynna podczas ciąży zastępuje funkcję corporis lutei oraz ma specjalne zadanie regulowania funkcji łożyska i nadal działa w tym samym kierunku. Szeneš i Moudré biorą pod uwagę i usposobienie ustrojowe, jako czynnik, powodujący dłuższe trwanie okresu miesiączki, a tem samem i lepsze odżywienie płodu. A konstytucja — w pojęciu nowoczesnem — jest odpowiednikiem "gry hormonów u danego osobnika. Kobieta o hiperhormonalnym usposobieniu — pod względem czynności jajników i ciała żółtego — miesiączkuje dłużej, macica znajduje się tu w lepszych warunkach dla korzystnej ewolucji zagnieżdżonego jaja płodowego.

Tak więc na zasadzie wyżej przytoczonych danych oraz własnego doświadczenia szpitalnego możemy twierdzić, że wysokość wagi noworodka idzie w parze z długością czasu miesiączki matki. W tłumaczeniu tego zjawiska, jako przyczynę jego należy wskazać dodatnie warunki ustrojowe stanu hormonalnego jajników i ciała żółtego u kobiety dłużej miesiączkującej.

Z ODDZIAŁU POŁOŻNICZEGO (ORDYNATOR: DR. MED. A. NATANSON)

W sprawie trudności rozpoznania drgawek porodowych i poporodowych.

Podał.

F. Żabner

Asystent oddziału

Napady drgawek podczas porodu lub po nim spostrzega się b. często; dążenie do ścisłego zróżnicowania i odgraniczenia poszczególnych postaci chorobowych z objawem tym w obrazie

klinicznymi istniało o. l d a w n a. Jednak i nadal stajemy tu niekiedy wobec przypadków, w których obraz cierpienia w żadne ramy kliniczne ująć się nie daje. — W obecnym stanie badań klinicznych i laboratoryjnych zadanie to jednak jest do pewnego stopnia już łatwiejsze. Białkomocz, leukocytoza z nadmiarem komórek eozynochłonnych po napadzie, ujawnienie odruchu Babińskiego, i n. inne pozwalają przedewszystkiem wyłączyć histerję. Następnie, mocznica rozwija się zwykle stopniowo, doprowadza do bezmoczulub nieznacznej ilości moczu, o niskim ciężarze właściwym; niekiedy woń amoniakalna z ust nadaje już badaniu rozpoznawczemu odpowiedni kierunek.

Najczęściej stajemy jednak wobec potrzeby rozwiązania pytania: rzucawka czy padaczka?

Sam obraz kliniczny drgawek, jako takich, zarówno w rzucawce, jak i w padaczce, zaliczyć należy do kategorii łącznej t. zw. drgawek „padaczkowych”. Przytem jednoznacznie zupełnie napady mogą występować zarówno w zatruciach pochodzenia wewnętrznego: rzucawce, mocznicy, jak i zewnętrznego: otruciu wysskokiem, ołowiem; w sprawach ogniskowych mózgu: guzach, po urazach mózgu; w kile mózgu, zwapnieniu naczyń mózgowych i t. d.

Napady takie należy uważać, z punktu widzenia neurologicznego, za wyraz czynności biologicznej ośrodków ruchowych w układzie nerwowym; każdy mózg na odpowiedni bodziec silnie drażniący może odpowiedzieć podobnym napadem.

Jest to t. zw. padaczkowa, wzgl. drgawkowa, skłonność reagowania mózgu. Stąd na podłoże epilepsji samoistnej należy się zapatrywać, jako na wrodzoną mniejszą odporność odpowiednich ośrodków układu nerwowego, sprzyjającą wzmożeniu odczynu konwulsyjnego na podniety, które w zdrowym organizmie nie zdolne są jeszcze wywołać żadnego odczynu. Przyczyn tej mniejszej wartości odpornościowej mózgu szukać być może należy głębiej, w nieprawidłowej ogólnej przemianie materji, a zwł. w stojącym z nią w ścisłym związku zaburzeniu czynności wydzielniczej gruczołów dokrewnych.

Według Frisch a ciała przybłonkowe, trzustka, grasica mają działać hamująco na konwulsyjną pobudliwość mózgu,

a nadnercze, część przysadki i pewne hormony tarczycowe, przeciwnie wzmagają ją.

Różnicując między rzucawką a padaczką, wyłączyć należy przede wszystkim wszystkie inne sprawy, połączone z drgawkami. Następnie dociec trzeba, czy drgawki w każdym poszczególnym wypadku powstały na tle zatrucia ciążowego, czy też na tle dziecięcznie mniejszej wartości odpornościowej mózgu. Jak blisko siebie stoją jednak te dwie sprawy chorobowe świadczy fakt, że wśród zatruc ciążowych powstać mogą postaci chorobowe, które w zupełności odtwarzają stany epileptyczne. Są to zatrucia odmienne, t. zw. nietypowe toksykozy, które Menge ujmuje pod nazwą „ekwiwalentów eklamptycznych,” analogicznie do „ekwiwalentów epileptycznych”. Znane są zresztą z piśmiennictwa przypadki złożone, gdy rzucawkę wikała padaczka. Hoffman obserwował chorą, młodą kobietę, która nigdy napadów nie miała, ani też nie była neuropatycznie obciążona. Podczas porodu chora ta przeżyła rzucawkę; trwała ona 4 dni. Dopiero 3 tygodnie po porodzie wystąpił napad padaczki, który powtarzał się co parę tygodni, a był zależny od większego lub mniejszego stanu zdenerwowania chorej. Podobne przypadki podają Bültner oraz Glockner. Hoffman tłumaczy to połączenie rzucawki z padaczką tem, że rzucawka spowodowała była wylew do mózgu, a tego skutkiem znów stała się wzmożona pobudliwość mózgu o malej wartości odpornościowej kory jego.

O wyżej wymienionych trudnościach rozpoznawczych i poglądach na nie wspominamy tu z powodu własnego przypadku drgawek po porodzie, który nastroczał niezwykle trudności rozpoznawcze.

N. G. lat 32. 7 lat po ślubie. II-gi raz rodzi. I-szy poród w rok po ślubie, o przebiegu prawidłowym; w dzieciństwie nie chorowała; przed 2 latai dur brzuszny; od szeregu lat bóle głowy, o typie migreny. Rodzice zdrowi; brat w 17 r. życia przeżył jeden napad drgawek, w związku jakoby z ostrym zatruciem wysokiem.

26. IX. 26, na początku IX m. ciąży, o godz. 18-ej pękł pęcherz płodowy; o godz. 24-ej początek bólów porodowych; o 6-ej r. 27. IX urodziła dziecko samoistnie i łatwo. W 2 godziny po porodzie oznajmiła mężowi, że wokoło siebie nic nie widzi, chociaż słyszy i rozumie go; wkrótce zasnęła. O godz. 12-ej, podczas snu, wystąpił I-szy napad drgawek; po godzinie jeszcze jeden; o godz. 18-ej, już w Szpitalu III-ci, a o godz. 22-ej — IV.

Bieg napadów nie był zupełnie typowy, gdyż przeważały skurcze toniczne, które w kończynach nie ustępowały nawet podczas skurczów klonicznych. Wystąpiło pozątem tyłozgięcie głowy, silne zaciskanie dłoni, u kąta ust spływała piana, gałki oczne zwrócone były w prawo i ku górze; twarz była biała. W dalszym przebiegu napadu następowały skurcze kloniczne, rzuty całego ciała, poczem następował stan zwiótczenia, a wreszcie i sen, z głośnem chrapaniem. Po 12-u godzinach chora obudziła się nagle, zupełnie przytomna, nie wiedząc skąd się wzięła w Szpitalu i bez pamięci o porodzie.

St. ob. Rodowy prawidłowej, odżywienia miernego. Płuca i serce bez zmian. Lewa żrenica szersza; odczyn na światło +; ustawienie dobre. Dno oczu +, oczopląsu niema, pozostałe n. czaszkowe zdrowe. Kark niesztwiny, opukiwanie czaszki niebolesne. Kończyn g. g. i d. d., siła, sprawność ruchowa, odruchy na nich, czucie bez zaburzeń. Odr. Babińsk. ++. Odruchy brzuszne — jednakowo zachowane. Psychika bez zboczeń. Obrzęki kończyn dolnych. Ciśnienie krwi — 80—120. Czynnościowi: badanie nerek dało wynik dodatni.

Mocz	27. IX. 20.	28. IX. 26.	We krwi mocznika	0,3%		
Odczyn	kwaśny	kwaśny	leukocytów	11,250		
c. wł.	1,007	1,010	c. c. krwi	5,200,000		
białko	4%	0,06%	W z ó r:	neutrofil.	76%	
cukier	—	—		limfoc. dużych	5%	
urobilinog.	—	—		„ małych	12%	
barwiki ^{krwi} _{śluzki}	—	—		„ przejściowych	4%	
aceton	—	—		„ jednojądrzastych	2%	
indykan	—	—		„ bazof.	0%	
				„ eozynoch,	1%	
W osadzie:			Obraz Arneltha			
27. IX.	1—2 leukocyty; 1—2 wałeczki ziarniste w p. w.		1 jądrzast.	1%	2 jądrzast.	18%
28. IX.	pojedyncze komórki z dróg dolnych moczowych.		3 „	57%	4 „	21%
			5 „	3%		

Zestawiając w całość ten obraz chorobowy, widzimy, że był to napad drgawek, który z jednej strony, śmiało mógł być zaliczony do typu zatruc ciążowych — do rzucawki, gdyż stoi w bezpośrednim związku z porodem, cechuje go utrata wzroku, białkomocz znacznego stopnia, leukocyty i wałeczki w osadzie moczu, leukocytoza krwi, niezbyt wielkie, ale wyraźne przesunięcie obrazu Arneltha w lewo, obok obrzęków kończyn i wzmoczonego ciśnienia krwi. Lecz, z drugiej strony, jeden napad drgawek u brata, migreny chorej od lat kilku, przewaga skurczów tonicznych > tyłozgięciem głowy, zaciskniętymi dłońmi podczas napadów, sen chrapający po napadzie, oraz nagły powrót do przytomności,

w przeciwstawieniu do słopniowego nawrotu przytomności, z mrużeniem i drapaniem się w głowę, jak to zwykle spostrzega się w typowej rzucawce; wreszcie nagły spadek białka w moczu, już w przeciągu pierwszych 12 godzin, zanik leukocytów i wąteczków, dodatni wynik czynnościowego badania nerek — przechylają rozpoznanie w kierunku padaczki.

A więc ten (i temu podobne przypadki), dzięki dwoistości objawów, po 1) zasługuje na specjalne względnie i wymaga dokładnego zawsze zbadania i rozważania różnicowego, gdyż mogą nie odpowiadać tej lub innej z rubryk obecnego podziału chorób drgawkowych, zależnych od porodu, po 2-gie) zależnie od rozpoznania przypadku wymagają odmiennego postępowania leczniczego, wreszcie po 3-cie) stają się przyczynkiem nowym do zagadnienia o możliwości ewolucji rzucawki w okresie poporodowym (gdyby tak było w danym przypadku, to pierwsze objawy drgawkowe zjawily się tu 6 godzin po porodzie, a pierwszy ich zwiastun—utrata wzroku—wystąpił też po zupełnie zakończonym porodzie (po 2 godz.).—Należyta więc ocena każdego objawu, występującego podczas porodu, szczegółowe badanie każdego przypadku po porodzie pod względem neurologicznym, ułatwić mogą zawsze rozwiązanie wątpliwości, które nasunąć się mogą w rozpoznawaniu tak ważnego powikłania porodu; jak rzucawka.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ NAUKOWYCH.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 7 maja 1926 r.

(Ciąg dalszy).

Przewodniczył Lubliner.

Mackiewicz i Orliński. **Pokaz przypadku z zatrzymaniem się lipjodolu w kanale kręgowym po operacji na rdzeniu.** (Z oddz. E. Flatau).

J. G. 42 l. 1 raz na oddziale 5.3.22. Przed 4-ma mies. nagły, śród pracy, ból głowy; trwał kilka godzin. W domu, po emocji, upadł wówczas na podłogę — nagłe osłabienie k. k. dolnych. Nazajutrz poprawa taka, że poszedł znów do pracy; po tygodniu osłabienie lewej nogi i trudne oddawanie moczu. Choremu zalecono maść rtęciową; po 2-ech wcierkach pogorszenie; leczenie to przerwano. Po 2 tyg. wznowiono je. Po 2-ech tyg. poprawa (palcami zaczął ruszać). Zrobiono 27 wcierań. Od tygodnia nietrzymanie moczu. — St. ob.: uczepłaseowe drgania, więkaze w prawo; pozostałe n. n. czaszkowe dobrze czynne. K. k. górne+. Chód—połowiczo-niedowładny, kurczowy. PR—obustronnie>>, więcej lewy; trząs lewej rzepki i stóp; Obj. Bab. Rossolimo, Mendel-Bechterewa—obustr.+ Siła k. dolnej prawej+, w lewej osłabienie przeważnie w częściach obwodowych; tu napięcie mięśniowe>; analgezja w obrębie 8 3—4—5 po str. prawej, osłabienie czucia bólu i dotyku od D₈ ku dołowi, przyczem po str. prawej wyraźniejsze. Czucie głębokie+. Stałe uczucie skurczu po str. lewej, w okolicy odcinka D₁₀. Mimowolne ruchy, przeważnie wyprostne, więkaze po str. lewej. P. lumb.: ciśnienie średnie, N. Ap—, Pandy+—, 2 limf. (kilka dni po nakłuciu silne bóle głowy). W ciągu 7-miu miesięcy stan się pogarszał. K. k. d. osłabły; przestał chodzić i poruszać dowolnie k. k. — 26.X.22 u prof. Eisela berg a (Wiedeń) wypuszczono 12 cm³ płynu m. rdz., wpuszczono 6 cm³ oleu, przyczem żadnego odczynu bólowego korzeniowego nie stwierdzono. 30.X.22 laminectomia (od D₂—D₃); twardówka nie tętniała. Po przecięciu twardówki opróżnił się jakby worek, płynny; enął pod silnem ciśnieniem; na tętniącym rdzeniu stwierdzono cienką warstwę tkankową, którą uznano za objaw meningitis aerosa circumscripta. Przeshkód w przestrzeni podtwardówkowej ku górze i ku do-

łowi nie stwierdzono. W ciągu 6 mies. po operacji polepszenia nie było. W 7-ym miesiącu zjawily się ruchy w k. k. dolnych, a w końcu roku (po operacji) chory się tak dalece poprawił, iż mógł o 2 kijach przejść kilkakrotnie po sali. Odtąd bóle ściągające w miejscu zrybgu. Po raz II-gi na oddz. od 4.III.26. W ciągu ostatnich 2-eh lat stan bez jakichkolwiek zmian. St. ob.: chodzi po sali o 2-eh kijach, (ostatnio nieco więcej się męczy). Mocz utrzymuje, lecz często oddaje, przy czem brak inu dostatecznej kontroli czuciowej nad zwieraczami. Nieraz zaburzenia defekacji. Oczopląs przy spojrzaniach bocznych; dodatnia próba kaloryczna przy 8 cm³ wody. K. k. g.+ Odr brzuszne—prawy dolny słaby, lewy górny ślad. K. k. d.: ruchy dowolne zachowane we wszystkich odcinkach, po str. lewej powolniejsze, napięcie mięśni>, więcej po str. lewej; siła osłabiona więcej po str. lewej. Odruchy ścięgnowe oraz patologiczne stóp., jak 4 lata temu. Czucie na k. k. d. i tułowiu: wszędzie odróżnia dotyk od ułucia. D₆ do L₁ niekiedy zimno odczuwa jak ułucie. Percepcje kinestetyczne+. 20.III.56 nakłucie podpotyliczne: płyn bez zmian. Wstrzyknięto 1 cm³ lipjodolu; zatrzymał się na wysokości D₂ (miejsce górnej granicy operacji). Do worka twar dówkowego przeszła minimalna część (kilka kropel), stwierdzonych w pł; móżg-rdzeniowym, zabarwionym sudanem. 22.III.26 nakł. lędz.: 1040 wielojądraztych, N—Ap+. Wpuszczono 1 cm³ lipjodolu (Trendelenburg), który przeszedł cienką smugą dolną granicę operacyjną do D₁. Prolegenci uważają, że wskazany wyżej zespół objawów może tu nasunąć myśl o stwardnieniu wielogniskowym.

W rozprawie Bregman podaje, że widział chorego w 1922 r. w Wiedniu; wówczas prof. Schlesinger rozpoznał: meningitis serosa circumscripta i skierował go do kliniki w celu dokonania operacji. B. nie sądzi, aby rozpoznanie sclerosis multiplex, mogło być tu szluszne. przytoczone objawy, oczopląs i brak odruchów brzusznych, uważa za niewystarczające. Obraz rentgenowski i przyczyna zatrzymania się lipjodolu pozostają niewyjaśnione; pozatem trudno też tłumaczyć tu wszystkie zrostami pooperacyjnymi. B. przypadek ten uważa za niewyjaśniony; należy czynić dalsze poszukiwania w kierunku uciśku nowotworowego, który może wszak dawać wahania. Lubelski nie przypuszcza, aby sondowanie podoponowe mogło być tak łatwo wytworzyć zrosty, jest to jednak możliwe tak samo, jak po operacjach w jamie brzusznej. Mész, który wykonał zdjęcia rentgenowskie, utrzymuje, że podobny obraz zatrzymania się lipjodolu spowodować mogła tylko sprawa zrostowa. Zdjęcia wykazują pozatem dość znaczne zbliźnowacenie; jest to zrozumiałe, gdy uwzględnimy, że po operacji rana goiła się nazbyt długo z powodu ropienia.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 28 maja 1926 r.
Przewodniczył Luxenburg.

Płońskier. Pokazy anatomo-patologiczne (nadnerczaki).

I. Guzy nerek u 60-letniego mężczyzny z przerzutami do płuc i do mięśnia sercowego. Dla gołego oka przedstawiały się, jako guzy wyraźnie odgraniczone, w przekroju pastre, z licznymi wylewami krwawymi. Nadnercza niezmiennione. Mikroskopowo: adeno- carcinoma papilliforme. Pł. podkreśla rzadkość umiejscowienia przerzutów w mięśniu sercowym.

II. Guz lewego nadnercza (wielkości głowy dorosłego) u kobiety 36-letniej. Nerka lewa niezajęta, odsunięta prawie do kości krzyżowej. Nadnercze prawe i nerka prawa bez zmian. Przekrój szaro-biały, głębsze warstwy w rozpadzie. Mikroskopowo: liczne pola komórek wielokątych o dobrze zabarwionej zarodki i wyraźnem jądrze. Pomiędzy niemi pojedyncze komórki o bardzo dużem, owalnem lub okrągłym jądrze (paraganglioma?).

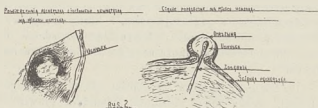
W rozprawie Higier podkreśla częstość przerzutów nadnerczaków do kości; niedawno był u chorej, która się skarżyła na bóle krzyża wkrótce i porażenie kkd.; rozpoznano sprawę przerzutową do kręgów. W operacji stwierdzono przerzutowy guz kręgów: pierwotnego umiejscowienia nie zdołano wykryć. Autopsja stwierdziła nadnerczak.

Szo ur odnośnie do przyp. II podaje, że chora była na oddz. dr. Klejną; rozpoznanie wahało się między nowotworem śledziony a nerki.

Lubelski. Cholecystitis ulcerosa et hepatoptosis.
(Pokaz chorego po zabiegu).

16 letnia D. Ch. od 9-ciu mies. co kilka tygodni bóle w prawem podżebrzu. po kilkanaście godzin; wśród bólów wymioty. Żółtaczki nie było. T° normal. W prawem podżebrzu wątroba o 3 palce niżej łuku żeberowego, tuż twardy podłużny guz; łatwo go łącznie z wątrobą przesunąć ku górze. Nerki zdrowe. Po wtłoczeniu powietrza do jelit per rectum namacano guz ponad jelitami. Pozostałe narządy wewnętrzne. Rozpoznano: kamień żółciowy, opadnięcie wątroby. W operacji: pęcherzyk żółciowy duży, w kształcie kielbasy, wypełniony płynem, w zrostach, które tworzyła ście. W szyjce pęcherzyka kamień, jak orzech laskowy, uwięziony, nieruchomy. Palcem, wprowadzonym do otworu Winsłowa, nigdzie kamieni w drogach żółciowych nie namacano. Wycięto pęcherzyk podotrzewnowo i przecięto przewód pęcherzykowy między 2 podwiązkami, nie otwierając pęcherzyka. Wątrobę uniesiono i umieszczono w ten sposób, że podwiązką jedwabną afaldo-

wanu lig. teres i lig. suspensorium hepatis, przyazyto je do chrzątki VIII-go zebra poprzez powięź i mięsień prosty. W przecięciu pęcherzyka w szyjce: kamień wielkości orzecha laskowego; na dnie pęcherzyka 3 owrzodzenia, małe, drożne przez wszystkie warstwy pęcherzyka do otrzewny (p. rys. I). U wierzchołka pęcherzyka płyn, przedosta-



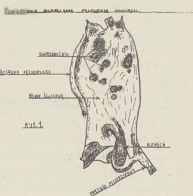
jąc się pod otrzewną, utworzył uchyłek, którego ściany stanowiła tylko otrzewna (p. rys. II); jeszcze jedno mocniejsze wypełnienie pęcherzyka płynem, jeszcze jeden napad, a nastąpiłoby przedziurawienie pęcherzyka, a co za tem niebezpieczne powikłanie—ropne rozlane zapalenie otrzewny. Przebieg pooperacyjny gładki, bez gorączki, zagojenie po 10 dn.

Owrzodzenia pęcherzyka z następczem przedziurawieniem tworzą się najczęściej z odleżyn i zgorzeli ścianki przez ucisk kamieni. Niekiedy jednak i bez tego mogą powstać w zapaleniu pęcherzyka owrzodzenia z następczem przeżarciem ścianki jego (Kauffman, Anatomiczna).

W rozprawie Justman sądzi, że postać powyższa owrzodzeń zależna jest od zmian, spowodowanych przez prątki okrężnicy.

Luxenburg sądzi, że podobne owrzodzenia mogłyby być wytworzone jedynie uciskiem kamieni w zwykłych sprawach zapalnych woreczka żółciowego owrzodzeń nie spostrzega się.

Płóńskiier obawia, że kamienie woreczka pozostawiają ślady rozległe, powierzchowne. Ślady te są zwykle odbiciem powierzchni kamienia, który wywoływał ucisk. Tu było inaczej, to też należy przypuścić, że istotnie owrzodzenia zostały wywołane przez to lub inne zakażenie.



Graber. Przyp. zwicnięcia nawykowego stawu barkowego, leczonego wyskokiem.

G. przedstawia 20 letnią dziewczynę R. W., u której przed rokiem, z powodu nawykowego zwicnięcia lewego stawu barkowego, zastosował zastrzyk 30 cc. 70% wyskoku dookoła torebki stawowej. Już po upływie 6 tygodni nastąpiło wyzdrowienie. Poprzednio chora była leczona kilkakrotnie nakładaniem opasek gipsowych, lecz bezskutecznie. Obecnie ruchy są zupełnie wolne, czynność kończyny sprawna.

W rozprawie Lubelski chwali ten sposób leczenia, jako skuteczny we wszystkich podobnych przypadkach.

Arkin i Sneiderman. O doświadczalnym oczopląsie optycznym i jego zastosowaniu w neurologji. (Odczyt; ukaże się, jako artykuł oryginalny).

J. Fliederbaum. Przypadek dystrophia adiposogenitalis. (Z oddz. G. Lewina).

A. A., lat 21, na oddz. od 16.IV.26 r.; od 3 mies. bóle w dolku, mdłości, wymioty—niezależne od przyjmow. pokarmów; brak łaknienia, zaparcia; przybyło jej jednak w ciągu 3 mies. 29 kilo (waży 83 kg.), perjody ustały od 3 mies. W dzieciństwie—płonica, dur plamisty (1914)

St. o b. Budowa t. Odżywienie b. dobre: podściółka tłuszczowa obfita, w dolnej części powłok brzusz., na udach, piersiach, bródce skóra, ujęta w fałd, niebolesna. Twarz nabrzmiała, ciemnoczerwona. Uwłosienie głowy i nad spojeniem t. skąpe pod pachami, na policzkach w postaci bakobrodów. Narządy wewnętrzne t. Tę norm.; odruchy ścięga. i skórne t. Psychika: brak inicjatywy, udziału w życiu, zainteresowania własnym losem, otoczeniem; bezradność. Pirq. + Wass. —. Mocz, krew, treść żołą. i dwunastnicowa, stolec, wyd. wody i chlorków, próba koncentracyjna. siła wzroku, pole widzenia, dno oczu t. Cukru we krwi: 0,09%.

Tarczycza zlekka > w części środkowej, jajniki t. Siodło tureckie (Rg): wymiary powiększone, zwł. tylna 1/2 jamy siodła, kształt zachowany (dr. Mesz).

Po wyłączeniu chorób Madelunga, Dercuma, Simonasa (lipodystrophia progressiva) oraz otyłości, zależnych od schorzeń tarczycy, trzustki, nadnerczy, jajników, szyszynki. Fl. rozpoznaje tu dystrophia adiposogenitalis i mianowicie postać Frolichsa—Babińskiego—Pechkranca, zależną więc od guza w tylnym płacie przysadki mózgowej (w postaciach Noordena—Issaca i Zesdecka.—„Salzwasserfettaucht“ i „Hypophysear—Cerebral—Peripherische

Fettsucht" stwierdza się zaburzenia w przemianie wodnej i soli kuchennej, czego niema (w przedstaw. przypadku). Zwraca uwagę tu szybki rozwój schorzenia (w ciągu 3 mies. wzrost wagi o 29 kg! obok niewielk. powiększ. tyln. płatu przysadki. Chorą naświeciła się Rg. (przysadkę) i podaje się (w celu odtłuszczenia) prepar. tarczycy

S. Grubstein. Dwa przypadki nephropexis

1. P. R., lat 44, zamężna. Od paru lat bóle u kątnicy i krzyża, napadowe. Mdłości bez wymiotów. Zaparcie stolca. T^o norm. Przed rokiem appendectomy w Radomiu; po kilku mies. te same bóle napadowe.

St. ob. Budowa +, odżywienie mierne. W prawym dole biodrowym guz spoiisty, bolesny, ruchomy aż pod prawy łuk żebrowy. Prawa nerka wydziela moc z zabarwiony (indigokarmin) po 8 min., lewa po 3½ min. Pyelografia: miedniczka nerkowa prawa zarysowana poniżej XII, powiększona. Rozpoznano: ren mobile.

2. Ch. S. I. 20. Skierowana na oddział z rozpoznaniem appendicitis chronica. Od ½ roku bóle napadowe w prawym dole biodrowym, krzyżu i dołku podsercowym. Bóle idą w kierunku spojenia łonowego. Podczas napadów mdłości, wymioty; zaparcie stolca. Ciężka t. St. ob. Budowa i odżywienie +. U kątnicy guz twardy, bolesny, odprowadzalny w kierunku łuku żebrowego. Badanie nerek wykazuje: moc z praw. str. zabarwiony po 8 min., z lewej po 3 min. Pyelografia: zarys praw. nerki znacznie > miedniczka duża, opuszczona, rysunek jej zatarty. Rozpoznano: ren mobile, hydronephrosis.

W obu przypadkach dokonano operacji przyszczenia nerki (dr. Lubelski) sposobem Vogla. Stan chorych dobry. Bóle zupełnie ustąpiły.

Zasługują tu na uwagę momenty różnicowe. — W przyp. 1 rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego (przed rokiem appendectomy), w 2 przypadku chorą również skierowano na oddział z błędem rozpoznaniem appendicitis chronica. Znać się błędy różnicowe na tle ren mobile. Już samo nerki opadnięcie, zwł. gdy już jest i wodonercze, może dać powód do myśli o hydrups vesicae felleae i odwrotnie. Guzy jelita wstępującego i poprzeczny, torbiele sieci, a nawet trzustki, również mogą w błąd wprowadzić. Jedynie miarodajne tu czynnościowe badanie nerek i pyelografia.

W rozprawie Datyner wymienia szczegóły dokonanej przez niego pyelografji w obu przypadkach.

Wertheim uzależnia operowanie ruchomej nerki od objawów i ścisłych wskazań. Dolegliwości bólowe w jamie brzusznej same jeszcze nie usprawiedliwiają potrzeby zabiegu, aczkolwiek w stanie obecnej techniki wyniki są zwykle dobre.

Lubelski podaje, że operował 12 przyp. nerki ruchomej, wszystkie z b. dobrym wynikiem. L. uważa, że gdy są bóle, ciężkie objawy nerwowe i przejście w wodonercze, zabieg staje się konieczny.

Luxenburg zwraca też uwagę na częste błędy rozpoznawcze popełniane w różnicowaniu ruchomej nerki, zwł. odtwarzają to cierpienie sprawy w wyrostku robaczkowym i guzy jelit.

Szenkier mówi o możliwości współistnienia tu i opuszczone nerki i zapalenia przewlekłego wyrostka robaczkowego. O rozpoznaniu nerki ruchomej rozstrzyga zwykle pyłografja, ale należy ją wykonać w 2 kierunkach, zmieniając za 2 razem położenie nerki. Sz. omawia omyłki rozpoznawcze, technikę i wskazania do zabiegu; są one bezwzględne, gdy następuje upośledzenie czynności nerki, a zwł. wodonercze.

Lewinson zaleca kobietom szczupłym kurację tuczącą, gimnastykę mięśni brzusznych i odpowiedni pas szeroki.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 18 czerwca 1926 r

Przewodniczył Markusfeld.

Zamenhof. Nowoczesne udoskonalenia operacji galkowych

1. Pokaz 2 chorych po wydobyciu zaćmy z wycięciem obwodowym tęczówki. Dawniej robiono operację wydobycia zaćmy bez iridektomji, co powodowało niekiedy wypadnięcie tęczówki. Wprowadzenie iridektomji nie tylko ułatwiło wydobycie jądra soczewki, ale miało również służyć ochroną przeciw wypadnięciu tęczówki; wynik optyczny operacji na tem tracił, albowiem źrenica zniekształcona i dochodząca aż do obwodu rogówki nie służy już tak dobrze, jako przesłona optyczna, chroniąca przed aberracją sferyczną. Ostatnio stosuje się tak zwaną iridektomję obwodową—wycięcie tęczówki u samej nasady, wzgl. wykonywa się jedynie nacięcie w części obwodowej, bez wycięcia. Otwór obwodowy dostatecznie chroni tęczówkę od wypadnięcia, albowiem w razie otworzenia się rany w twardówce nie dość mocno jeszcze sklejującej, ciecz wodnista nie wypycha tęczówki, mającej tu rodzaj kłapy bezpieczeństwa. Źrenica pozostaje okrągłą, co zwłaszcza u młodych jest pod względem kosmetycznym pożyteczne; wycięcie tęczówki, gdy jest dostatecznie obwodowe, ukryte pozostaje za rąbkami rogówki.

2. Pokaz 2 chorych po operacji Lagrange'a. Iridentomia przeciwjaskrowa daje dobre wyniki tylko w jaskrze ostrej. Gdy jest przewlekła, a zwł. prosta, może niekiedy nie tylko nie pomóc, ale nawet zaszkodzić. Operacja Lagrange'a (szeroko rozpowszechniona ostatnio

polega na wycięciu kawałka twardówki pod płatem spojówkowym. Otrzymujemy w ten sposób bliznę sączącą, co zabezpiecza od ewentualnego wzmożenia ciśnienia śródgałkowego.

3. Pokaz 2 chorych po cyklodializie Heine'go. Gdy operacja przeciwjaskrowa wydaje się z jakichkolwiek bądź względów niebezpieczna albo wątpliwa, np. o ile chory stracił już jedno oko po operacji złośliwej jaskry (glaucoma malignum, hemophilia etc.), można zawsze próbować najpierw zabiegu stosunkowo niewinnego profesora Heine'go. Polega on na tem, że się nacina twardówkę w odległości do 5 mm od rąbka i wyprowadza szpatelek między twardówką a oiałkiem rzęskowym, aż do komory przedniej. W ten sposób wytwarza się sztucznie drożność między komorą przednią a przestrzenią nadnaczyniówkową. Tworzy to rodzaj odłączenia naczyniówki, które dostatecznie obniża niekiedy ciśnienie, bez skutków ujemnych dla samego oka.

Płóńskie r. **Dystopia renis** (pokaz anatomiczno-patologiczny).

Wadliwe położenie nerek—dość częste zjawisko, częściej nerki lewej; najczęściej spostrzega się przesunięcie ku dołowi. Stąd rozróżnia się: dystopia lumbalis, lumbosacralis, sacralis. W odpowiednich przypadkach są również zboczenia w biegu naczyń nerkowych i moczowodów. Są to braki rozwojowe w przeciwstawieniu do nabytych, jak nerka wędrująca (częściej prawa), moczowód fałdowany. Etiologia tych zaburzeń rozwojowych jest niejasna. Być może w życiu płodowym pewne czynniki wywołują te przesunięcia, działające na oś podłużną ciała. W danym przypadku—dystopia sacralis—rozwinęła się u chłopca wraz z krzywizną boczną kręgosłupa oraz osiłą, leżącą prawostronnie. Przesunięta nerka była unaczyniona jedną większą tętnicą, odchodzącą od aorty tuż nad jej rozdzieleniem na tętnice biodrowe. Cały zespół tych zaburzeń rozwijać się zaczął niewątpliwie podczas życia zarodkowego osobnika.

Luxenburg i Merlender. **Przypadek nowotworu gruczolu przyusznego z przystawowymi przerzutami.**

D. R. lat 27. Przed 3 mies. ból praw. biodra, powtarzający się kilka razy tygodniowo. T. zmienna, 38° — 39°. Odtąd praw. staw biodrowy powiększał się, uległ temu również od 2 tyg. i staw ramieniomylewostr. Chory zaczął chromać. Ostalnie zupełnie niechodzi. Tętałe od 37°—38° i wyżej; wychudł, osłabł. St. o. b. stwierdza powiększenie obu wymienionych stawów bez zmian skórnych. Czynne ruchy w st. biodr. praw. i lew. ram. wyłączone, bierne b. bolesne. K. pr. d. krótsza o 8 ctm., U pr. stawu łukowego wyniosłość, wielkości orzecha łaskowego, twarda, nieruchoma, niebolesna. Ruchy szczęki wolne. Prom.

R. nie wykryto uchwytłych zmian w st. pr. żuchwowym; w główce i szyjce ram. lewego duże ognisko odwapnienia (kontury zachowane)— samoistne złamanie szyjki to samo w górnej części uda praw. i szyjce. X-te żebro lewostr. odwapnione. Kręgi i pozostałe stawy duże norm. Zaniki mięśni pr. uda i ram. lew. Gruczoły podaszczkowe obustr., twarde, niebolesne, ruchome. Narz. wewnętrzne+. W ukł. nerwowym zmian nie wykryto. Piry.—Wass.—Mocz+. W krwi (bez drobnoustrojów) krw. czerw. 3.170.000 biał., 10.200; Hb—28; ind.—0.5; wielojądrz 71, limfoc. 22, monoc.—4, eozynochł.—3.

L. i M. rozpoznają tu sprawę kostną wieloogniskową, w bliskości stawów, niszczącą, powodującą złamania samoistne. Po wyłączeniu w rozpoznaniu różnicowym zapalenia szpiku kostnego, gruźlicy, kły, pozostaje, jak sądzą prelegenci, w danym wypadku rozpoznanie nowotworu złośliwego z przerzutami w kościach i gruczołach podaszczkowych. Pierwotnem ogniskiem tu — nowotwór gruczołu przyusznego prawostronnego, najprawdopodobniej mięsak chrzątkowy.

Konferencje neurologiczne oddziału IX-go.

Posiedzenie z dn. 6. grudnia 1925 r.

Herman: Przypadek guza mózgu, z objawami zastoiny na dnie oczu, która wystąpiła w 3 lata po napadach drgawkowych.

K. R. l. 25, na oddziale dra Flatau'a od 15. IX 25 r. Przed 3 lata pierwsze napady drgawkowe, bez utraty przytomności, (lewa $\frac{1}{2}$ twarzy i lewa k. g.). Niekiedy napad ogólny z utratą przytomności. Bóle głowy. W 3 roku choroby napady drętwienia w lewej k. g. i lewej $\frac{1}{2}$ twarzy. Od 2 mies. bóle głowy wzmożyły się, wymioty, pogorszył się wzrok. Przez trzy lata obserwacji bez zmian na dnie oczu. Dopiero ostatnio objawy zastoinowe.

St. ob.: tarcze zastoinowe, z wypięciem tarcz; 4 D, visus oc. d. — 5/15, oc. s 56; niedowład l. n. twarzowego, niedowład l. k. g., osłabienie czucia gnostycznego i stereognostycznego w lewej dłoni, nieznaczne wzmożenie lewostr. odruchów ścięgowych. Od. 2/IX do 3/X naświetlania prom. X. prawej okolicy ciemieniowej (Rolanda), poczem wypisana. 10 XI powróciła wstanie gorączym (v. oc. d.=0, oc. s. 5/20; częste napady Jacksona w lewej $\frac{1}{2}$ twarzy). 18/XI — trepanacja w okolicy pr. zwoju środkowego (dr. Lubelski).

7/XII operacja doszczętna. Usunięto guz (glejakomięsak, jak jajo kurze), wrastający głęboko wistotę białą mózgu. Po operacji drgawki Jacksona ustąpiły, zjawił się bezwład w l. k., i dolnej; który po 2 tyg. znacznie osłabł. Bóle głowy ustąpiły. Dno oczu — zanik po zastoinie; v. oc. d. — O, oc. s. — rozpoznaje przedmioty z odległości metra.

W rozprawie Bregman podkreśla, że naświetlania nie zahamowały rozwoju dalszych objawów. W zabiegu, postąpiono tu inaczej, niż zwykle, gdyż już w 1-ym czasie przecięto twardówkę, co umożliwia wypadnięcie. B nie uważa za wskazane czekać 3 tygodnie na czas drugi operacji. Flatau zaznacza, że niema danych, czy padaczka Jacksona w poszczególnym przypadku ma podłoże organiczne, czy też nieorganiczne. Należy więc w takich razach badać metodami pomocniczymi, jak encephalographia, lipidol wstępujący, zabieg Pollacka-Neissera. Naświetlania należy stosować, aby określić zachowanie się danego nowotworu względem prom. R. Na guzy kąta mózdkowo-mostowego naświetlania nie działają. Higier przemawia za jednoczasową operacją w takich przypadkach. Bychowski (sen) wskazuje, że zdjęcia Roentg. w pewnym % wykazują u epileptyków zwapnienia. W 20% padaczki samoistnej mamy podłoże urazowe. Flatau dodaje, że w padaczce dużo znaczy usposobienie, samo drażnienie blizny nie wystarczy. Herina n wyjaśnia, że stan ogólny chorej zmusił do rozłożenia operacji na dwa czasy.

Sznajderman. Ognisko przerzutowe w mózgu w przebiegu zakażenia gronkowcowego z zejściem pomyślnem.

Chory l. 30, na oddziale dra Bregmana od 31/X. 25. Przed 6 tyg. ból zębów z prawej str.; ząb chory usunięto. Po kilku dniach bóle głowy, zwł. po str. prawej; T° do 39°; w moczu — białko, wałeczki ziarniste, krwinki. W 5-ym tyg. choroby osłabienie l. k. g.; dwojenie. St. ob.: apatyczny, senny, T — 38,2°, tętno 90; przeczulica skóry; sztywność karku, Kernig. Ból opukowy prawej okolicy czołowo-ciemieniowo-skroniowej. Zwężenie pr. szpary ocznej, pr. źren. lewej, na światło i zbieżność nie oddziaływa; zez rozbieżny ok. praw.; porażenie m. prostego wewn. praw.; ograniczenie ruchów gałki pr. w górę i na dół; niedowład dolnej gałki l. n. twarzowego. Niedowład l. k. g. ze wzmocnieniem odr. ścięgowych i okostnowych; odr. brzuszne — słabe, podszwowe — zgięcie bez udziału palucha. Czucie +. Dno oczu: neuritis optica incipiens. P. L. bez zmian, NA±. Narządy wewnętrzne: serce lewe powiększone; ciśnienie krwi 135--100. Wątroba o 2 palce niżej łuku żeberowego, niebolesna;

inne narządy bez zmian. Mocz: c. g. 1011, białka 0,3⁰/₁₀₀, urobilinogen +, wałeczki ziarniste, komórki nerkowe, nieliczne krwinki i leukocyty. W szpitalu T⁰ do 40⁰, różnica między ranną a wieczorną do 3⁰; dreszcze, zwolnienie tętna, żółtaczką, czkawka; guz podskórny, chęlboczący, w okolicy potylicy, obrzmienie bolesne lewego stawu skokowego.

S. ze względu na nagły początek cierpienia, nieprawidłową ciepłotę, dreszcze, leukocytozę we krwi, objawy toksyczne ogólne, rozpoznaje stan zakaźno-ropowiczy z przerzutami w tkance podskórnej potylicy oraz stawu kolanowego. Zaburzenia nerwowe są pochodzenia przerzutowego. W zawartości ropni przerzutowych wykryto gronkowce białe i złociste (kol. Dworecki). Po autoszczepionce — poprawa (ciepłota opadła, ruchy gałki ocznej mniej ograniczone, dwojenie; zmiany tarcz znikły, mocz prawidłowy, siła k. l. g. lepsza).

Lewostronne porażenie twarzowo-ramieniowe wraz z prawostr. porażeniem n. III-go wskazuje na umiejscowienie ogniska przerzutowego głęboko w pr. płacie skroniowym; objawy wspomniane tłumaczy ucisk guza zapalnego na pień n. III-go oraz na torebkę wewnętrzną; objawy oponowe są następstwem surowiczego zapalenia opon, częstego w sprawach zapalnych mózgu. Punktem wyjścia zakażenia były prawdopodobnie zęby. Chory wypisał się zdrowy.

W rozprawie Dworecki uzasadnia z punktu widzenia bakteriologicznego rozpoznanie posocznicy gronkowcowej. Zandowa przypuszcza tu raczej nacieczenia okołonaczyniowe w mózgu, aniżeli jedno ognisko. Bregman uważa przypadek za niezwykły ze względu na posocznicę gronkowcową i etiologję, (zęb); w mózgu był albo ropień otorbiony, albo nacieczenie. Poncz sądzi, iż w nerkach była sprawa zatorowa, w mózgu zaś bądź zator bakteryjny, bądź ropień, bądź też wylew krwawy.

Prussakowa: Przypadek miażdżycy naczyń mózgowych z objawami piramidowymi i pozapiramidowymi.

Mężczyzna l. 58, chory od trzech lat. Rozpoczęło się nagle od osłabienia l. k. d. Po 6 tyg. poprawa, zaczął chodzić. Przed 4 tyg. „nagle osłabienie pr. k. d., wkrótce i górnej. Szum oraz zawroty głowy. Kiły, nadużycia wyskoku nie było.

St. ob.: (IX. 1925 r.): Rozedma płuc, tony serca głuche, tętno 78, średnio napięte; w jamie brzusznej bez zmian. Mocz +. N. n. czaszkowe +. Osłabienie prawej kończyny w odcinku obwodowym; lekki obrzęk dłoni; odruchy w pra-

wej > niż w lewej; odruch Jackobsohna z pr. strony. Uno-
szenie kończyn dolnych en masse trochę ograniczone, ruchy
w stawach biodrowych i kolanowych prawidłowe; ruchy
w odcinkach obwodowych znacznie ograniczone. Siła osła-
biona, napięcie ogromnie wzmożone. Drganie włókienkowe
w mięśniach łydek. Po biernem zgięciu lewej stopy — drze-
nie, jak stopotrząs, które jednak nie ustaje, gdy się stopę
puszcza, a przybiera charakter drżenia, jak w chorobie Pa-
rkina, zjawia się ono zresztą również w zupełnym
spokoju. Z prawej strony stopotrząs wyraźny, lecz rzadko
przechodzi w drżenie wyżej opisane. Objaw paradoksalny
Westphala zaznaczony z lewej strony. PR i AR obu-
stronnie kloniczne. Obj. Babiński, z pr. str., z l. str. nieru-
chomy paluch. Rossolimo z pr. str. dodatni.

Obok więc objawów piramidowych, jak niedowład pra-
wostr., niedowład l. k. d., ze wzmożeniem odruchów ścięgo-
wych, z patologicznymi odruchami podaszwowymi, — objawy
pozapiramidowe, a mianowicie: drżenie o charakterze drze-
nia w drżączce porażennej, (głównie przy biernem zgięciu
lewej stopy) na podobieństwo stopotrząsu, od którego różni
się tem, że nie ustaje, gdy się stopę puszcza; ogromne wzmo-
żenie napięcia mięśniowego w kończynach dolnych, jak w ze-
spole Foerster'a „Arteriosclerotische Muskelstarre“, wresz-
cie zaznaczony objaw Westphala w lew. stopie.

W rozprawie Flatau zaznacza, iż zespolenie objawów
piramidowych z pozapiramidowymi nie jest rzadkie, (zwrócił
na to uwagę Lhermitte). Przypadek uchodził począt-
kowo za sclerosis lateralis amyotrophica. Drgania mają tu
charakter błyskawiczny; nadto ból, występują tu obok drze-
nia, są one pochodzenia wzgórkowego —

Posiedzenie dn. 7. I. 1926.

**E. Flatau. Dwa przypadki guzowatości neuro-
centralnej o rzadkiej etiologii:**

Przypadek I. Tuberculosis baseos cranii,
przebiegająca pod postacią guza mózgu.

W., 17 l., na oddziale od II. IX. 25. Przed 4 mies.
szum w prawem uchu; po 7 dniach ustąpił. Wystąpiły silne
bole głowy z prawej str., głównie potylicy, wyłącznie w nocy.
Po miesiącu ból przeszedł na lewą $\frac{1}{2}$ głowy, trwał 3 tyg.
i minął. Po 2. tyg. znów ból głowy, a głównie w nocy.
Od 2 tyg. ból nad lewym oczodołem. Jednocześnie — pod-
wójne widzenie. Osłabienie wzroku l. oka. W rodzinie —
gruźlica. W piątym roku życia sprawa płucna.

St. ob.: bolesność opuku l. $\frac{1}{2}$ potylicy. Poraż. n. VI lew. Przy patrzeniu na lewo — oczopląs w prawej gałce. Niedowład n. VII pr. (dolnej gałązki). Nieznaczna sztywność karku. PR—bardzo słabe. AR + Tętno 70. V. o. d. — 1/3. V. o. s. — 1/4 — zastoina dna oczu, wysięki. Wcierania szaruchy. Brak poprawy.

26. X. 2000 Magn. sulfur (50%) per os. W ciągu trzech dni bóle głowy słabze, następnie znowu silne. Chód chwiejny, z tendencją padania na prawo. Naświetlania Roentg. czoła, skroni i potylicy (18. IX—17. X) oraz szyi z lew. str. (3. XI)

27. X. Ból poniżej kąta l. szczęki dolnej, wzdłuż zewnętrznego brzegu m. sterno-cl.-mastoid. Żyły na skroniach, na czole nabrzmiłe, szczeg. za l. uchem. M. cucullaris sinist. — zanikły. Odr. rogówkowy zachowany. Słuch, łykanie + Adjadokokinezy niema. Barány. Odruchy ścięgnowe i okostnowe na k. k. g. = 0. Odr. brzuszne +, PR i AR = 0. Podeszwowe normalne. Po p. łudniu PR i AR zjawily się i były dość żywe. Lewa $\frac{1}{2}$ szyi nabrzmiła i nacieczona.

26. XI. W guzie pod l. uchem kilka otworów, z których sączy się ropa. (T^0 do 40^0).

14. XII. Tarcza bładowa, zastoina mniejsza. W okolicy pr. tarczy krwotok.

15. XII. Bólu głowy niema. Dwojenie przeszło. Cała lewa $\frac{1}{2}$ szyi b. obrzmiła, twardawa, gdzie nigdzie chłobotanie. V. o. d. — palce z odległości 4 metrów, v. o. s. = 0. PR, AR znikły. Naświetlania prom. Roentg. i kwarcowemi.

21. XII. V. o. d. — palce z odległości 1 metra, v. o. s. — palce przed okiem. 24 XII wypuszczono ropę i wiano emulsję jodoformową. Stan ogólny lepszy. T^0 od 11. IX do 11. XI przeważnie 37^0 , czasami podakoki; od 11. XI do 30 XI t^0 wysoka, codzień do 39^0 i wyżej; od 1. XII do 16 XII przeważnie niżej 37^0 , niekiedy podakoki (nawet do $39-40^0$). Ostreńio przeważnie niżej 37^0 , lecz bywa i do $39,5^0$.

F. podkreśla nadzwyczajną rzadkość tej postaci chorobowej i zwraca uwagę na inne, powstające również na tle gruźlicy podstawy czaszki, lecz w innej jej okolicy. Zespoły objawów można tu podzielić na 3 kategorie, zależnie od tego, czy zajęta jest przednia jama czaszki włącznie z kośćmi oczodołu, czy środkowa, czy też tylko tylna. Dla pierwszej — najbardziej charakterystyczny wytrzeszcz, przeważnie jednostronny (rzadziej obustronny), rentgenogram stwierdzić może próchnicę kości sitowej, ścianek oczodołu, z przejściem jej na wyrostki klinowe. Dno oka +. Płyn mózg.-rdz. — przeważnie bez pleycytozy. T^0 początkowo niewysoka, nawet nor-

malna, z rzadkimi podskokami. W próchnicy jamy środkowej obraz przypomina zapalenie ucha środkowego lub wzrostka sutkowego. Wreszcie w próchnicy tylnej jamy może powstać obraz, przypominający guz tej właśnie okolicy (wybitna zastoja, silne bóle głowy, nieznaczne objawy mózdkowe, osłabione odruchy ścięgnowe). Dla wszystkich 3 postaci niektóre objawy są charakterystyczne, a występują prze-ważnie w późniejszych okresach choroby. Są to: 1) porażenie poszczególnych nerwów okoruchowych, nagle, często po stronie przeciwnej, 2) obrzęki p r z e l o t n e bądź po tej samej stronie, bądź po stronie przeciwległej; 3) wysoka t^0 ($39-40^0$) w okresach późniejszych choroby. Choroba trwać może kilka miesięcy lub też tylko 3 — 4 tygodnie. Niekiedy następuje zapalenie opon i śmierć.

W I-y m przyp. sekcyjnym stwierdzono po str. prawej próchnicę kości sitowej, tylnej części dachu oczodołu, skrzydeł klinowych aż do siodła tureckiego, prócz tego — ziarninę na wewnętrznej powierzchni twardówki, oraz zapal. oponowe włókniako-ropne u podstawy mózgu i w okolicy niektórych brózd mózgowych.

II. Przyp. guzowatości ośrodkowego ukł. nerwowego na tle promienicy.

St., 30 lat, zapisany na oddział 25. XI. 1925, z rozpoznaniem: osteosarcoma l. kości goleniowej i nowotwór pozao-czodołowy prawostr.

Przed rakiem — guz w górnej części lewej kości goleniowej, o rozwoju powolnym, bez bólu. Wychudzenie ogólne. Przed 5 m. — ból w pr. oczodole, wytrzeszcz. Po 1—2 mies. ból w pr. łopatkę ku prawej k. g. (wybitnie ścieńczał). Ostatnio: 2 guzy niebolesne na czaszce u l. skroni i ciemieniu.

St. o. b.: ogólne wychudzenie. Cera ziemista. Gruczoły szyjne >>. Narządy wewnętrzne + T^0 normalna lub 37,8. Tętno 76. W okolicy tylnej ciemieniowej lewej guz (jak orzech włoski), podatny, miękki, niebolesny. U l. skroni guz, jak jajo gołębie, twardawy, nieprzesuwalny. Górna część l. kości goleniowej b. poszerzona. Guzowatość długości 20 cm., o kształcie wrzecionowatym. Obwód l. goleni (10 cm. poniżej rzepki) = 36 cm., prawej — 23 cm. Wytrzeszcz prawostr. Żyły spujówek nastrzyknięte. Dno oczu, źrenice +. Smak, powonienie, łykanie +. Czucie na twarzy +. M. cucullaris sin. zwiotczały, w zaniku, jak i supra et infraspinatus. Pr. k. g. bezwładna (zanik mięśni ramienia, przedramienia, dłoni); pnie nerwowe niebolesne, odr. okostnowe na pr. k. g. = 0. M. pectoralis d. w zaniku. Mięśnie pr. k. g. odpowiadają na maksymalny prąd farad., na stały

przy 10—20 MA, K. > A, skurcz szybki, (w m. thenar po-
wolny). W m. cucullaris, infraspinatus nieznaczne osłabienie
pobudliwości faradycznej. K. K. d. bez zmian ruchowych
(jedynie osłabienie l. stopy) PR b. kloniczne, pr. > l. AR=O.
Podeszwowe normalne.

Płyn mózg.-rdz. przezroczysty, pleocytozy niema.
N—A+++, odcz. fuksynowy O, odczyn bromowy Waltera
normalny (PO = 3). Lipiodol podpotylicznie: zatrzymanie
u V—VI kręgów szyjnych (kroplami). Dokonano nakłucia
guza na l. skroni z aspiracją. Badanie świeżej tkanki wyka-
zało typowy obraz promienicy. W krwi: Hb. 60%, biał.
15,600, czerw. 5.000.000, neutr. 74%, limfoc. 19%, eozyn. 1%,
przejść 6%.

Zastosowano leczenie jodem oraz prom. Rentg. i kwar-
cowe. Obwód lewej goleni wynosił 26 XII 30 ctm., guz
na l. skroni zmalał, wytrzeszcz lewostr. prawie znikł.
Po pewnym czasie zastosowano naświetlanie guza tylnego:
szybko się zmniejszał i wreszcie znikł zupełnie. Uskutecz-
niono wlewanie powtórne lipiodolu — åródlędźwiowo w uło-
żeniu Trendelenburga; stwierdzono, że ten lipiodol dol-
ny doszedł do kropel lipiodolu, który od góry opadł do dol-
nych kręgów szyjnych. Nie było więc zblokowania rdzenia;
lipiodol górny (podpotyliczny) spłynął, jakby kaskada kropel.
Płyn mózg.-rdz., wzięty powtórnie, był ksantochromiczny,
szybko się ściął w kształcie meduzy i dał b. wybitny odczyn
globulinowy (zespół Froin'a).

Promienica ośrodkowego układu nerwowego zdarza się
bardzo rzadko. Dotąd opisano ok. 65 przypadków. Przy-
puszczalnie jest ona pochodzenia wtórnego (drogi oddechowe,
narządy trawienne — przeważnie przełyk, skóra, zęby
opróchniałe).

W rozprawie Bregman podnosi, iż przypadki tbc.
kości czaszki są rzadkie. We własnem spostrzeżeniu gruźlicy
sklepienia i podstawy czaszki. B. zdawało się, że pierwotne
ognisko tkwi w twardówce, a zmiany w czaszce są wtórne.
Ropnie opadowe przemawiają za początkiem sprawy w kości,
przebieg kliniczny jednak za sprawą wewnątrzczaszkową.
B. przypomina, że w sekcji neurologicznej pokazywał mózg
z ropniem w razie czołowym na tle promienicy. Leczenie
prom. R. nie odniosło skutku. Higiera w przypadku II-gim
zastanawia brak bólów. H. sądzi, że nie Roentgen tu dużo
działał, raczej jod. Bychowski sen. uważa, iż w tym
przyp. zajęcie splotu barkowego jest raczej toksyczne, gdyż
niema bólów. Zastanawia tu zanik odruchów Achillesa,
choć guz rósł tylko w l-ej kości goleniowej; działa tu b. m.

swoisty tropizm samego jadu. Flatau w odpowiedzi zaznacza, że, gdy sprawa wychodzi z opon, mamy do czynienia z meningitis tbc. circumscripta, cierpieniem nierzadkiem, bez ropni opadowych i trwającym czas dłuższy. Poprawa w II przyp. wystąpiła szybko i natychmiast po zastosowaniu prom. X; w potylicy, gdzie promienie nie były stosowane, guz pozostał.

Szpilman-Neudingowa: Stałe skurcze mięśni oczu w przyp. parkinsonizmu pośpiączkowego.

A. S. l. 32, kawaler, na oddziale dra Bregmana po raz pierwszy od 30.VII 1925. Chory od 6 mies., rozpoczęło się od bezsenności (3 miesiące), dwojenia, bredzenia; 2 tygodnie gorączkował, potem nastąpiły kurcze w pr. $\frac{1}{2}$ górnej i dolnej wargi. Miesiąc przed przybyciem do Szpitala b. dużo spał, niebawem dwojenie ustąpiło. Mocz wydalanie +. Kila —. Dawniej zdrow. Narządy wewnętrzne +. N. czaszkowe +. Kłg. d. +. Napięcie mięśni +. Czucie +. Wasserm. z pł. mózg.-rdzen. i krwi—O. W spokoju i we śnie w prawej $\frac{1}{2}$ górnej i dolnej wargi ruchy miokloniczne z przejściem na mięśnie szyi z prawej str. Takież ruchy w dolnej powiece praw. oka i brwi. Podczas dwumiesięcznego pobytu na oddziale pogorszenie: maska twarzy, dwojenie, zaburzenia snu, powoln. ruchów. We wrześniu wypisany; 1. XII. 25. wrócił. Po tygodniu nowe zaburzenia, mianowicie: lewe oko stopniowo zaczęło się „zamykać”, po tygodniu „zamknęło się zupełnie”. Od 2 tygodni doznaje „kurczu” w prawym oku. latotnie powieki oka prawego niedostatecznie się rozwierały, lewe oko stałe zamknięte. Ruchy gałki prawej na dół niedostateczne, pozostałe zachowane; lewej w lewo norm., w prawo niedostateczne, gdy w górę—zbacza na zewnątrz, na dół—nieznaczny zez rozbieżny gałek. Czyniąc odpowiedni wysiłek dla rozwarcia powiek, unosi maksymalnie czoło i brew lewą, lecz światła nie widzi. Skurcz mm. gałek ocznych jest nierównomierny; biernem otwarciem lewego oka odalania się niekiedy tylko twardówkę oka, niekiedy źrenicę. We wszystkich kierunkach nierytmiczne wahania gałek ocznych. Dno oczu +. Pole widzenia, wzrok praw. oka +; lewego nie udaje się zbadać. Zastrzyki Scopolam. hydrobr. bez wpływu na kurcz mm. Na szczególną uwagę zasługują tu objawy ze str. powiek i mm. gałek ocznych: stały skurcz powiek, skąd zupełne zamknięcie lew. oka i niedomknięcie prawego, nadto stały kurcz lew. gałki, powodujący wyżej już wspomniane ustawienie gałki.

W rozprawie Sterling przytacza przyp. podobny, gdy kurcze znikają i wracają. Objawy ze strony gałek ocznych mają charakter spazmodyczny. Flatau podnosi, iż stałe skurcze toniczne w tych stanach należą do rzadkości; możliwe, że zachodzi tu podrażnienie neuronu obwodowego; skurcze tu przypominają te, które spostrzegamy przy zajęciu jąder. Arkin sądzi, iż pewną ulgę mógłby tu b. m. przynieść zabieg operacyjny (cantotomia). Bychowski sen. oraz Sterling nie sądzą, aby się tak stało. Endelman proponuje zastrzyki nowokainy. Bregman godziłby się na to. Bychowski jun. spostrzegał jednostronne unoszenie się przymusowe powieki górnej.

Mackiewicz i Orlński. Przyp. nowotworu przysadki, leczonego prom. Roentgena i radem.

R. A., I. 26. Pierwszy raz w Szpitalu od I. II. 25. Od 8 tygodni bóle głowy, zwł. gdy pochyla głowę. Po 2 tyg. wymioty, bóle w boku po str. prawej. 4. II. stwierdzono: wytrzeszcz lewej gałki ocznej; z prawej — granice tarczy nieregularne, minimalny obrzęk, prócz części wewnętrznej jej, tu granica normalna; z lewej — nieznaczne zawoalowanie tarczy. Pole widzenia +. Minimalny niedowład lewego nerwu twarzowego. Słuch, smak, węch +. Kk. +. Odruchy brzuszne +. PR umiarkowane. lewy > ; AR średnio żywe; = Babiński, Mendel - Becht., Oppenheim, Rossolimo — niema. Chód +. Czucie +. Wasserman we krwi i płynie —. W płynie mózgu. rdz.: 7 limf., NAP. +. Siodło tureckie zupełnie zniszczone, zwł. dno i grzbiet, również clivus; przednie wyrostki pochyle, zachowane.

Po I ej serii naświetlań — duża poprawa. Wazystkie objawy początkowej zastoiny tarcz znikły. Po 3 miesiącach — 2 seria naświetlań. Wówczas od czasu do czasu bóle głowy. Po 3 mies. — 3 seria naświetlań, bez ulgi. Wzrok zaczął słabnąć. Codziennie wymioty.

Po raz drugi na oddziale od 22. XII 25. St. ob. odbarwienie skroniowe tarcz, zatarcie ich granicy nosowej, większe po str. prawej. Po stronie prawej liczy palce na pół metra, po str. lewej — odległość $\frac{3}{4}$ metra. Nerwy czaszkowe, jak poprzednio; kk. g. również. Kk. d.: PR prawy O, lewy — ślad. AR prawy — ślad, lewy O.

26. XII 1925 Wprowadzono do zatoki klinowej 10 mlgr. radu, a 28 XII jeszcze 10 mlgr. wzdłuż przewodu nosowego prawego, (umieszczono rad na stropie jamy nosowo-gardzielowej). 29. XII, usunięto rad. T⁰ z początku do 386; po 14 dn. norma. 30 XII — objawy oponowe, znikły odruchy w k.k.

dolnych. 15. I 1926 objawy psychiczne — omamy wzrokowe.
17 I 1926 wypisano chorego ze Szpitala.

W przyp. tym nie ma się do czynienia z nowotworem samej przysadki, lecz z obszernym szybko rosnącym guzem, umiejscowionym więcej od tyłu i na zewnątrz od siodła turckiego. Zastępuje na uwagę i to, że u chorego znikały odruchy z k. k. d., co częściowo przypomina przypadki Oppenheima t. zw. pseudotabes hypophysaria.

W rozprawie Flatau podkreśla, iż leczenie radem jest jeszcze kwestją otwartą. W nowotworach przysadki rad jest wskazany. Drugą metodą leczenia jest rad + Roentgen; trzecią — częściowa operacja + naświetlania. By wzmocnić działanie i otrzymać promienie skrzyżowane zastosowano w tym przypadku 2 rurki: jedną przez nos, drugą przez gardziel. Pozostawienie radu na 3 doby jest niewskazane, gdyż reakcja jest zbyt gwałtowna. Najlepsza metoda mieszana (operacja + naświetlania); odciążenie — dekompresja dezorganizuje prawdopodobnie komórki nowotworowe. Do poglądu tego doszedł również Cushing, który w niektórych przypadkach nie ogranicza się obecnie wyłącznie do wykonania operacji. Karbowski opisuje sposoby otwierania zatok klinowych. Orliński sądzi, iż rad daje lepsze wyniki niż promienie X; najlepszą metodą jest metoda mieszana. Bychowski sen. uważa, iż każdy nowotwór winien być operowany, a dopiero następnie leczony radem, wzgl. Roentg. Higier uważa metodę Hirscha za niecałkowitą z chirurgicznego stanowiska. Herman sądzi, iż w każdym przypadku należy postępować indywidualnie, a tam, gdzie załtoina postępuje, pierwszeństwo dawać zabiegom operacyjnym. Operacja Hirscha jest zabiegiem paljatywnym i diagnostycznym, nadto wymaga powtórzenia. Nieraz usunięcie kawałka ściany torbieli, przysadki i wypuszczenie płynu już może mieć skutek zbawienny. Mesz podaje, że w Paryżu roentgenoterapii dają pierwszeństwo przed radem. Goldszajn przemawia za porzuceniem zabiegu Hirscha, jako częściowego. Bregman sądzi, iż leczenie radem ma niewątpliwie przyszłość.

W dniu 8-ym października r. b. koledzy z oddziału wewnętrznego (VIA) czcili 30-lecie pracy lekarskiej swego kierownika dr. G. Lewina. Asystent oddziału w serdecznym przemówieniu wydatnił zasługi Jego dla wychowania klinicznego b. licznego zawite zastępy pracujących na oddziale lekarzy, wskazał na dr. Lewina, jako na wzór humanitarnego stosunku do chorych i podkreślił zasługi Jego w działalności na niwie społecznej i dla rozwoju higieny wśród Żydów. — Lekarz naczelny powitał dr. Lewina w imieniu ordynatorów — Następnie odbyło się posiedzenie naukowe, którego porządek dzienny wypełniły pokazy kliniczne chorych z oddziału dr. Lewina, poczem wręczono Mu zeszyt III tomu V-go Kwartalnika, który zawierał 8 prac współtowarzyszy Jego oddziałowej działalności naukowej.

Do życzeń długiej jeszcze i owocnej pracy dla Szpitala przylączyła się wszyscy wydawcy Kwartalnika i komitet redakcyjny.

NADESŁANE.

Na półkach księgarskich ukazała się książka dr. med. Fr. Ks. Cieszyńskiego „Higiena noworodka i niemowlęcia“ (Warszawa 1926. Dom Książki Polskiej). W pracy tej autor podaje zasady higieny wieku niemowlęcego w zastosowaniu do potrzeb praktycznych życia codziennego, przyczem w poszczególnych działach omawia w sposób ściśły i dostępny zagadnienia takie, jak pielęgnowanie skóry, kąpiel, zaopatrywanie pępka, pudrowanie, przewijanie, wysadzanie) ubranie i pośladki, karmienie, sen i w. inn. do rycin czyni trzcie książkę bardziej jeszcze pożyteczną. W książce tej matki i pielęgniarki znajdą wszystkie wskazówki, niezbędne do wychowania zdrowego dziecka.

Zyg. Kurlandzki.

Stanisław Konopka: Polska Bibliografia Lekarska za rok 1926/26. Rocznik I.

TRZĘĆ NUMERU.

A. Fryszberg.—W sprawie leczenia hormonalnego w ginekologii i położnictwie. D. Tburcz.—O prostym sposobie ratowania noworodków od pozornej śmierci. Fluksztrumpf i Plonkier.—Z kazuistyki nowotworów złośliwych, leczonych radem w Szpitalu na Czystem. T. Zankow.—Przyczynę do zagadnienia o nowotworach ciężarnej macicy. J. Szejnberg.—O salpingografji, jako metodzie rozpoznawczej. B. Erlicb.—O ciężciach cesarskich azylowych oraz szerszem wskazaniu donich N. Szenkier.—O zależności wagi noworodka od czasu trwania miesiączki. F. Zambner.—W sprawie trudności rozpoznania drgawek porodowych i poporodowych. Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

SOMMAIRE

Fryszberg.—Du traitement endocrinien en gynécologie et obstétrique. *Tburcz.*—Une méthode simple de ranimer les nouveaux nés dans les cas de mort apparente. *Flokatrupf et Plonskier.*—La casuistique des néoplasmes malignes traités par le radium à l'Hôpital de Czyste. *Zamkowsy.*—Contribution à l'étude des tumeurs de l'utérus gravidique. *Szejnberg.*—La salpingographie comme méthode de diagnostic. *Erlieb.*—Des césariennes basses et de ses indications élargies. *Szenkier.*—La dépendance du poids des nouveaux-nés de la durée des menstruations. *Zabner.*—Des difficultés du diagnostic de l'éclampsie pendant et dans les suites des couches. Comptes rendus de séances cliniques à l'Hôpital israélite à Varsovie.

OD REDAKCJI.

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

Redaktor: J. Rotstadt.

Komitet Redakcyjny: E. Flatau, Wcl. Sterling, J. Szwajcer

Adres Redakcji i Administracji:

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

Skład Główny: Księgarnia Gebethner i Wolff. Krakowskie Przedmieście 15. tel. 4-12.
