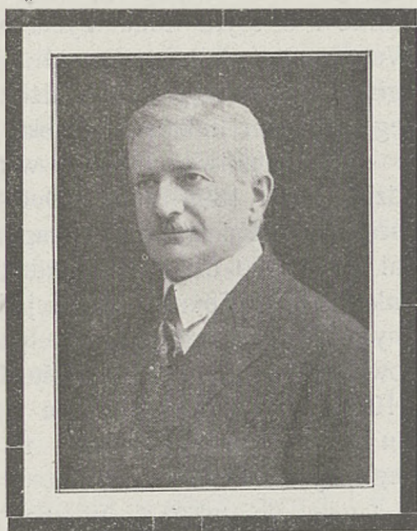


# KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE  
WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

---



## **Dr Wacław Sterling. (1871 — 1928)**

**Ordynator oddziału chorób skóry i wenerycznych**

(Wspomnienie pozgonne).

„Czy fatum nieubłagane, czy też ta okoliczność, że lekarz wybitny, właśnie żeby stać się wybitnym, musi po wyczerpującej pracy zawodowej chwili spoczynku pracy naukowej poświęcić, dobrowolnie sobie życie skracając — dość, że coraz częściej dla tych z grona naszego, którzy, jak my wszyscy zresztą, nie mieli dzieciństwa sielskiego, anielskiego, lecz mieli natomiast młodość górną, a chmurną — coraz częściej, niestety, dla tych wiek męski jest wiekiem klęski“...

Temi słowy żegnał w roku 1910 Dr. Wacław Sterling swego szefa, znakomitego lekarza i ordynatora naszego szpitala, Dra Antoniego Elzenberga, i kryje się w słowach tych jakby przeczucie własnej przyszłości i własnego losu.

Wiek męski stał się dla D-ra Wacława Sterlinga wiekiem klęski: w pełni sił i w rozkwicie swojej pracy zawodowej i społecznej został nagle złamany ciężką chorobą, która go trapiła w ciągu 3-ich lat, aż wreszcie położyła przedwcześnie kres Jego życiu.

I karta dziejów naszego szpitala żałobną czerni się obwódka, odszedł bowiem lekarz o wysokiej kulturze umysłu i uczuć i nieskazitelnej prawości.

Urodzony w r. 1871 w Tomaszowie, Wacław Sterling spędził tam lata dziecinne i w 9-ym roku życia wraz z rodzicami przeniósł się do Warszawy, gdzie rozpoczął nauki gimnazjalne. Po ukończeniu V gimnazjum wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego; dyplom lekarski uzyskał w r. 1897. Zaraz po ukończeniu studjów uniwersyteckich wstąpił do Szpitala Starozakonnych, gdzie od r. 1898 do r. 1900 zajmował stanowisko lekarza miejscowego. Korzystając z zapomogi Kasy Mianowskiego, wyjechał w r. 1900 do Paryża, gdzie w szpitalu Ś-go Ludwika pod kierunkiem prof. Fournier'a specjalizował się w dziedzinie chorób skórnych i wenerycznych. Po powrocie do Warszawy został mianowany asystentem oddziału Elzenberga, a po śmierci jego, w r. 1910-ym, został wybrany na stanowisko ordynatora tegoż oddziału i chlubnie zajmował to stanowisko do ostatniej chwili swego życia.

Zawieruchy wojenne zmusiły D-ra Wacława Sterlinga dwukrotnie do przerywania pracy szpitalnej: w r. 1904, podczas wojny rosyjsko-japońskiej, powołany został do wojska i spędził dwa lata we Władywostoku; od r. 1915 do r. 1918, podczas wojny europejskiej, służył na Białej Rusi.

30 lat poświęcił Wacław Sterling gorliwej i owocnej pracy dla Szpitala, 18 lat był kierownikiem oddziału. Gdy, jako jeden z najbliższych Jego współpracowników w ciągu ostatnich lat Jego życia, zastanawiam się nad zasadniczą cechą Jego umysłowości, to wydaje mi się, że była nią żywa, wrażliwa myśl lekarska, myśl, która nie zastygła na zdobytem doświadczeniu, lecz stale czuwała, szukała odpowiedzi na pytania i nabierała szczególnej mocy przy każdym zetknięciu się z nowym faktem. Wacława Sterlinga nauka, dla której miał wielkie zamięłowanie, była nie tyle zbiornikiem nagromadzonych, ustalonych i niezbitych prawd, ile źródłem nowych myśli, nowych zagadnień i dążenia do nowej prawdy; dla niego wiedza nie była kropką, lecz ciągłym znakiem

zapytania. Tem właśnie się tłumaczy Jego pod tym względem skromność i prostota w stosunku do siebie, Jego śmiałość i odwaga w wypowiedzaniu nowych poglądów i Jego stosunek do najmłodszych kolegów-asystentów, w których cenił każdą myśl, których pobudzał do pracy naukowej, sam poświęcając im dużo czasu i dzieląc się z nimi własnym doświadczeniem.

Szpital i rozległa praktyka lekarska nie pochłaniały Wacława Sterlinga całkowicie; jako człowiek o niepospolitej kulturze i niezwykłej inteligencji i jako światły obywatel, brał także czynny udział w pracy społecznej. On był członkiem Komitetu Redakcyjnego „Kwartalnika Klinicznego Szpitala Starozakonnych“, był jednym z założycieli Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, współredaktorem i wydawcą „Przeglądu Dermatologicznego“, kierował akcją zwalczania strupnia w Tow. „Toz“.

Jeśli „non omnis moriar“ stanowi treść i konieczny ideał naszego indywidualnego życia, to Wacław Sterling ten ideał osiągnął. I wśród wszystkich, którzy bliżej znali jego szlachetnego ducha, pozostawia On nie tylko głęboki żal, lecz niezatarte po sobie wspomnienie.

*J. Milejkowski.*

Dorobek naukowy Wacława Sterlinga przedstawiają następujące prace:

1. Badanie powietrza na salach chorych i w sali wykładowej (Zdrowie, 1894 r.).
2. Z kazuistyki późnego syfilisu (Gaz. Lek. 1897).
3. Piśmiennictwo lekarskie i szeroki ogół (Kryt. Lek. 1897).
4. Z fizjologii i patologii muzyki (Kryt. Lek. 1898).
5. Białkomocz przy rzeżączce (Gaz. Lek. 1899).
6. W sprawie pomocy lekarskiej dla biednych w Warszawie (Kryt. Lek. 1900).
7. Mięsak rozlany serca, nerek i gruczołów krokowego (Gaz. Lek. 1901).
8. Kilka uwag w sprawie walki z syfilisem (Kryt. Lek. 1902).
9. Syfilis nerek (Gaz. Lek. 1903).
10. W sprawie piśmiennictwa lekarskiego polskiego (Kryt. Lek. 1903).
11. Trąd (odczyty kliniczne 1904).
12. Niewyzyskany przywilej szpitalny w stosunku do nauki (Kryt. Lek. 1904).
13. Męskość.
14. Przypadek zmian syfilit. stawu zuchwowego.
15. Rola ustroju w przymocie (Przegląd Dermatol. 1923).
16. W sprawie gruźlicy szczepionej u ludzi (Przegląd Dermat. 1923).
17. Walka ze strupniem, prowadzona przez T. O. Z. (Przegląd Dermatol. 1923).



18. O wartości leczniczej przetworów bizmutowych w przyniciu (Warsz. Czasop. Lek. 1924).

19. Przypadek zapalenia skóry złuszczonego typu Wilson-Brocq'a, wyleczony promieniami Roentgena (Warsz. Czasop. Lek. 1925).

20. Zmiany histologiczne wykwitów przymiotu drugorzędowego po wstrzykiwaniu bizmutu (Przegl. Derm. 1925).

21. Przymiot a układ nerwowy (Przegl. Derm. 1926).

## **Mowa H. Altkaufera nad grobem Wacława Sterlinga.**

Przypadł mi w udziale wysoce zaszczytny, lecz jednocześnie niewyomownie smutny, obowiązek pożegnania w imieniu Lekarza Naczelnego i ordynatorów Szpitala Starozakonných w Warszawie zwłok długoletniego, kochanego Kolegi naszego b.p. Wacława Sterlinga.

Zebrałiśmy się nad otwartą mogiłą tak niezwykle licznie, aby oddać ostatni hołd przed złożeniem do grobu na sen wieczny zmarłemu przedwcześnie, niepowyśniedniemu Koledze, wybitnemu lekarzowi, wyróżniającemu się społecznikowi, o niezwyklej zaletach serca, duszy i charakteru człowiekowi, wzorowemu obywatelowi...

Los zrządził, że dr. med. Sterling zakończył swój niezwykle pracowity i szlachetny żywot nie na Ziemi Ojczystej, do której serdecznie był przywiązany, lecz pasmo dni Jego życia, pod każdym względem niezmiernie pożytecznych dla całego naszego społeczeństwa, przerwane zostało na obczyźnie, dokąd udał się celem podtrzymania zdrowia, nadwątłonego mocno wskutek długotrwałej choroby.

Głęboko bolejemy, poddając się kornie niezbadanym i bezwzględnyim wyrokom losu, że nie nam, najbliższymi Jego kolegom, codziennym świadkom Jego nad wyraz sumiennej, niezmiernie humanitarnej, wysoce owocnej pracy w szpitalu, sądzonem było czuwać przy Jego łożu, nieść Mu najdrobniejszą chociażby ulgę w ostatnich cierpieniach...

Niema Go już, niestety, między nami...

Nie ujrzimy już nigdy Jego szlachetnej, pełnej wrodzonej dystynkcji, postaci...

Nie ujrzimy już Jego twarzy, na której malowała się wybitna inteligencja...

Nie usłyszymy więcej Jego nacechowanych subtelnym dowcipem przemówień...

Opuścił nas na zawsze nie tylko ordynator szpitala, wybitny specjalista chorób skóry...

Zmarły nie zasklepił się jedynie w swojej specjalności...

Był to człowiek, który umiał wyczuwać czar muzyki, przejmować się pięknem malarstwa i rzeźby...

Niezapomniany drogi nasz Kolega nie był wyłącznie wybitnym znawcą piśmiennictwa fachowego, lecz interesował się i był dokładnie obeznany z arcydziełami literatury belletrystycznej ojczystej i wszechświatowej...

Dr. med. Wacław Sterling, urodzony w 1871 roku, otrzymał na-



der staranne wychowanie w domu rodzicielskim. Ukończył V gimnazjum w Warszawie, a Uniwersytet Warszawski w 1896 r. *eximia cum laude*.

Celem uzupełnienia studiów uniwersyteckich wyjechał na czas dłuższy do Paryża, gdzie kształcił się w obranej przez siebie dziedzinie chorób u najznakomitszych specjalistów...

I później, przez cały okres Swjej działalności lekarskiej, śledząc zawsze nader pilnie za postępami wiedzy, często bardzo zwiedzał pierwszorzędne ogniska nauki we Francji i w Niemczech.

Ze szpitalem był stale w bezpośrednim kontakcie.

Jeszcze wówczas, gdy Szpital mieścił się przy ul. Pokornej, przez lat kilka pełnił w nim bardzo gorliwie obowiązki lekarza miejscowego.

11 sierpnia 1910 r. powołany został na stanowisko ordynatora oddziału chorób skórnych i wenerycznych w naszym szpitalu.

Od pracy w szpitalu oderwały Go dwukrotnie wypadki dziejowe, gdyż był uczestnikiem wojny rosyjsko-japońskiej i wojny wszechświatowej, wcielony do armji rosyjskiej w charakterze lekarza wojskowego przez ówczesne rządy okupacyjne. Lata wojen odbiły się, niestety, bardzo niekorzystnie na zdrowiu dra Wacława Sterlinga...

Pomimo, iż Zmarły cieszył się rozległą praktyką prywatną, umiał zawsze znaleźć czas na pracę naukową. W spuściźnie po Sobie pozostawił 25 wartościowych prac oryginalnych, z których niektóre ogłoszone były w specjalnych czasopismach zagranicznych. Na uwagę szczególną zasługuje ogłoszenie przez nieodżałowanego D-ra Wacława Sterlinga pracy p. t. „O muzyce“...

Pracując na jednym z czołowych stanowisk w „Towarzystwie Ochrony Zdrowia Żydów“, zmarły odegrał nader wybitną rolę w walce ze strupniem w Polsce.

Należał do różnych stowarzyszeń i towarzystw lekarskich. Między innymi był członkiem—założycielem Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego i kierował administracją organu tego Towarzystwa — „Przeglądu Dermatologicznego“.

Wreszcie do ostatnich dni swoich był członkiem komitetu redakcyjnego „Kwartalnika Klinicznego Szpitala Starozakonnych w Warszawie“ i „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego“.

Taki jest krótki opis pracowitego i pożytecznego życia Zmarłego...

Składając w imieniu Lekarza Naczelnego i ordynatorów Szpitala wyrazy jaknajserdeczniejszego, jaknajgłębszego współczucia i żalu wielce Szanownej Wdowie i pozostałej Rodzinie z powodu ciężkiej straty, jaka ich dotknęła, pragnąłbym, aby chociażby nieznaczną pociechą dla nich było przyrzeczenie, że o D-rze Wacławie Sterlingu każdy z nas na zawsze zachowa pamięć, jako o lekarzu nad wyraz koleżeńskim, niezwykle wykształconym, wysoce humanitarnym, taktownym, wyrozumiałym, etycznym, prawym, pozbawionym wszelkiej zarozumiałości i chęci wywyższania się nad drugich, niekrytykującym innych, odznaczającym się w wysokim stopniu pogardą dla wszelkich nędznych środków reklamy...

Żegnaj, nieodżałowany, drogi, zacny, długoletni towarzyszu pracy. Śpij snem spokojnym. Niech Ci ziemia lekka będzie.

## Mowa J. Milejkowskiego w imieniu asystentów nad grobem Wacława Sterliga.

W imieniu liczного grona asystentów Twoich żegnam Cię drogi, niezapominany Szeffie.

Żegnam Cię w tym zakątku ziemi naszej, gdzie każdy z nas, oderwany na chwilę od lepiącego się błota trosk codziennych, inaczej myśli, inaczej czuje, gdzie wśród grobów ciszy słyszymy tylko jedną pieśń „Memento mori“, i na falach tej pieśni potężnej wznosi się dusza nasza, smutna i oczyszczona i ku słabej istocie ludzkiej miłości i współczucia pełna.

Żegnam Ciebie w imieniu młodszych kolegów i uczniów twoich, d'a których. Tyś był księgą żywą, gdzie niejedna stronica im jest poświęcona. I są te stronice święte dla nas, przesiąknięte one bowiem są nie tylko wiedzą i doświadczeniem lekarskiem, lecz wieje od nich także niepospolita kultura i głęboka szlachetność ogólnoludzka.

Pełen tragedji i smutnego uroku jest ostatni rozdział tej książki, gdzie postać Twa, ciężkiem cierpieniem złamana, występuje w walce z widmem śmierci, i jako wierny żołnierz na posterunku, nie chcesz się poddać, nie chcesz się rozstać z nami, uczniami Twymi, i w naszym gronie, z lupą w drżącej ręce, szukasz, badasz i zastanawiasz się—sam tak cierpiący—nad cierpieniem chorego człowieka.

I teraz, kiedy księga ta na wieki została zamknięta, niech będzie chociażby małym ukojeniem dla pozostałej rodziny w jej głębokim smutku ta świadomość, że do mogiły opuszczamy obecnie tylko piękne szaty tej książki, stronice zaś jej zabieramy ze sobą i dalej w życiu otwarte będą przed nami w duszach naszych, umysłach naszych.

Zgrupowani wokoło grobu Twego, Szeffie drogi, żegnamy Cię tak, jak przez wieki żegnali uczniowie swego pełnego urody rabi Jochanana, i ze łzami w oczach płynie z ust naszych ich okrzyk żałobny: „Jakie to bolesne, że piękność taka w ziemi pochowana zostaje“. — I niechaj ta ziemia, którą Ty tak miłował i kochał, niech ona Ci lekką będzie!

---

Z oddz. chorób skórnych i wenerycznych.

## **Sadze, jako allergen w rumieniu posalwarsanowym.**

*(Przyczynek do zagadnienia wstrząsu anafilaktycznego)*

Podali

**WACŁAW STERLING** i **I. MILEJKOWSKI.**

W dniu 15.VI. 1925 r. zapisał się na oddział chorób skórnych i wenerycznych Szpitala 18-letni I. R. z owrzodzeniem pierwotnem u nasady członka. (Odczyn Wassermana ++). Dnia 17.VI wrzód wycięto; nałożono dwa szwy.—Dla wyłączenia nieporozumień zaznaczyć należy, że usunięcia wrzodu pierwotnego bynajmniej nie uważano tu za środek zapobiegawczy. Na oddziale wogóle — o ile zgłasza się chory z objawem pierwotnym, a umiejscowienie tego objawu na to pozwala, — zawsze staramy się go usunąć, przyczem najchętniej drogą chirurgiczną, mniej chętnie zapomocą żegadła lub czystego kwasu karbolowego. Postępujemy tak dlatego, że doświadczenie poucza, iż blizna w miejscu owrzodzenia pierwotnego bardzo często bywa w następstwie siedliskiem krętków białych, tu właśnie niedostępnych prawie (dzięki budowie histologicznej tkanki bliznowatej) dla podziałania salwarsanem. Znane są spostrzeżenia, w których — po przeprowadzeniu leczenia i przy ujemnym odcz. Wass.—w bliznach takich wykrywano krętki białe. Tak więc staje się ona niedostępną kryjówką dla krętków; skupienia ich w tem miejscu zawsze stać się mogą punktem wyjścia nawrotu. Usunięcie objawu pierwotnego nieowrzodzonego wskazane jest też choćby i z tego powodu, że tą drogą ustrój wyzbywa się potężnej kolonii krętków.

Dn. 27.VI., po trzech zastrzygnięciach luatolu i po drugim wlewaniu neosalwarsanu (0,45), chory skarżyć się zaczął na bóle głowy i w okolicy krzyżowej. Na trzeci dzień zauważono na kończynach górnych i tułowiu obficie rozsiane wykwyty typu rumieniowego, rozmaitej wielkości. Najjaskrawiej zmiany te skórne ujawniły się na rysunkach wytatuowanych, a na przedramionach, po stronie zginaczy, wyraźnie zaznaczając linię rysunków. Okazało się, że chory — dwa dni przed drugim wlewaniem salwarsanu, — tatuował sam wyżej wspomniane dwa rysunki, przyczem



wykonywał je zapomocą nakłucia zwyczajną igłą, a jako barwnik zastosował sadze, zbierane z dna talerzyka, kopconego tuż nad płomieniem świecy.

Wysypka na całej skórze trwała do tygodnia, dając objawy lekkie swędzenia. Dnia 7.VII. wysypka rumieniowa na kk. g. i tułowiu znikła całkowicie; pozostała w stopniu słabszym jedynie na linjach tatuażu, lecz i tu tracąc stopniowo na świeżości zabarwienia i wypukłości; w dn. 21.VII. wysypka znikła, skóra wróciła do stanu normalnego..

Dwa momenty mogły być tu czynnikiem, sprzyjającym wystąpieniu ogólnej wysypki posalwarsanowej, z większą wyrazistością zaznaczonej wzdłuż linii wytatuowanych rysunków. Po pierwsze, uraz, powstały przy nakłuwaniu, czyli czynnik czysto mechaniczny, po drugie — sadze. Gdyby rumień był tu wywołany przez uraz, w takim razie mielibyśmy plamy rumieniowe w miejscu wkłóć igły, stosowanej bądź dla zastrzykiwań luatolu, bądź dla wlewania salwarsanu. (Luatol stosowany był bezpośrednio dzień przed i dzień po salwarsanie). Tymczasem zarówno na pośladkach, jak i zgięciach łokciowych, w miejscu wkłócia igły, nie było żadnych wykwitów. Wobec tego, rolę alergenu, uczulacza, możemy w danym przypadku z całą pewnością przypisać sadzom.

O wiele trudniej rozstrzygnąć tu sprawę, czy rumień sam był spowodowany przez salwarsan, czy przez bizmut. Na mocy własnych spostrzeżeń wiemy jednak, jak trudno tego rodzaju pytanie rozwiązać, gdyż doświadczenia odnośne, jak stosowanie tych leków (bizmutu i salwarsanu) doustne, naskórne, śródskórne i podskórne, przeważnie nie dają w tym względzie żadnych określonych wskazówek. Można tu zgodzić się jedynie na mniejsze lub większe prawdopodobieństwo i przypuszczać, że ponieważ salwarsan bez porównania częściej powoduje objawy skórne, niż bizmut, to i w danym przypadku powstały rumień z salwarsanem wiązać należy. Zresztą dalsze stosowanie zarówno bizmutu, jak i neosalwarsanu, żadnego wpływu tu na istniejącą wysypkę nie wywarło, ani też do końca kuracji na wywołanie nowych objawów skórnych nie wpłynęło. — Mamy więc tu spostrzeżenie kliniczne, w którym chory dostał bizmut, neosalwarsan i czysty węgiel. Bizmut chory zniósł bez jakichkolwiek spostrzeganych objawów wpływu ujemnego.

Neosalwarsan, zniesiony bezkarnie po raz pierwszy, za drugim razem spowodował objawy skórne; mamy zatem prawo mówić tu o *sensybilizacji*. Co się tyczy roli węgla, to są tu dwie możliwości. Albo stało się tu uczulenie, t. zw. wieloważne, wywołane przez salwarsane (rzecz znana, że naprz. chory, uczulony na salwarsan, jednocześnie może zareagować również i na rtęć)—albo też ma się tu doczynienia z idiosynkrazją. Ponieważ ocena faktów z tej dziedziny zjawisk biologicznych należy niewątpliwie dzisiaj jeszcze bodaj do najniewdzięczniejszych zadań, a to dla chwiejności poglądów i nieustalenia zasad, które w badaniach biochemicznych są tu dopiero w okresie tworzenia, nie od rzeczy będzie temu zagadnieniu, tak ważnemu, a względnie mało jeszcze znanemu, nieco miejsca poświęcić.

Jak wiadomo, punktem wyjścia dla dociekań w całej tej dziedzinie, stało się odkrycie Richet'a i Portier'a, głoszące, że przenikanie drogą doustną lub pozajelitową do ustroju niektórych substancji powodować może pewien stan *hipersensybilizacji*, przeczulenia, bez żadnego zrazu widomego znaku zaburzenia. — Gdy jednak do ustroju tak uczulonego wprowadzamy drogą pozajelitową po pewnym określonym czasie minimalną nawet dawkę tej samej substancji, to wówczas wystąpić mogą w odpowiednich warunkach objawy specjalne, patologiczne o rozmaitej ciężkości, niekiedy nawet śmiertelne, a których całością nosi, jak wiadomo, miano wstrząsu anafilaktycznego. Charakter tych substancji uczulających, budowa ich biochemiczna, może być bardzo rozmaita. Jak wykazały badania Widala, włączyć tu należy, prócz kolloidów i białek obcych, krystalloidy, pyłek niektórych leków, rozmaite zapachy, a nawet i pewne stany fizyczne, jak zimno i t. p.; wszystkie te czynniki są w stanie wywołać objawy wstrząsu. Dla dermatologów specjalnej wagi jest spostrzeżenie Arthus, że antygeny anafilaktyzujące, zastrzyknięte doskórnie lub zastosowane wprost na nadżerze skórnej, wywołują nacieczenia, bądź ustępujące stopniowo, bądź kończące się martwicą. Prócz nadwrażliwości czynnej jest nadwrażliwość bierna, która daje się wywołać u zwierzęcia drogą zastrzyku surowicy anafilaktyzowanej. Następnie rozróżniać jeszcze należy: nadwrażliwość skrzyżowaną, gdy droga wprowadzenia antygeny jest inna za każdym razem (np. za 1-ym razem podskórnie, za 2-im — doustnie), nadwrażliwość ogólną, gdy użyty antygen raz



za razem był inny i wreszcie — nadwrażliwość dziedziczną, Według Widal'a, zastrzyknięcie antygeny powoduje naruszenie równowagi koloidalnej we krwi, t. zw. kolloidoklaję. Wskutek tego — w czasie wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego — spostrzega się we krwi rozmaite zjawiska patologiczne, głównie zaś zwiększoną krzepliwość krwi, leukopenję, zmianę wzoru leukocytów, gwałtowne zmiany wskaźnika refraktometrycznego surowicy. Całokształt tych zmian patologicznych stanowi wstrząs hemoklajyczny Widal'a, przyczem klinicznie ujawnia go, jak wiadomo, zmniejszenie napięcia tętniczego, utrudniony oddech, zaburzenia żołądkowo - kiskowe, zapaść, objawy konwulsyjne. Ponieważ jednak objaw ten jest przejściowy, często nie udaje się zmian tych biologicznych w badaniu uchwycić. Nie wszyscy zgadzają się na jedno tłumaczenie istoty wstrząsu anafilaktycznego. K o p a c z e w s k i i L u m i è r e uważają, że hemoklajza jakotaka jest wynikiem wstrząsu, zwykłym objawem późniejszym, wyrazem faktów, które rządzą mechanizmem anafilaksji. Zdaniem ich, wstrząs powstaje wskutek objawu skłaczkowacenia w krwi, które działa na śródbłonek naczyń, a którego istnienie stwierdził L u m i è r e.

A więc stan anafilaktyczny, wstrząs, w swej postaci klasycznej, wywołać można przez zastrzyknięcie obcej ustrojowi minimalnej dawki substancji białkowej, gdy przez wstępne zastrzyki tej substancji stworzono już w organizmie swoistą nadczułość. Prócz tej postaci wstrząsu W i d a l (i jego szkoła) rozróżnia stan pokrewny, różniący się jednak od wyżej podanego mechanizmem, że jest on wstrząsem doraźnym (d'emblée), czyli że — aby się on ujawnił, niema potrzeby uprzedniego dostania się antygeny do ustroju i niema tu podłoża przygotowanego w postaci swoistej nadwrażliwości. Jest to t. zw. skaza kolloidoklajyczna. — Gdy więc w niej niema uprzedniej anafilaktyzacji, to znów w innych przypadkach ta anafilaktyzacja wstępna tworzy się stopniowo przez wielokrotny kontakt organizmu z pewnym określonym antygenem, zrazu bez żadnych skutków, aż samorzutnie w pewnym momencie, za X + 1-ym razem, wystąpi odczyn anafilaktyczny. — Najdobitniejszym przykładem klinicznym tego — to przyszczyce zawodowe; — są to t. zw. stany uczulenia. W ten sposób, w patologicznych zjawiskach tych ma się do czynienia albo 1) ze stanem nadwrażliwości, którego wzorem będzie: białko + białko + wstrząs, albo



2) ze stanem skazy kolloidoklazycznej, której wzorem będzie: białko + wstrząs lub też wreszcie 3) ze stanem uczulenia, którego wzorem będzie: białko + biako  $\times$  n + wstrząs. Teoretycznie można te 3 stany patologiczne wyodrębniać, laboratoryjnie jednak, jak i klinicznie, rozróżnienie tych stanów rzecz znacznie trudniejsza. Niełatwo bowiem orzec, czy w danym przypadku ma się do czynienia z pierwszym zadziałaniem białka, — co przemawiałoby za skazą kolloidoklazyczną, czy z drugim, co znów przemawiać winno za nadwrażliwością, czy też wreszcie z wielokrotnem, co znów charakteryzowałoby uczulenie.

We wszystkich tych trzech stanach występują identyczne zaburzenia humoralne, ujawniające się w jednoznacznych wstrząsach. Według Dracoulides'a, można odróżnić nadwrażliwość od uczulenia w badaniu laboratoryjnym. Jak wiemy, nadwrażliwość możemy przenieść z jednego ustroju na drugi, przetaczając surowicę, względnie krew, jednego osobnika drugiemu. Spostrzeżenia takie opisywane były przez autorów amerykańskich, gdy krew, wzięta u osobnika, cierpiącego na astmę, po przetoczeniu przeniosła to cierpienie na osobnika, który na dusznicę nie chorował. Natomiast stanu uczulenia nie udaje się przenieść na inny ustrój; tu dla wyjaśnienia charakteru sprawy mogą nam służyć dane wywiadu. Rozróżnienie kliniczne między nadwrażliwością a skazą kolloidoklazyczną jest, jak dotąd, rzeczą niedostępną, są one tak ściśle związane ze sobą, że rozdzielić się nie dają.

Zdaniem Widal'a i jego szkoły dla wywołania wstrząsu w skazie kolloidoklazycznej należy wprowadzić antygen w dawce znaczniejszej. A podkreślić trzeba, że główną cechą, charakteryzującą te wszystkie 3 stany, jest wstrząs hemoklazyczny. Stwierdzenie wskazanych wyżej zaburzeń humoralnych jest przeważnie bardzo trudne, gdyż występują one i znikają wcześniej, zanim ujawnią się objawy kliniczne. Co się tyczy antygeny, to—jak już wspomnieliśmy wyżej—może on być najrozmaitszego pochodzenia; substancje, pozornie nieszkodliwe, mogą stać się takimi, gdy ulegną zmianom po zetknięciu się z tkankami organizmu.

Te nieliczne względnie dane o istocie zjawisk omawianych, które są dziś w posiadaniu wiedzy lekarskiej, przedstawiają jeszcze bardzo duże braki.—Wcł. Sterling, poruszając tę sprawę

w pracy „Kilka uwag w sprawie kliniki i profilaktyki wysypek pobizmurowych“, mówi: „Ujmując sprawę powikłań polekowych w najogólniejszych zarysach i chcąc ją usystematyzować, musimy liczyć na spotkanie się w klinice z kilkoma możliwościami: 1) Objawy występujące już po pierwszym zastosowaniu leku. Mieliśmy tu do czynienia z idiosynkrazją i wytłomaczylibyśmy to zjawisko w sposób następujący: w danym ustroju krąży jakieś białko, które się doń dostało drogą pozatrzewiową — z jednej strony; z drugiej strony, zadany lek w ustroju krąży w połączeniu również białkowym. Spotkanie tych dwu ciał powoduje powstanie objawów alergicznych skóry; 2) objawy występują dopiero po n + zadaniu leku i sprawa powtarza się po każdym nowym zadaniu. Wtedy mamy prawo mówić o uczuleniu skóry. Jeżeli przypadki tej kategorii ujmemy z punktu widzenia J a d a s s o h n ' a , to pomiędzy nimi a przypadkami I-ej kategorii nie znajdziemy różnicy istotnej, zdaniem bowiem Jadassohn'a, idiosynkrazja bywa wrodzona i nabyta wskutek częstego spotykania się ustroju z pewnymi substancjami; 3) objawy występują pośród leczenia i pomimo dalszego stosowania leku w sposób zwykły nie powtarzają się; 4) przypadki, których przebieg nie daje ująć się w żadną regułę“.

Jak niedostateczne są dziś jeszcze nasze teoretyczne dane, może służyć dowodem analiza przypadków I-ej kategorii.

Możemy je tłumaczyć zarówno w sposób, przez nas podany, jak również i tak, jak to czyni Widal. A mianowicie, że mamy w takich przypadkach do czynienia ze wstrząsem doraźnym, bez uprzedniego dostania się antygenu do ustroju, czyli ze skazą koloido-klazyczną. Czy jednak hipoteza, przypuszczająca istnienie tej skazy, utrzyma się, zwłaszcza wobec stwierdzenia anafilaksji dziedzicznej — przyszłość okaże.

Przypadki kat. 2-ej dają się wytłumaczyć zupełnie zadowolająco przez uczulenie.

Przypadki 3-ej kategorii nie mogą być tłumaczone desensybilizacją, gdyż ta dla swego urzeczywistnienia wymaga stosowania bardzo małych dawek substancji uczulających, stopniowo zwiększanych. W przypadkach Wct. Sterlinga natomiast stosowane były dawki normalne, względnie stopniowo powiększane. Pewien promień światła, aczkolwiek bardzo słaby, rzuca



na omawiane tu spostrzeżenia sprawa osutek lekowych, co jakby wskazywało, że w rozmaitych miejscach skóry istnieją rozmaite stopnie alergji. Pozatem jednak zostajemy tu bez odpowiedzi jeszcze wobec mnóstwa zagadek.

---

---

Z Pracowni Bakterjologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

(Kierownik: Profesor R. Nitsch).

## **O zmienności grzybka fiołkowego.**

Podał

**A. WILEŃCZYK.**

Każdemu z czytelników b. może nasunie się pytanie, dlaczego temu grzybkowi poświęcam pracę osobną, co ciekawego wykryłem w tym, na pierwszy rzut oka, pospolitym grzybku, co dało mi prawo wyodrębnić go pośród mnóstwa innych gatunków.

Nie mówiąc już o tem, że trichophyton violaceum pośród różnych gatunków grzybka strzygącego spotyka się w Polsce najczęściej i już dlatego zasługuje na pewną uwagę, grzybek ten jest jednocześnie łącznikiem, który wiąże między sobą dwie obszerne grupy grzybków: trichophyton i favus. Jeżeli zadać pytanie badaczowi, do jakiej grupy grzybków zaliczyć należy trichophyton violaceum, nie otrzymamy dokładnej odpowiedzi. Co do właściwości morfologicznych, trichophyton violaceum jest zbliżony do Achorion Schönleini: tak samo, jak ten ostatni, rozwija się on powoli, posiada powierzchnię wilgotną, nie wytwarza zarodników zewnętrznych, natomiast tworzy chlamydospory. Ze względu jednak na to, że na skórze ludzkiej wywołuje zmiany grzybicy strzygącej, zajął on miejsce pośród grzybków trichophytonu. Ale, czy wykwit na skórze, czy obraz kliniczny, wywołany grzybkiem, może służyć za dowód dostateczny przynależności grzybka do tej albo innej grupy? Dotychczas przypuszczają, że tak. Kiedy Blochowi udało się wychodować ze scutulum grzybek fiołkowy, który posiadał wszystkie cechy trichophyton violaceum, Bloch zaliczył go jednak do favusu i nazwał achorion violaceum.



Zdaniem niektórych badaczy istnieje związek nie tylko między wykwitem i rodzajem grzybka, ale nawet między wykwitem a gatunkiem grzybka.

Grzybek fiołkowy, który jest gatunkiem ludzkim, zdaniem tych badaczy może wywołać tylko zmiany powierzchowne: jeżeli natomiast udaje się stwierdzić grzybek ten w wykwitach głębokich, jak na przykład w kerionie, to zmiany te są wywołane, zdaniem tych badaczy, nie przez grzybek, ale przez inne związki, jak gronkowce lub paciorkowce, które stale przebywają na skórze ludzkiej.

A tymczasem ze wszystkich stron napływają wiadomości o przypadkach, gdzie nie można stwierdzić związku nie tylko między obrazem klinicznym i gatunkiem, ale nawet między obrazem klinicznym a rodzajem grzybka. Jeszcze trzy lata temu w pracy pod tytułem: „Grzyb strzygący i jego odmiany w Polsce” opisałem kilka przypadków ciężkiej figówki i kerionu u ludzi, gdzie udało mi się wyhodować trichophyton violaceum, a, z drugiej strony, z wykwitów powierzchownych wyhodowałem grzybki typu zwierzęcego, jak trichophyton granulosum i trichophyton equinum. Cały szereg badaczy włoskich i rosyjskich w ostatnich pracach, na zasadzie obserwacji i bakteriologicznych badań obszernego materiału, przychodzą do wniosku, że grzybek fiołkowy powinien zająć odrębne miejsce pośród gatunków grzybka strzygącego i że grzybek ten może wywołać najrozmaitsze zmiany na skórze u człowieka, zmiany powierzchowne i głębokie aż do wytworzenia kerionu, mogą dać grzybicę uogólnioną, przeniknąć w krew i w narządy wewnętrzne. Sam Sabouraud w ostatniej pracy w Annalach dermatologicznych nawołuje do rewizji dotychczasowych poglądów na grzybek fiołkowy. Sabouraud nie zgadza się z Blochem co do przynależności achorion violaceum; jego zdaniem grzybek fiołkowy Blocha powinien zająć miejsce pośród grzybków trichophytonu. Sabouraud mówi: „Trichophyton violaceum peut produire des abcès par inclusion dans le derme de fragments de poils parasites. On l'a vu déterminer de véritables mycoses intradermiques et même une mycose osseuse, sorte d'actinomycose trichophytique. Enfin sous la forme d'achorion violaceum il peut former des godets. Cette multiplicité des lésions rend la maladie produite par ce parasite très différente des trichophyties françaises.

Jeże'li weźmiemy pod uwagę, że trichophyton violaceum Blocha był wyhodowany ze scutulum, a także i to, że grzybek fiołkowy może wywołać zmiany głębokie, aż do powstawania blizny, to będzie dla nas jasne, że obraz kliniczny nie zawsze może służyć za dowód przynależności grzybka do tej albo innej grupy.

Na czym w takim razie powinno się opierać różniczkowanie grzybków? Na różnicy ich właściwości morfologicznych; a czy te właściwości są stałe?

Na to pytanie postaram się odpowiedzieć na zasadzie swoich doświadczeń z grzybkiem fiołkowym na pożywkach sztucznych.

Doświadczenia swoje prowadziłem nad całym szeregiem szczepów, otrzymanych z kliniki Uniwersytetu i z oddziału dr. Bernhardta. Hodowałem grzybki w płytkach Petriego, w kolbach i rurkach na agarze zwykłym.

Hodując grzybki (trichophyton violaceum) przy ciepłocie stałej w cieplarni, stwierdzić możemy, że trichophyton violaceum rozwija się bardzo powoli i dopiero po 5—6 dniach wytwarza grzybnie, składającą się z cienkich delikatnych nitek, które na obwodzie dzielą się na 2—3—4 gałązki. Nitki przebiegają wężykowato i miejscami spletają się między sobą, wytwarzając węzeł, na miejscu którego następnie tworzy się perithecium. Pośrodku nitek, w samej zarodni, widzimy ziarenka, bardzo małe, przypominające ziarenkowce; ziarenka te silnie załamują światło i posiadają blask. Oglądając hodowle w kropli wiszącej co godzinę, widzimy, że ziarenka te posiadają zdolność przesuwania się od środka ku obwodom nitki, miejscami ziarenka wychodzą poza granice nitki i swobodnie leżą na pożywce, miejscami natomiast łączą się razem, wytwarzając twór okrągły, koloru różowawego, który po 24—48 godzinach przybiera postać zarodnika; zarodniki te tak samo, jak i ziarenka, posiadają zdolność przesuwania się ku obwodowi; niektóre z nich już w samej nitce kiełkują w świeże grzybnie, niektóre natomiast zaczynają tworzyć grzybnie dopiero wtedy, kiedy wyjdą po za granice nitki; jednocześnie widzimy, że w samych komórkach grzybni zachodzą zmiany, a mianowicie, komórki obrzmiewają, zarodek rozpada się na ziarenka, które następnie tworzą zarodniki, otrzymujemy w ten sposób chlamydosporę, które należy rozpatrywać, jako niedojrzałe

ascusy. Sama hodowla po 2 tygodniach jest wzniesiona, wilgotna, podzielona promienistymi wcięciami na kilka części; kolor hodowli waha się od żółtego do ciemno-fioletowego. *Trichophyton violaceum*, hodowany przy ciepłocie stałej, nigdy nie wytwarza nittek powietrznych i zarodników zewnętrznych. Tak wygląda hodowla *trichophyton violaceum*, jeżeli trzymać ją będziemy przy ciepłocie stałej, w cieplarni lub pokoju.

Wychodząc z założenia, że materiał do szczepienia otrzymujemy ze skóry ludzkiej i że ciepłota skóry ludzkiej nie jest stałą, tembardziej ciepłota naskórka, który się stale znajduje pod wpływem warunków zewnętrznych, postanowiłem stwierdzić, jaka ciepłota najlepiej odpowiada rozwojowi grzybka. Okazało się, że ciepłota ta waha się między 23 i 28° C: przy tej ciepłocie grzybek rozwija się najszybciej, tak, że już po 3 — 4 dniach daje grzybnicę dobrze rozwiniętą. Ze względu na to, że ciepłota naskórka nie jest stałą, zacząłem hodować grzybki przy ciepłocie wahającej się, a mianowicie: trzymałem hodowlę w ciągu 24 godzin w cieplarni przy 24°, a następnie wyjmowałem hodowlę do pokoju na 2—3 godziny; powtarzając taką kombinację co dzień, zauważyłem po 4—5 dniach, że w hodowli na obwodzie zaczynają się tworzyć niteczki powietrzne, które promienisto rozchodzą się w różne strony; jeżeli hodowlę taką zatrzymamy kilka dni w cieplarni, niteczki znikają, jeżeli znowu poddamy ją działaniu wahającej się ciepłoty, niteczki zjawiają się na nowo. Tu dopiero występuje najważniejsza właściwość grzybków, która jest źródłem ich zmienności: grzybki przenoszą raz zdobyte cechy przy jednakowych warunkach na pokolenia następne; jeżeli przeszczepimy obwodową część hodowli na świeżą pożywkę i znowu hodować będziemy przy takich samych warunkach (przy ciepłocie zmiennej), to następne pokolenia wytwarzają niteczki w większej ilości i cała hodowla przybiera kolor białawy.

Po 5 dniach, na powierzchni hodowli zjawia się puszek, który składa się z grzybni nittek powietrznych. W 3-ej generacji nitki te zdobywają już większą odporność w stosunku do ciepłoty, zaczynają się zjawiać także i przy ciepłocie stałej; jeżeli przeszczepimy biały puch na świeże podłoże, wtedy już i przy stałej ciepłocie otrzymujemy hodowlę białą, która składa się z grzybni powietrznej, na której siedzą zarazki zewnętrzne, z jednej i drugiej strony wytwarzając grona.



Hodowla z wyglądu i z właściwości morfologicznych podobna jest raczej do *trichophyton granulorum*. Raz jeden udało mi się taką zmienność w grzybku fiołkowym otrzymać już w pierwszej generacji, miało to miejsce z hodowlą, którą otrzymałem z wykwitu u chorej z oddziału dr-a Bernhardta. Chora była dotknięta grzybicą strzygącą, uogólnioną; wykwity były umiejscowione na głowie, na tułowie i na paznokciach. Hodowle założyłem z każdego miejsca oddzielnie; część rurek z posianiem łuskami trzymałem w cieplarni przy temperaturze stałej ( $37^{\circ}$ ), a część przy temperaturze wahającej się ( $24^{\circ}$  i pokojowej). W cieplarni przy temperaturze stałej wyrósł *trichophyton violaceum*, natomiast w rurkach, które wyjmowałem co dzień z cieplarki zjawiała się hodowla żółta, która po 6 — 7 dniach zaczęła wytwarzać niteczki powietrzne i cała hodowla przybrała kolor biały, nie było żadnej wątpliwości, że mamy tu nie *trichophyton violaceum*, ale *trichophyton granulorum*. Nasuwa się pytanie, czy nie miało w tym wypadku miejsca zakażenie jednego i tego samego człowieka przez dwa grzybki, przez *trichophyton violaceum* i *trichophyton granu-*

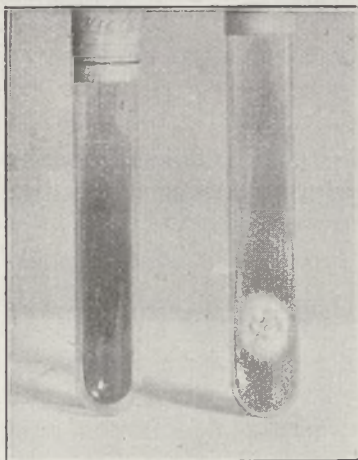


Fig. 1.

Tr. *violaceum*, hodowany w cieplarni przy  $t^{\circ} = 24^{\circ}$  na pożywce agarowej ( $2\frac{1}{2}\%$  agaru).

Fig. 2.

Tr. *violaceum*, hodowany w cieplarni przy temperaturze zmiennej na pożywce, zawierającej  $5\%$  agaru.

losum. Jeżeliby tak było, wtedy oba grzybki wyrosłyby i przy ciepłocie stałej, prócz tego grzybek byłaby rogatego (*trichophyton granulosum*), który rozwija się znacznie szybciej, rozwinąłby się w pierw, a następnie dopiero zjawiłby się *trichophyton violaceum*, tu natomiast mamy zjawisko odwrotne.

Na zasadzie materiału, którym rozporządzam, twierdzę, że grzybek fioletowy pod wpływem wahającej się ciepłoty, może zmienić swoje właściwości morfologiczne o tyle, że staje się podobnym do grzybka innego gatunku.

Na zakończenie chcę zaznaczyć, że wahania ciepłoty odgrywają tu rolę pośrednią, bezpośrednim czynnikiem natomiast jest różnica w wyparowaniu wody kondensacyjnej, która występuje pod wpływem różnicy w ciepłocie.

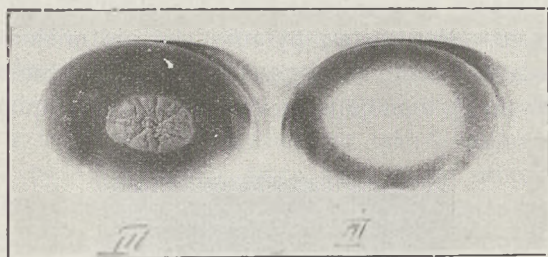


Fig. III,

Fig. IV.

Tr. violaceum i tr. granulosum, otrzymane z wykwitów u jednego i tego samego osobnika, z jednego i tego samego miejsca.

---

## O leczeniu przymiotu ziemnicą.

Podał

**J. ROSENBERG.** (Warszawa).

Wprowadzona w 1917 r. przez Wagnera v. Jauregga metoda leczenia paralizu postępującego zimnicą dokonała w tej dziedzinie niezwykłego przewrotu i rozstrzygnęła zasadniczo sprawę uleczalności tego tak niezwykle ciężkiego cierpienia. Chodzi tylko o to, by w każdym przypadku było ono jaknajwcześniej rozpoznane i by jaknajrychlej przystąpić do właściwego leczenia. Jak wykazała statystyka z kliniki Wagnera (Gerstman), ta metoda leczenia paralizu daje 60% remisji; według Weyganda otrzymuje się przy tej metodzie 50%, według Nonne'go 58% remisji; Plehn otrzymywał w 1/3 przypadków remisję zupełną, a w 1/3 niezupełną. Przeciętnie w 30% przypadków chorzy stają się zdolnymi do wykonywania swej pracy zawodowej, a więc, praktycznie wzięwszy, są oni zupełnie wyleczeni. W miarę poprawy stanu klinicznego zmienia się na lepsze również dodatni odczyn W-a we krwi. Te niezwykłe wyniki leczenia porażenia postępującego zimnicą nasunęły klinicystom myśl, by zastosować tę metodę do leczenia przymiotu wogóle. Bo przyznać należy, że choć przy pomocy dotychczasowych środków, szczególnie bizmutu i salwarsanu, udaje się nam najczęściej zwalczyć infekcję i nieraz wyleczyć chorego, nie jesteśmy jednak w stanie zapobiec wystąpieniu w przyszłości cierpień metaluetycznych. Co prawda, jak wiadomo, na szczęście tylko do 10% chorych kiłowych zapada na przymiot układu nerwowego (lues cerebro-spinalis, tabes, p. p. i inne), a do 4,67% na p. p.. Kto zapadnie na metalues, tego jednak zgóry określić nie umiemy, nawet najdokładniej leczone przypadki nie są również od tego zabezpieczone. Według Kraepelina, leczenie nie wywiera żadnego wpływu na występowanie porażenia postępującego, jedynie odgrywa w tym wypadku rolę usposobienie ustrojowe.

Klinika wiedeńska Fingera, która pierwsza wprowadziła współleczenie przymiotu zimnicą, kierowała się właśnie ideą o zupełnem zniszczeniu zarazka i zapobieżeniu w przyszłości cierpieniom metaluetycznym. W klinice Fingera leczenie przeprowadza się w sposób następujący. Chory w ciągu 4 tygodni otrzymuje 3 gr. neosalwarsanu, poczem szczepi mu się malarję (trzeciackę)



zastrzykując podskórnie 2—4 ccm. krwi (na grzbiecie); czas wy-  
łęgania równa się 2 tygodniom. Po 8—10 napadach przerywa  
się je śródżylnem wstrzykiwaniem 10% chinini-bisulph., przyczem  
chory w ciągu 2 dni otrzymuje po 2 iniekcje (5 ccm. każda)  
w odstępach 8 godzin, drugiego zaś dnia na nowo rozpoczynamy  
leczenie neosalwarsanem (3 gr. w ciągu 4 tygodni). Przeci-  
wskazaniem dla leczenia malarją jest starszy wiek chorego (po-  
wyżej 55 lat), gruźlica, zmiany w sercu lub tętnicy głównej, cięż-  
kie zmiany w nerkach i ciąża.

Najgorętszy zwolennik tej metody leczenia z kliniki Fingera  
Kyrle stosował ją przede wszystkim w przypadkach kiły utajonej,  
w których zmiany serologiczne nie poddawały się zwykłemu lecze-  
niu swoistemu, a później w kile jawnej 2 go okresu. W 1926 r.  
Kyrle wraz z Fingerem ogłaszają wyniki leczenia 1500 przypadków  
przymiotu i są niemi wprost zachwyceni: wszędzie ustępują zmiany  
serologiczne w płynie i we krwi, a przymiot 2-rzędowy daje się  
zupełnie wyleczyć jednorazowym leczeniem.

Według współpracowników Kyrle'go — Matuschki  
i Rosnera, zimnica najkorzystniej wpływa na wczesne postaci  
przymiotu, w późniejszych zaś dodatni wynik otrzymujemy w  $\frac{2}{3}$   
przypadków, zabezpiecza też w tym okresie w pewny stopniu  
od zajęcia opon mózgowych, w ciężkich zaś przypadkach znacz-  
nie skraca czas leczenia. — Według tychże autorów, malarja jest  
najpotężniejszym środkiem nieswoistym, znacznie wzmacniającym  
działanie leczenia swoistego; jej znaczenie jest bezporne w przy-  
padkach przymiotu, nie poddających się innym metodom le-  
czenia.

Ci sami badacze w 1927 r. ogłosili monografię p. t. „Ma-  
lariatherapie der Syphilis“, w której podali wyniki swych spostrze-  
żeń, trwających 4 lata: we wczesnych postaciach choroby, trwa-  
jących do 2 lat w 99,1% przypadków odczyn W-a we krwi sta-  
wał się ujemnym, a w płynie nawet w 100%; nawroty serolo-  
giczne należały do rzadkości, nieco częściej zdarzały się nawroty  
kliniczne. — W późniejszym przymiocie nieraz odczyny serolo-  
giczne nie ulegały zmianie, kliniczne jednak wyniki uważają wy-  
mienieni wyżej autorzy za lepsze, niż otrzymywane przy dotych-  
czasowych metodach leczenia, — przy wrodzonym przymiocie  
dodatni odczyn W-a we krwi bardzo często nie ulega zmianie,

częściowo tylko współleczenie zimnicą wpływa na keratitis parenchymatosa, w bardzo małym stopniu na meso-aortitis.

Prócz Fingev'a i Kyrle'go, gorącymi zwolennikami leczenia przymiotu malarją są Bering, Scherber i inni. U nas sprawą szczepienia malarji we wczesnym przymiocie żywo zainteresował się Walter, który ogłosił w tej materji parę prac.

Pytanie zachodzi, czy entuzjazm niektórych badaczy jest rzeczywiście usprawiedliwiony, i czy zimnica żyściła nadzieje, jakie w niej pokładano. — By odpowiedzieć na te pytania należy rozpatrzeć bliżej i krytyczniej wyniki, otrzymane przez rozmaitych klinicystów. — Przedewszystkiem już z późniejszych sprawozdań, pochodzących z kliniki Fingera, wynika, iż zdarzały się nawroty kliniczne, że nieraz w późniejszym przymiocie dodatnie odczyny serologiczne się nie zmieniały, a przy wrodzonym przymiocie dodatni odczyn W-a we krwi nadzwyczaj często nie uległ zmianie; Scherber tylko w 28% przypadków otrzymał zmianę zupełnie dodatniego odczynu W-a w płynie na ujemny; o nawrotach klinicznych i serologicznych wspominają Kyrle, Scherber i inni. Dalej należy zaznaczyć, że zimnica nie wywiera bezpośredniego wpływu na krętki blade, wzmacnia tylko obronne siły ustroju i w ten sposób zwalcza infekcję kiłową przy pomocy środków swoistych, ale sama przez się nie leczy przymiotu ani zapobiega cierpieniom następczym. — Według Much'y, współleczenie malarją nie zapobiega neurorecydywom, niewyłączone więc jest, pomimo stosowania zimnicy we wczesnym okresie przymiotu, wystąpienie w przyszłości władu rdzenia lub porażenia postępującego (Ziehler).

Z drugiej strony, należy pamiętać, że zimnica szczepiona jest chorobą poważną i może spowodować rozmaite komplikacje, nieraz bardzo groźne (osłabienie czynności serca, zapaść, gwałtowny rozpad czerwonych ciałek krwi i inn.).

Wreszcie spostrzegano nieraz prowokacyjne działanie zimnicy: wywoływała ona niekiedy obostrzenie objawów klinicznych w przypadkach przymiotu 2-rzędowego (Scherber, Walter).

Jeżeli do powyższego dodamy, że wszystkiego około 10% chorych kiłowych zapada na przymiot ośrodkowego układu nerwowego (lues cerebro-spinalis, tabes, p. p.) i że nie mamy najmniejszej zasady przypuszczać, iż zimnica + leczenie swoiste zabezpieczają z pewnością od późniejszych cierpień metaluetycz-



nych, to dojść musimy do wniosku, iż stosowanie tej metody leczenia u wszystkich chorych kiłowych, jak tego chce klinika Fingera, i narażanie ich na rozmaite niebezpieczeństwa i następstwa szczepienia malarji niczem nie jest usprawiedliwione.

Możnaby się było ewentualnie zgodzić z poglądem Ziehlera, który powiada, iż należy stosować zimnicę w przypadkach przymiotu, niepoddających się bardzo energicznemu swoistemu leczeniu, jak również we wszystkich przypadkach neurołuesu.

Okres stosowania tej metody leczenia we wczesnym przymiocie jest zresztą jeszcze zbyt krótki, by można było już teraz wydać o niej ostateczny sąd, przypuszczam więc, iż winny być prowadzone dalsze oględne badania w tym kierunku, które z czasem niewątpliwie wyjaśnią jej istotną wartość.

---

Dr. Wacław Sterlinga

Z oddziału chorób skóry i wenerycznych

## **Próby leczenia wiewióra parami formaliny.**

Podał

**B. FRYDMAN.**

Przebieg wiewióra zależy od ogólnej konstytucji chorego, budowy cewki i stopnia jadowitości zarazka. Od czasu wykrycia dwoinek przez Neissera leczenie wiewióra zmierzało ku temu, by chorobę opanować li tylko środkami bakterjobjęciami. Neisser (i jego szkoła) wprowadził do leczenia wiewióra organiczne i nieorganiczne preparaty srebra w przypuszczeniu, że im więcej srebra preparat w sobie zawiera i im silniej może drażyć wgłąb tkanki bez jednoczesnego uszkodzenia komórek—tem wydatniejsze staje się jego działanie lecznicze. Ale już w 1903 r. Arthur Leibin zwrócił uwagę na słabe przenikanie wgłąb tkanki preparatów srebra, przyczem stwierdził ich działanie bakterjobjęcze li tylko w przypadkach Gonorr. superficialis; w Gonorr. profunda i complicata, t. j. gdy zajęte są krypty Morgagni'ego, gruczołów Littre i dróg parauretralnych, znaczenie tych leków jest żadne. W czasach Neissera mało jeszcze uwagi zwracano na warunki ustrojowe chorego i nie oceniano jeszcze



wpływu ustroju na przebieg chorób. A wiadomo dziś, że często siły obronne ustroju mają wpływ decydujący na wynik leczenia wiewióra. Bywają przypadki wiewióra zupełnie nieleczone, w których cierpienie zanika w przeciągu 24—48 godz., w innych natomiast i kilkumiesięczne leczenie nie prowadzi jeszcze do pożądanego rezultatu. Zeissl wypowiedział zdanie, że dla wyleczenia wiewióra wystarczy chorego położyć do łóżka i wyznaczyć mu należną dietę; Zieler przypuszcza, że przy dostatecznym wytwarzaniu się w organizmie przeciwciał, wiewiór daje się wyleczyć bez żadnego leczenia, to też sądzi, że zasadniczym postulatem w leczeniu tego swoistego cierpienia winno być: nie przeszkadzać organizmowi w walce z chorobą, *primum non nocere*. Ale nie zawsze organizm jest zdolny tę samoobronę rozwinąć, aby chorobę własnymi siłami zwalczyć. To też z biegiem rozwoju wiedzy lekarskiej do arsenału środków leczniczych przybývają te, które mają tę samoobronę wznióc: szczepionki, auto-szczepionki, proteinoterapia; ostatnio rozpoczynają się próby leczenia wiewióra malarją. Ale i obecnie, obok ogólnej terapii, leczenie miejscowe schorzałej śluzówki cewki ma znaczenie i wartość pierwszorzędną; ujemną stroną używanych obecnie środków jest ich działanie powierzchowne.

W Nr. 3 *Dermatologische Wochenschrift* r. 1928 pojawił się artykuł dra Monisa<sup>1)</sup> o leczeniu wiewióra parami formaliny. M. słusznie zwrócił uwagę na środki gazowe, jako bardziej przepuszczalne dla śluzówki i zajął się przedewszystkiem parami formaliny, wiadomo bowiem, że działanie odkażające podawanej do wewnątrz urotropiny polega na jej odszczepianiu. Badania doświadczalne nad łańcuszkowcami, gronkowcami i dwoinkami wiewióra dowiodły, iż jednominutowe działanie par formaliny jest dla tych mikrobów śmiertelne, ich działaniu opierają się tylko pałeczki gruźlicze. Dla zabiegu służy szklana kolba z gumowym korkiem o trzech otworach: do szklanej rurki, która węzłem gumowym łączy się przez kankę janetowską z cewką chorego, termometru i dmuchawki, którą tłoczy się pary formaliny. Wszystko to umieszczamy w wodnej łaźni, nagrzewamy ją, aż pary for-

---

<sup>1)</sup> Dr. J. Monis. *Dermatologische Wochenschrift* Nr. 3, 1928 r. 110 — 111. Über Versuche mit Formalindämpfen bei der Behandlung der akuten . chronischen Urethritis.

maliny osiągną 40—50°C. Koszty leczenia są minimalne: 100 tabletek formaliny, które umieszczamy na dnie kolby, wystarcza na nieokreślony okres czasu (czynnik nie bez znaczenia w dzisiejszych czasach przy przerażającym rozwoju chorób wenerycznych).

Wyniki lecznicze, podane przez M., były bardzo zachęcające, leczenie ostrego przypadku wiewióra trwa około tygodnia, chrońnicznego 4—5 dni; M. podaje jeden przypadek nieżyty cewki, trwającego 8 lat, a który znikł po 5-ciu dniach leczenia. W doniesieniu tymczasowem o próbach leczenia parami formaliny, które rozpocząłem na oddziale D-ra Wacława Sterlinga, i jakie miałem zaszczyt przedstawić na jednym z posiedzeń klinicznych Szpitala w 1928 r., podałem, że dotychczasowe próby nie dały tych wyników; wskazałem tam przedewszystkiem na silną bolesność zabiegu (pary formaliny, rozciągającej schorzałą zapalną cewkę, wywołują bardzo silne pieczenie) i możliwość powikłań. Dalsze próby potwierdziły, niestety, te przypuszczenia. Większość chorych z powodu b. silnego bólu po kilku zabiegach nie zgadzała się na dalsze ich wykonywanie. W tych zaś przypadkach, gdy chorzy, mimo gwałtownych bólów, zgadzali się na dalsze prowadzenie leczenia, zaczęły się objawiać niepożądane powikłania: obrzęknięcie napletka i nawet prącia, zapalenie najądrza, a w niektórych przypadkach w wydzielinie ropnej zaczęła ukazywać się krew. Mimo kilkakrotnych wdmuchiwań, ani w jednym przypadku cewka nie dała się wyjąłować: badana drobnowidzowo wydzielina ropna wykazywała zawsze dwoinki Neissera. Pojawienie się powikłań, czy też b. silna bolesność, zmuszały mnie w każdym przypadku do przerywania leczenia tym sposobem. Po kilkunastu niefortunnych próbach (leczyłem tym sposobem 16 przypadków) przerwałem dalsze leczenie parami formaliny. Tak więc, nowy ten sposób leczenia wiewióra, słuszny być może w założeniu teoretycznem (lepsze przenikanie leków gazowych włąb schorzałej cewki), okazał się w zastosowaniu praktycznem, co do par formaliny, nietylko mniej wartościowym od dotychczasowych, ale wręcz nawet szkodliwym. To też dalsze próby leczenia wiewióra parami formaliny przerwaliśmy na oddziale jako bezcelowe.

---

## O psychopochodności niektórych zaburzeń czynnościowych w sferze rodnej kobiety.<sup>1)</sup>

(Zestawienie).

P o d a ł

**E. Birzowski** (Warszawa).

Ostatniemi czasy coraz więcej zwolenników zdobywa kierunek biologiczny, ujmujący osobowość, jako jednostkę psychofizyczną, której czynności fizyczne i procesy duchowe są wyrazem indywidualnego charakteru ustrojowego.

Coraz bardziej utrwala się pogląd na istotę całego szeregu dolegliwości i zaburzeń cielesnych, jako na czysto indywidualne odzwierciedlenie psychofizycznego charakteru danego osobnika (autoplastyczny obraz choroby Goldscheidera) w zależności od różnolitego sposobu oddziaływania jego psychoroślinnego układu nerwowego.

W ostatnich dopiero czasach zaczynamy oceniać ogromną rolę układu roślinnego, filogenetycznie najstarszego. Doświadczenia Canona, Veraguta i innych, oraz wielkie eksperymenty Pawłowa, dowiodły niezbitnie wybitnego wpływu sfery psychicznej poprzez układ automatyczny na czynności narządów wydzielniczych i mięśni gładkich. Zgodnie z temi badaniami fakt, iż momenty czysto psychiczne (takie, jak przestrach, tresura, przyzwyczajanie, oczekiwanie, radość, ból, głód) mogą wywierać znaczny wpływ na przebieg procesów fizjologicznych naszego ustroju, podlegających układowi autonomicznemu, daje nam prawo twierdzić, iż układ ten jest cielesnym wyrazicielem naszej psychiki. Pogląd ten w równym stopniu odnosi się i do dziedziny patologii ustroju. Tak więc szereg objawów i stanów chorobowych możemy ująć, jako wyraz zaburzeń w układzie autonomicznym. Zaburzenia te mogą powstać naskutek zadziałania trójakiego rodzaju czynników: 1) dzięki zadziałaniu wydzieliny dokrewnej, 2) dzięki bodźcom, idącym drogą nerwów czuciowych, które łączą się z ośrodkami układu autonomicznego i tworzą łuk odruchowy czuciowo-roślinny i 3) drogą bodźców psychicznych, świadomych i nieświadomych. Dobitym wyrazem tych poglądów jest uznawanie przez wielu badaczy neurogenezy i psycho-

---

<sup>1)</sup> Rzecz nagrodzona na „Konkursie im. Kwartalnika Klinicznego” (r. 1928) o nagrodę za „najlepszy artykuł oryginalny lub zestawienie z pogranicza ginekologii a neurologji (wzgl. psychjatriji)“.



pochodności wrzodu żołądka, nerwopochodności całego szeregu schorzeń żołądkowo-jelitowych, układu krążenia, dróg oddechowych, skóry (Bergmann, Weizsäcker, Heyer, Katsch).

Odwrotnie, zaburzenia w czynności gruczołów wewnątrzwydzielniczych, a nawet jedynie anatomiczne odchylenia od prawidłowej budowy ciała ludzkiego, mogą się potężnie odbijać na stanie naszej psychiki. Za przykład mogą służyć w pierwszym wypadku charakterystyczny stan drażliwości psychicznej i zmienności nastroju u osób, dotkniętych chorobą Basedowa, objawy psychiczne w śluzoobrzęku, akromegalji. Ciekawym zaś przykładem korelacji czynnika czysto somatycznego z psychicznym jest, wg. Würtza (cyt. u Liepmanna), fakt, że wśród jego wychowanków-garbusów-prawie 99% posiada charakter złośliwy, drażliwy, skłonny do kłótni. Ułomność fizyczna odbija się również na ich psychice.

Podkreślona wyżej zależność wzajemna pomiędzy psychiką, układem somatycznym i wewnątrzwydzielniczym wybitniej jeszcze występuje u kobiet. Przyczyną tego jest fakt, że kobieta już fizjologicznie jest znacznie bardziej pobudliwa, więcej afektywna i emocjonalna, łatwiej zatem podatna na szkodliwości życia codziennego. Wynika stąd, że już z natury rzeczy jest ona skłonna do zaburzeń na tle psychonerwowem, a skłonność tę wzmacnia życie wielkomięskie z jego tysiącem pokus i niebezpieczeństw.

B. Kroenig w roku 1902 pierwszy podkreślił psychopochodność niektórych zaburzeń w zakresie narządów płciowych kobiet. Pogląd ten rozwijali w dalszym ciągu: Menge, Jaschke, Pankow, Opitz, Schröder, Mathes, a najkonsekwentniej czynił to Walthard, opierając się w swych badaniach i rozważaniach na „dynamice afektów“, teorii kompleksów Bleulera i częściowo na psychoanalizie Freuda oraz na teorii odruchów warunkowych Pawłowa.

Ażeby zrozumieć rolę psychiki w fizjologii i patologji ustroju kobiecego, należy sięgnąć do podstaw jej struktury psychicznej. Dokonywa tego W. Liepmann w swej „Psychologii kobiety“ ustalając trzy biologiczne prawa rządzące psychofizyczną istotą kobiety.

1. Prawo biologicznego zahamowania rozwojowego pierwszcy kobiecej w porównaniu z męską;

2. Biologiczne usposobienie do zranienia pierwszczy kobiecej (vulneritas).

3. Nasylenie istoty kobiecej płciowością (wszechpłciowość parsexualizm).—Dane, na których zasadzie L i e p m a n n dochodzi do swych wniosków, są następujące:

Ad 1. Zahamowanie rozwojowe, charakterystyczne już dla zarodkowego okresu pierwszczy kobiecej, przejawia się w sposób widoczny w tem, że, podczas gdy jądra wędrują niejako na zewnątrz jam ciała (descensus testiculorum), jajniki pozostają w dalszym ciągu bliżej swego pierwotnego zarodkowego ułożenia w jamie brzusznej. Również i cały habitus narządów płciowych kobiecych, zewnętrznych i wewnętrznych, bardziej jest zbliżony do swego stanu zarodkowego w przeciwstawieniu do wyraźniej zróżnicowanych męskich narządów płciowych. Zahamowanie to trwa również i w dalszym ciągu życia pozapłodowego kobiety i odbija się na wszystkich narządach i organach jej ustroju. Podobnie jak zarodek płci żeńskiej bardziej przypomina stan niezróżnicowania płciowego, tak też wg. Liepmanna i dorosła kobieta zbliża się do habitus infantilis. Nie waha się również Liepmann rozciągnąć w swym twierdzeniu tej cechy zahamowania i na mózg kobiecy, zaliczając go do narządów o charakterze drugorzędnych cech płciowych, dodaje przytem: „tak samo, jak nikomu nie przyjdzie na myśl stawiać plemnik biologicznie wyżej nad jajo kobiece, tak też nie można wywyższać mózgu męskiego nad kobiecy; każdy z nich jest swoiście ukształtowany i w swoisty sposób działa“.

Ad 2: Druga cecha biologiczna plazmy kobiecej, vulneritas, ranliwość fizjologiczna, przewija się czerwoną nicią przez cały ciąg życia kobiety, od jego zarania zarodkowego aż do okresu przekwitania. Poczynając od chwili przebicia jaja przez plemnik, poprzez okresowe przerywanie powierzchni jaja z następującem ranieniem i bliznowaceniem w przerwach dwudziestośmiodniowych, związanego z krwawem wydzielaniem się części śluzówki macicy (oznaki poronienia jaja niezapłodnionego), aż do krwawego rozdarcia błony dziewiczej, aż do ciąży, porodu i położu, z całym szeregiem ich psychofizycznych wstrząsów i niebezpieczeństw, mamy do czynienia z vulneritas komórek kobiecych. Nadto wyrazem tej ranliwości jest jeszcze w pewnym stopniu niebezpieczne ustawienie narządów rodnych kobiety w stosunku do jamy brzusznej.

Ad 3: Tę cechę, którą Lipmann określa jako wszechpłciowość (pansexualizm) plazmy kobiecej, uwzględnia już Virchow, mówiąc, iż wszystkie cechy duszy i ciała kobiety, to wszystko, co w kobiecie podziwiamy, co w niej nas gorszy lub gniewa, zależy od budowy i stanu fizjologicznego jej jajników. Hans Friedenthal w „Beiträge zur Naturgeschichte des Menschen“ przytacza następujące dane z zakresu anatomii porównawczej narządów płciowych: narządy płciowe kobiece wielkością swoją zarówno bezwzględnie, jak względnie, przewyższają także narządy wszystkich innych prymatów. Żaden gatunek małp nie posiada takiego bogactwa drugorzędnych cech płciowych, jak kobieta; jej pochwa i macica są o wiele doskonalsze niż u samicy goryla lub orangutanga. Pochwa kobieca posiada cały układ fałd poprzecznych, mających na celu powiększenie orgazmu podczas aktu płciowego. U kobiety jajnik stanowi 1/5000 część wagi jej ciała, u krowy zaś tylko 1/50000, czyli że gruczoł płciowy jest stosunkowo blisko dziesięć razy cięższy niż tenże gruczoł u zwierząt przeżuujących. Dentici, który w roku 1922 badał narządy płciowe Hippopotamus amphibius, przekonał się, iż jajnik tego kolosalnego zwierzęcia równa się prawie co do swej wielkości jajnikowi kobiety.

Na marginesie tych badań czyni Niemiłow następujące uwagi: „Upamiętnijmy sobie, iż w subtelne i stosunkowo niewielkie ciało kobiece natura włożyła ogromne, jak u Hippopotamus, jajniki z nadmiernie rozwiniętą w porównaniu ze zwierzętami częścią dokrewnowydzielniczą, a stanie nam się jasne, że przy pomocy układu nerwowego i wydzieliny gruczołów dokrewnych trzymają one swemi potężnymi hormonami cały ustrój kobiecy w swej władzy. Rzecz prosta, iż wszystkie te fizjologicznie występujące cechy nie mogą nie znaleźć swego odbicia w całym szeregu somatycznych procesów patologicznych. Narządy rodne kobiece w związku ze swą nieustanną pracą fizjologiczną (pokwitanie, jajczkowanie, miesiączkowanie, ciąża, porogi, a wreszcie przekwitanie), częściej w porównaniu z męskimi bywają wystawione na niebezpieczeństwo schorzenia. Gurlt („Statystyka nowotworów“) stwierdził, iż na ogólną liczbę 15880 chorych na nowotwory (wiedeński i berliński materiał szpitalny) przypada 4740 mężczyzn, a 11140 kobiet, czyli, że stosunek wynosi tu 1:2,3. Jaskrawość tego zestawienia uwydatni się jeszcze bardziej, jeżeli uwzględnimy umiejscowienie nowotworów: znajdziemy wtedy, na 4316 wypadków nowotworów



u mężczyzn, 256 przypadków nowotworów narządów płciowych; na 9557 kobiet zaś mamy 6530 przypadków nowotworów narządów płciowych, z czego wynika, że u kobiet w porównaniu z mężczyznami 11 razy częściej występują nowotwory tych narządów. Również i Winckel w swej „Ginekologii ogólnej“ stwierdza, iż na liczbę tysięcy zwłok kobiecych zmarłych nie na choroby narządów rodnych, lecz ogólne, znajdował, co następuje: 13% nowotworów jajników, 23% nieprawidłowych ułożeń narządów rodnych, 33% nowotworów macicy i 39 zapaleń przymacicznych, czyli że na 1000 zwłok kobiecych zaledwie w 14% nie stwierdzono schorzeń ginekologicznych.

Również i psychika kobiety może być ujęta w świetle tych trzech zasadniczych podstaw biologicznych płazmy kobiecej.

Wrodzona cecha zahamowania powstrzymuje umysł kobiecy od myślenia abstrakcyjnego, kieruje go wewnątrz siebie samego, czyni go bardziej podmiotowym, egocentrycznym, podatniejszym na obce wpływy, powiększa zatem sugestywność i bierność kobiety.

Biologiczna vulneritas jest źródłem wzmożonej pobudliwości psychiki kobiecej i, co za tem idzie, jej emocjonalności, afektywności. Rzutowanie rahliwości fizjologicznej na sferę duchową kobiety stwierdza Kraepelin w słowach następujących: „Zazwyczaj fizjologicznemu nawet przebiegowi miesiączkowania, prawie że stale, towarzyszy pewne wzmożenie wrażliwości nerwowej i psychicznej, podniecenie, przybierające u poszczególnych osób formy wyraźnie chorobowe. Znane są objawy nerwowe różnego rodzaju: hyperemesis, salivatio, neuralgie, zmiana gustu, towarzyszące normalnej ciąży; są one wyrazem wzmożonej (na tle toksycznym) pobudliwości układu nerwowego i stoją już na granicy patologji. Połogowi również swoiste są zaburzenia duchowe, jak wzmożona afektywność i melancholja i inn. Co do okresu przekwitania, to Kraepelin twierdzi, iż w tym okresie w znacznym stopniu przejawia się skłonność do chorób psychicznych, zaburzeń nerwowych. Ogromna rola, którą płciowość odgrywa w psychice kobiety, uwidocznia się wg. Kraepelina w tej grupie zaburzeń duchowych, których źródłem są różne procesy progenitury (ciąża, połóg, lactatio). Średnio biorąc, przypada na nie blisko 14% schorzeń psychicznych.

Herszan (klinika Frenkla) wyraża się o tem samem w sposób następujący: „Charakterystycznym momentem, odróżniającym

zdrową i dojrzałą kobietę od osobnika płci męskiej jest duchowa i fizyczna zależność od sfery płciowej. Kobieta, mówi on, jest istotą płciową nawskroś, że się tak wyrażę, przesiąkniętą płciowością. Niedomagania i zaburzenia, tak łatwo powstające na tle tej ostatniej, w związku z okresowymi zmianami w ustroju kobiety, częściej niż u mężczyzn wywołują u niej schorzenia fizyczne, i duchowe, ale i prócz tego psychika kobieca bardziej bierna i podatniejsza na wpływy, skłonna jest do psychoz na tle niezaspokojenia, bólu i t. p. czynników.

Wszystkie te trzy cechy biologiczne, dające się, jak to wiadać z powyższego, wykazać w normalnej psychice kobiecej, uwy puklając się, jak pod szkłem powiększającym, w poszczególnych jednostkach chorobowych, a przede wszystkim w hysterji, gdyż wg. Reimanna stosunek występowania schorzeń hysterycznych u mężczyzn do kobiet wynosi 1:3,8, a wg. Strasky'ego każda kobieta z natury rzeczy ma usposobienie do hysterji<sup>1)</sup>. „Hysterja, jako całość, twierdzi Strasky, jest samym w sobie skończonym konstytucyjno-patologicznym układem duchowym z typowym usposobieniem psychicznego i somatycznego reagowania“. Zasadniczą cechą charakteru hysterycznego — mówi Strasky — jest jego krańcowy hiperegocentryzm, zdolność i skłonność do aktorstwa, grania „ról“ w życiu, celem ciągłego zwracania na siebie uwagi. To tło psychiczne, nietrwałe, nieustalone, stwarza, z jednej strony, skłonność do różnorodnych rozdźwięków duchowych, z drugiej zaś strony, swoiste jest dla charakteru hysterycznego i hysteroidnego — dzięki jego wewnętrznemu składowi — symulowanie, oszukiwanie, pozorowanie, udawanie i staranie się być wyższym, niż się do tego jest zdolnym. Usposobienie to kryje się głęboko w podświadomości tak, że osobnik, obdarzony takim charakterem, jest czasem nieświadomy lub tylko częściowo świadomy samego siebie; stąd ta skłonność do pseudologii fantastycznej. Hysteryczny właśnie charakter szuka często ucieczki w chorobie (Freud), w świecie urojeń, z powodu niemożności zaspokojenia rzeczywistością odurza się fantastycznymi snami na jawie, czy też innymi narcystycznymi wytworami wyobraźni o treści „samowyywyższającej“, czasami symbolicznie ukrytymi.

---

<sup>1)</sup> Wg. Hoche'go i in., każdy z nas zresztą ma w sobie pewne zadatki hysterji, które jednak przeważnie występują u kobiet.

„Charakterystyczną dla hysterji — podaje dalej Stransky — jest psychopochodność jej poszczególnych objawów; wszystkie one stoją ostatecznie w ścisłym związku z afektami lub spowodowanemi przez afekty procesami duchowemi, wtedy nawet, gdy związek ten nie jest dla nas odrazu jasny (ukrył się „misternie“ w podświadomości, by kiedyś niespodzianie wypłynąć na powierzchnię świadomości). Tu zaiste psychodynamika Freuda święci niepodzielnie swe tryumfy. Jak wiadomo, wg. Freuda i Breuera, istota objawów histerycznych tkwi w nieudalém tłumieniu popędu płciowego i związanem z tym mechanizmem tłumienia poczuciem winy.

Później Freud rozszerzył swe dociekania znacznie poza ramy hysterji. Tego rodzaju ujęcie, aczkolwiek nader głębokie i poniekąd wprost genialne, jest może nieco jednostronne. Zresztą istotnie pierwiastek seksualny odgrywa ogromną rolę w hysterji pośrednio i bezpośrednio. Widzieliśmy, iż *vulneritas* kobiety powoduje u niej już fizjologicznie większą drażliwość, emocjonalność i afektywność; nic więc dziwnego, iż w przypadku hysterji występują u niej często wszelkiego rodzaju stany lękowe oraz natręctwa, bardzo często występujące podczas miesiączkowania. Znany jest także strach przed coitus, a przede wszystkim przed defloracją, który może się rozwinąć w prawdziwą fobję, a pod wpływem psychicznego urazu przy defloracji powstają niekiedy psychozy nuptjalne (*Nuptialpsychosen* Obersteiner'a), będące niekiedy wstępnym okresem schizofrenji. Ciekawym objawem u histeryczek jest skłonność do samouszkodzenia somatycznego, jak np. połykanie igieł, gwoździ. Mamy zatem tu do czynienia z objawem, w którym przejawia się cecha samoranliwości (*autovulneritas*) pierwszocy kobiecej.

Na tle afektywności i sugestywności kobiety powstają często impulsy patologiczne o różnym charakterze: kleptomanja, pyromanja. Co do kleptomanji, to słusznie twierdzi Rajman, iż atmosfera dzisiejszych nowoczesnych luksusowych magazynów, duży wybór, łatwy dostęp, moment sugestyjny, który daje wzrokowi takie bogactwo i różnorodność zachęcających towarów, ba nawet sam zapach tych towarów, nie może nie oddziaływać na sferę wzruszeń kobiety, tem bardziej gdy jest ona obciążona skłonnościami patologicznymi. Zbliżone do kleptomanji jest chorobliwe kolekcjonowanie (czasami nawet rzeczy kradzionych).



Sklonności kleptomaniczne występują u kobiet czasem podczas miesiączkowania, a nawet i ciąży. Kraft-Ebing i inni przypuszczają w tym wypadku, iż podobne czyny są wyrazem dążności do zaspokojenia nienaturalnego popędu płciowego. Znacznie rzadziej spotyka się u kobiet popędy porjomaniczne, częściej pyromaniczne. Wszystkie te popędy stoją na pograniczu hysterji lub też są z nią związane.

## II.

Gdy obecnie przejdziemy do dziedziny, stojącej na pograniczu między somatologją a sferą psychiczną, t. j. do t. zw. nerwów wegetatywnych, psychonerwów, tak samo będziemy mogli stwierdzić potężną rolę bodźców psychicznych w obrazie tych schorzeń, zgodnie z tem, cośmy wyżej zaznaczyli, omawiając czynniki, powodujące zaburzenia w układzie autonomicznym.

Zastrzykując małe dawki adrenaliny, Stoewsand otrzymywał charakterystyczne dla wzmożonej sympatykotonji następujące objawy w obrębie układu roślinnego: rozszerzone źrenice, skłonność do pocenia się, sympatykotoniczne nastawienie układu krwionośnego, nadmierne wydzielanie, nadkwaśność i wzmożone ruchy robaczkowe żołądka. A podobny obraz, z drugiej strony, otrzymujemy w przypadku zadziałania uczucia lęku na nasz ustrój roślinny: (sympathicus +), blada skóra (sympathicus +), pot „lękowy“ (vagus +), wzmożenie ruchów robaczkowych przewodu pokarmowego —rozwołnienie i ściskanie w dołku (vagus +), uczucie kołatania serca (sympathicus +) z zatrzymaniem się jego na szczycie napadu, opadnięciem ciśnienia krwi i zemdleniem (vagus +) słowem. objawy, dowodzące znacznego zaburzenia równowag nerwowego układu autonomicznego, spowodowanego w tym wypadku przez bodziec psychiczny, uczucie lęku. Z tego rodzaju obrazem zachwiania równowagi układu autonomicznego, dodaje Stoewsand mamy do czynienia w znacznej większości nerwów wegetacyjnych, występujących przeważnie u kobiet. Na zasadzie własnych spostrzeżeń i obserwacji innych autorów, Stoewsand dochodzi do wniosku iż trojakie afekty mogą z łatwością wytrącić z równowagi układ roślinny lub pewne jego odcinki, a mianowicie, po pierwsze, uczucie nieoczekiwanej radości, po wtóre, uczucie lęku, po trzecie, uczucie przykrości, względnie uczucie po przykrem przejściu. Po uczuciu radości, jako sprawiającem przyjemność, łatwo następuje oddziaływanie zwrotne, i afekt ten nie powoduje

nerwicy. Inaczej rzecz się ma z pozostałymi uczuciami; jako nie-miłe odczuwane, bywają zwykle przesunięte w podświadomość, skąd jednak nieraz oddziałują, wywołując przejściowe zaburzenia równowagi układu roślinnego. Sprowadza zatem Stoe-wsand wszystkie nerwice wegetacyjne do dwóch zasadniczych typów: do nerwic wegetacyjnych lękopochodnych i nerwic wegetacyjnych na tle przykrego przejścia; reszta zaś nerwic bywa pochodzenia mieszanego. Jest rzeczą samą przez się zrozumiałą, iż powstanie nerwic jest również uwarunkowane istnieniem pewnego usposobienia lękowego, charakteru pobudliwego, skłonnego do swoistego zabarwienia uczuciowego i oddziaływania na doznane podniety życiowe. Obraz nerwic na tle doznanej przykrości jest co do niektórych objawów przeciwstawieniem nerwic lękowych; stwierdzamy mianowicie, przy tych pierwszych, zwężenie źrenic, rozszerzenie szpary ocznej, gotowość skurczową (nastawienie spastyczne) przewodu pokarmowego oraz nieznaczne wydzielanie potu.

Wspólną zaś cechą obu nerwic jest występujące w nich współdziałanie i współzależność czynnika roślinnego a psychicznego tak, że na tle psychopatologicznem dochodzi często do niedomagań somatycznych i zaburzeń wegetatywnych.

Należy zaznaczyć, iż w swoim pojmowaniu nerwic Stoe-wsand wyłącza te zaburzenia czynnościowe, które są związane z okresem przekwitania (czynnik wewn. wydziel.). Zdaniem innych autorów, większa część objawów okresu przekwitania natury naczyniowej i nerwowej jest ściśle związana ze wzmożeniem napięciem układu współczulnego; np. uczucie uderzenia krwi do głowy, tak częste w okresie przekwitania, jest uwarunkowane zwężeniem naczyń trzewnych i jednoczesnym rozszerzeniem m. inn. naczyń mózgu; bóle zaś głowy mają za źródło podrażnienie włókien współczulnych naczyń mózgowych (Adler i Jagić).

O ile fizjologiczne podstawy nauki o wpływie psychiki na przebieg czynności odruchowych zawdzięczamy Pawłowowi i jego szkole, to zgłębienie procesów duchowych, a zwłaszcza podświadomości, popędów, konfliktów duchowych i t. d. jest zasługą Freuda, Breuera, P. Janeta i Bleulera. Badania ich, dotyczące etiologii psychonerwic, odsunęły na plan dalszy czynnik dziedziczny, przyznając pierwszeństwo przyczynom zewnątrzpochodnym w życiu pozapłodowem. Dopiero ostatnie prace Kretchmera i Mathesa odmawiają im tego dominującego znaczenia.

Jeżeli więc będziemy rozpatrywali patologiczne objawy somatyczne u danej chorej jednostki pod kątem widzenia ich zależności od zaburzeń w psychice (co bynajmniej nie przeczy możliwości istnienia zmian organicznych), to jest rzeczą zrozumiałą, iż będziemy musieli zapoznać się z psychiczną strukturą tej jednostki. Drogę do tego wytknęli Freud i Breuer w psychoanalizie, wskazując sposób poznania przesuniętego materiału psychicznego. Zaznaczyć tu należy, że w najnowszych pracach Stekla, Mohra, Vogta i innych słyszymy głosy, poddające krytyce tezę Freuda. Stekel, opierając się na doświadczeniach ostatniej wojny, zaznacza między innymi, iż—obok ogromnej roli zaburzeń popędu płciowego w etiologii psychopochodnych schorzeń czynnościowych — niemniejsze prawie miejsce zajmuje czynnik samozachowawczy w swem oddziaływaniu na urazy zewnątrzpochodne, na niebezpieczeństwa, zagrażające jaźni.

Prąd ten, zdobywający sobie coraz więcej uznania, nie mógł pozostać bez wpływu i na pojmowanie zaburzeń w sferze kobiecych narządów rodnych, przyczyniając się do wyodrębnienia tej grupy schorzeń, która pozostaje w związku np. z urazem psychicznym.

Niezaprzeczną zasługą B. Kreniga jest, iż on pierwszy w roku 1902 podniósł znaczenie czynnika psychicznego w powstawaniu wielu czynnościowych niedomagań kobiecych (*frigiditas*, nadwrażliwość powłok brzusznych, powstałe na tle zaburzeń psychicznych: *amenorrhea*, *menorrhagia*, *dysmenorrhea*, uczucie wypadnięcia *sine prolapsu* i t. d). Neurolog E. Meyer z Królewca (1904), wychodząc z założenia, że czynnik afektu wpływa na nasilenie i trwałość zaburzeń czynności somatycznych przy zdrowym układzie nerwowym, wnioskuje o wpływie afektów na wiele zaburzeń funkcjonalnych w sferze płciowej kobiety, przy somatycznie zdrowych jej narządach rodnych. Mathes pierwszy zwraca uwagę na jednoczesność występowania u kobiet: *habitus genitalis infantilis* i *enteroptosis* z *infantilismus psychicus*, jako na objaw ogólnego *habitus infantilis*. Wynik badań Fränkla, zdaje się, z innej strony potwierdza te przypuszczenia Mathesa; znajdował on mianowicie wśród 176 chorych na *dementia praecox* (s. *hizofrenja*) u 70% *habitus genitalis infantilis* (*infantilismus cerebri et ovariorum*). A. Mayer i Jaschke wypowiadają się również za tem, iż u osobnika z zaburzeniami rozwojowymi ustroju,



z niedorozwojem narządów płciowych -- układ nerwowy też nie stoi na wysokości zadania, że jest niższowartościowy i nie może skutecznie się przeciwstawiać szkodliwym czynnikom życia (*Infantilismus cerebri functionalis*). Walthardt, Mathes i inni, zastanawiając się nad kwestią przyczyn zewnętrznych w powstawaniu psychopochodnych zaburzeń czynnościowych w narządach rodnych kobiecych, dochodzą do wniosku, że uczuciowość, sugestywność oraz inne anomalje układu nerwowego, znane pod nazwą histerja, psychastenja (psychonerwice) są nie tylko następstwami pewnej wady ustrojowej układu nerwowego, ale dowodzą również braku zdolności danej jednostki dostosowania się do życia, do niemiłych odczuwanych sytuacji życiowych. Psychopochodnymi nerwicami w sferze narządów rodnych kobiecych nazywa Walthardt ich zaburzenia czynnościowe, powstałe na tle psychicznym, jako też zaburzenia tych narządów, spowodowane przesunięciem na nie niemiłych wrażeń. Zdaniem Walthardta, zaburzenia te rzadko występują, jako następstwo lub objawy daleko posuniętych zmian organicznych w mózgu, a przeważnie są one spowodowane przez procesy i konflikty duchowe u jednostek psychopatycznych. W narządach rodnych kobiety dolegliwości te objawiają się nie częściej niż w innych jej organach, a występują przedewszystkiem u takich osób psychoneurotycznych, których uwaga z jakiegokolwiek powodu skierowana została na ich sferę płciową, zresztą bez zmian somatycznych w jej obrębie.

Co do tych duchowych procesów, które właśnie są powodem dolegliwości somatycznych, to możemy je podzielić na popędy ku rozkoszy i na takie, których celem jest uniknięcie przykrości. W części są one świadome i, jako takie, budzą pewne wyobrażenia, powodujące w następstwie niedomagania somatyczne, częściowo zaś pozostają nieświadome i wywołują objawy chorobowe bez udziału świadomości. Zaburzenia tego rodzaju występują często jednorazowo po jednym urazie psychicznym. Przeważnie jednak powtarzają się one wielokrotnie i trwają miesiącami, a nawet lata. Część tych powtarzających się dolegliwości psychopochodnych jest wynikiem kolizji pewnych popędów z zasadami etyki, t. j. konfliktów duchowych. Z drugiej zaś strony, bywają one również następstwem procesów asocjacyjnych, niejako odruchów psychopochodnych, odruchów warunkowych Pawłowa. U człowieka kulturalnego in-

stynkt samozachowawczy stale się znajduje w pewnej kolizji z przyrodzonymi koniecznościami, z zasadami życia społecznego, z przepisami etyki. Jeśli dana jednostka waha się, jeśli nie stać ją na stanowcze duchowe ujęcie własnego przeżycia, gdy się chwieje między popędami a powściągającą ją moralnością, to powstaje w niej wówczas konflikt duchowy. W czasie trwania takiej rozterki duchowej dochodzą do głosu afekty, wywołując zwykle cały szereg niedomagań. Przy tak chwiejnym oddziaływaniu psychicznem (ambiwalencja Bleulera; dwubiegunowość uczuciowa) celem uniknięcia przykrych dolegliwości, jakie temu oddziaływaniu towarzyszą, jednostka stara się przesunąć wyobrażenia, które je spowodowały, ze świadomości w podświadomość. Ta dwubiegunowość afektywna znajduje sobie ujście na drodze podświadomości, mówiąc o swem istnieniu całym szeregiem wywołanych przez się zaburzeń w czynności narządów (Freud i in.).

Taki właśnie okres dwubiegunowości rozpoczyna się u kobiety z nastaniem miesiączkowania (Waltherdt). Z jednej strony miesiączkowanie, jako dowód zakończenia się wieku dziecięcego a początku dziewiczego, podnosi jej autorytet we własnym mniemaniu i w oczach rodziny, czyniąc ją przedmiotem zainteresowania otoczenia. To ją usposabia do miesiączkowania pozytywnie, z drugiej zaś strony kilkudniowe przykre krwawienie z narządów rodnych (u nieuświadomionych wywołujące nawet uczucie lęku), pewne podrażnienie ośrodkowego układu nerwowego, wzmożona pobudliwość, niekiedy bóle, stan przygnębienia duchowego — wszystko to usposabia kobietę ujemnie. Mamy zatem nastawienie dwubiegunowe. Popędowi płciowemu — twierdzi dalej Waltherdt — przeciwstawia się u kobiety poczucie wstydlivosti i „cnotliwości“. W związku z faktem, że kobieta przesycona jest całą płciowością, łatwiej powstają w niej popędy płciowe, które tłumi w zarodku dzięki poczuciu moralności. Z takim dwubiegunowym nastawieniem wstępuje młoda kobieta w życie i małżeństwo, gdzie w dalszym ciągu trwa ta walka między popędami pożądania a tamującymi je zakazami obowiązku.

Jeśli obok tego uwzględnimy fizjologicznie już wzmożoną pobudliwość, a więc i większą uczuciowość, emocjonalność i sugestywność kobiety, z natury skłonnej w pewnej mierze do hysterji, to stanie się zrozumiałem, iż ustrój kobiety stanowi podatny grunt dla potężnego wpływu urazów psychicznych na sferę

neurosomatyczną, powodującego w następstwie najrozmaitsze schorzenia czynnościowe.

Uraz psychiczny, np. podczas miesiączkowania, może spowodować chwilowy skurcz macicy i w ten sposób powstrzymać wydzielanie się krwi, ażeby następnie z nową siłą i na czas dłuższy wywołać krwawienie (menorrhagia, metrorrhagia). Tu wspomnę nawiasem o fakcie, który mi się przypomina z czasów pobytu na froncie. Rzucona z aeroplanu niemieckiego przed próg naszego szpitala w S. bomba silnie przstraszyła jedną z sióstr szpitalnych, która nagle dostała znacznego krwotoku z narządów rodnych. Była to nowicjuszka, mężatka, dotychczas prawidłowo miesiączkująca. Badanie ginekologiczne nie stwierdziło żadnych zmian organicznych w narządach rodnych. Po kilku bezowocnych próbach udzielenia jej pomocy na miejscu, powstała konieczność odesłania jej do szpitala, odległego od nas o kilka mil. Po przybyciu na miejsce krwotok ustał bez żadnego zabiegu. Gdy po pewnym czasie znów znalazła się w naszym szpitalu w przeświadczeniu, że jest zupełnie zdrowa, sam turkot latających nad nami aeroplanów spowodował już w dniu jej powrotu ponowne krwawienie. Ostatecznie zmuszona była opuścić nasz szpital.

Ostatnio Martin opisuje cały szereg przypadków meno i metrorrhagji, które udało mu się wyleczyć samą zmianą otoczenia i miejsca pobytu cierpiących, bez stosowania jakichkolwiek innych środków leczniczych. I tu znów przytoczę tego rodzaju przypadek, z którym spotkałem się na początku mej praktyki lekarskiej. Przyjęta do krewnej mojej służąca, dziewczyna wiejska, zdrowa fizycznie, silnie rozwinięta, bez skazy w sferze rodnej, do tej pory znająca tylko wieś i ciężką pracę fizyczną, która nigdy przedtem nie chorowała, straciła normalny typ miesiączkowania 3—4/IV i zaczęła krwawić co 10—12/II-III. Badanie ginekologiczne zmian nie wykazało, a zastosowane zabiegi nie odniosły pożądanego skutku. Po jedenastu miesiącach wróciła na wieś i tam pozostała. Od krewnej jej dowiedziałem się, iż tam zupełnie wyzdrowiała i miesiączkowanie stało się znów normalne.

Na zasadzie badań Webera i Gottfrieda Müllera nad psychopochodnością zaburzeń w rozmieszczeniu krwi w ustroju i gry naczynioruchowej włóśniczek, Walthardt przypuszcza istnienie



podobnego oddziaływania urazów psychicznych i zespołów nieświadomych na przemieszczenie krwi do macicy i jajników, w wyniku czego stają się zrozumiałe następne krwawienia z narządów rodnych po silniejszym wstrząsie psychicznym. U osobników pobudliwych, z niestabilną równowagą układu roślinnego, nawet słaby przykry bodziec może wywołać poważne siosunkowo zaburzenia czynnościowe. Dzieje się zaś to w ten sposób, że nowy afekt łączy się drogą kojarzenia z poprzednim, powstałym w podobnych okolicznościach (Bleuler). I rzeczywiście, według spostrzeżeń Moosbachera, blisko 80% kobiet psychoneurotycznych z objawami wago-tonicznymi (pilocarpinophil) cierpi na metrorrhagje.

Raciborski pierwszy zwrócił uwagę na wpływy psychiczne, wywołujące brak miesiączki. Leopold obserwował w szkole położnych, że im bliżej egzaminu, tem częściej występował u kandydatek brak miesiączki. Sprecher (Lwów) podaje obserwacje, dotyczącą chorej lat 36, która od 12 lat nie miesiączkuje; według wywiadów ostatnia miesiączka była bezpośrednio po wybuchu wojny w r. 1914, potem chora przestraszyła się wkraczających do Lwowa Rosjan i od tego czasu przestała miesiączkować. Leczenie było tu uciążliwe (Ginekolog. Polska T. V. 1926).

Klucz do zrozumienia genezy różnych hiperestezji i parestezji, hiperalgji i paralgji w obrębie kobiecych narządów rodnych daje nam w pewnym stopniu teoria o promieniowaniu (irradiacji) doznanych podrażnień. Teoria ta twierdzi mianowicie, iż „dane podrażnienie nie pozostaje na miejscu, lecz promieniuje dalej, dosięgając i zachacząc niejako po drodze o najbardziej pobudliwe punkty układu nerwowego“ (Beritoff, Mackensie, Head, Goldscheider). W ten sposób mogą powstać odruchy trzewno-ruchowe — *defense musculaire* (trzewno-ruchowe odruchy Mackensiego). Goldscheider tłumaczy w sposób analogiczny związek sfery nosowej z nerwicami serca, jak również ze sferą rodną kobiety, i wpływ przewrażliwionej sfery rodnej na czynność serca (*Consensus entferntgelegener Organe* - Goldscheider). Źródłem takich podrażnień mogą być także i zespoły nieświadome, a podrażnienia te tak, jak i każde inne, mogą promieniować na najwrażliwsze miejsca układu nerwowego i nieświadomie wywoływać różne przykre, opaczne, doznawania (*Missempfindungen*).

Przyczyna zaś umiejscowienia tych różnych dolegliwości właśnie w narządach płciowych stanie się dla nas jasna, jeżeli uwzględnimy zjawisko t. zw. „pójścia [na spotkanie“ (Walthardt, Weizsäcker). Jest rzeczą wiadomą, że u wielu osobników histeroidnych w przypadku zaburzeń czynnościowych spotykamy się z faktem pewnego przyczyniania się danej jednostki do choroby w wygodnym dla siebie celu. Tak np., zdarza się w małżeństwie, iż żona czuje niechęć do męża, wyzyskuje najdrobniejsze dolegliwości (nieco obfitsze miesiączkowanie, retroflexio uteri mobilis i t. d.), ażeby „pragnąć“ tej choroby, umiejscowić w narządach płciowych i ich okolicy przykre wrażenia (pruritus vulvae), których istotnym źródłem są zespoły nieświadome. Podobne tłumaczenie podaje A. Kehler dla frigidity, anestezji, dispareunii i wielu wypadków bezpłodności.

Stosunek ustroju do nurtujących w nim popędów może być, jak już wspomniano, dwojaki — dodatni lub ujemny. W pierwszym wypadku powstaje dążenie ku zaspokojeniu rozkoszy, w drugim — chęć uniknięcia przykrości (Bleuler); w obu wypadkach występują pewne objawy somatyczne, które wyrażają każdy z tych dwóch stanów, będąc odmienne w jednym i w drugim wypadku. Otóż, według Walthardta tak, jak miłe lub przykre wyobrażenia wywołują nieświadome skoordynowane ruchy mięśni poprzecznieprążkowanych, otwierających lub zamykających otwory czaszkowe (otwór ustny, nozdrza, szpary oczne), tak i układ mięśniowy w obrębie części rodnych kobiety stanowi nieświadomie działającą aparaturę, rozluźniającą lub odwrotnie możliwie ściśle nie zaciskającą wejście do pochwy w zależności od podświadomie otrzymywanych impulsów pożądania rozkoszy, bądź uniknięcia przykrości. Tak więc, przy pożądaniu płciowym, oprócz nieświadomie odbywających się w częściach rodnych zjawisk naczynio-ruchowych (nabrzmiwanie corpor. cavernos.) i wydzielniczych (wzmoczona czynność gruczołów Bartholiniego), spostrzegamy też nieświadomy udział przygotowawczy mięśni poprzecznieprążkowanych z następczem rozluźnieniem gładkich mięśni pochwy, co wszystko zmierza ku rozwarciu wejścia do pochwy i hiatus genitalis; stwierdzamy w tem zjawisku „gotowość odbiorczą“ kobiety. Z objawami wręcz przeciwnymi spotykamy się w wypadku chęci uniknięcia np. przykrego spełnienia obowiązku żony względem niekochanego męża. Objawy te, również powstające

na drodze podświadomej, polegają na wzmożeniu napięcia mięśni poprzecznieprążkowanych dna miednicy, co zwęża światło pochwy i zamyka drogę do niej. Ten stan określamy, jako pozycję obronną przeciw aktowi płciowemu (vaginismus).

Waltherdt, przenosząc na grunt ginekologii teorię odruchów warunkowych Pawłowa, twierdzi, iż pewne wyodrębnione zespoły (usamodzielnione odruchy warunkowe), jeśli powstaną w nieodpowiednim czasie i w niewłaściwym miejscu, również mogą spowodować zaburzenia w zakresie wspomnianych ruchów skoordynowanych mięśni poprzecznieprążkowanych i narządów rodnych kobiecych. Złożone zjawisko „gotowości odbiorczej“, odczute w niewłaściwym czasie i w nieodpowiednim miejscu, wywołuje u pacjentki fałszywe uczucie wypadnięcia czyli opuszczenia i analogicznie, jeśli skurcz mięśni dna macicy przy „stanowisku obronnem“, służący do zamknięcia wejścia do pochwy, zostanie odczuty w nieodpowiednich co do czasu i miejsca warunkach, to wywołuje on wrażenie skurczu odbytnicy, okolicy krocza, uczucie wbicia na pal i t. d. „Pacjentki — dodaje Waltherdt — przyjmują nieraz te właśnie przykre odczuwania, zaburzenia czynnościowe, wydające się niecelowemi występujące w niewłaściwym czasie i miejscu, za objawy poważnej choroby“.

Z tego, co wyżej powiedziano, wnioskować można, iż z większym niż dotąd naciskiem należy podkreślić starą zasadę lekarską ścisłego indywidualizowania każdego poszczególnego przypadku chorobowego (Morbus in individuo). Każda jednostka psychofizyczna jest złożoną organizacją ze swoistą strukturą ciała i ducha. Swoiście odbiera ona bodźce zewnątrzpochothane, przetwarza je i oddziałuje na nie swoiście.

Wypływa stąd wniosek, iż we wszystkich wypadkach zaburzeń w zakresie narządów płciowych kobiecych, kiedy ginekolog, specjalista, nie znajduje żadnych zmian anatomo patologicznych należy sięgnąć głębiej, zbadać, czy i w jakim stopniu stwierdzone zaburzenia mogą zależeć od sfery duchowej pacjentki i, wraz z wykazania psychopochodności tego cierpienia, uciec się do jedynego w tym wypadku środka leczniczego, jakim jest racjonalna psychoterapia. Ta dziedzina leczenia znajduje się obecnie jeszcze w stadium zaczątkowem. Nie jest ona jeszcze, według Kronfelda, nauką, ale raczej zbiorem różnych sposobów i metod od-



działywania na chorą psychikę, a co zatem idzie na zależne od niej dolegliwości somatyczne. Psychoterapia zawdzięcza dużo psychoanalizie i w znacznym stopniu korzysta z jej zdobyczy, kroczy jednak odmienną drogą (P. Dubois, Kroenig, Walthardt i inn.), zwłaszcza co do oddziaływania leczniczego. Uświadomić jednostkę cierpiącą, wskazać źródło psychiczne powstałego zaburzenia czynnościowego, wzmocnić wolę i charakter, pomóc w dostosowaniu wymagań jej jaźni do żądań życia codziennego, — oto są zwięźle ujęte cele i badania psychoterapii przy czynowej. Krzepiąc ducha, psychoterapeuta stosuje również i cały szereg środków uzupełniających, jak: hydro-,elektro-,termoterapia (Realsuggestion — Binswanger), ażeby wzmocnić i ciało i pomóc mu „pójść na spotkanie” wyzdrowieniu. Psychoterapia posługuje się też, jako środkiem pomocniczym, hypnotyzmem. Niektórzy autorzy (Mohr i inn.) wysuwają go nawet na plan pierwszy w tych zwłaszcza przypadkach, gdy u jednostki cierpiącej zachodzi potrzeba usunięcia hamującego wpływu podświadomie działających afektów, celem skuteczniejszego działania na nią leczenia. Rzecz prosta, iż w takich przypadkach pomoc specjalisty — neurologa — jest nietylko pożądana, ale wprost niezbędna. Z drugiej zaś strony — i to należy silnie podkreślić — rola psychoterapeuty kończy się tam, gdzie mamy do czynienia ze zmianami organicznymi i na ich tle powstałymi schorzeniami, co osądzić i rozpoznać może jedynie specjalista — ginekolog.

Wobec biologicznej skłonności kobiety do ciągłej chwiejności jej równowagi psychosomatycznej (fizjologiczna ranliwość, skłonność do hysterji, zahamowanie pierwowstępcy, i wypływająca stąd skłonność do poddawania się wpływom otoczenia), psychoterapia może oddać duże usługi ginekologii, przyczyniając się wraz z nią, w granicach jej dostępnych, do przywrócenia naruszonej równowagi ciała i ducha, słowem do tego, co pospolicie nazywamy zdrowiem.

#### P I Ś M I E N N I C T W O.

1) Ginekologia Polska T. V. 1926. 2) M. Bornsztajn — Psychoza manjakołno-depresyjna w świetle psychoanalizy. 3) M. Bornsztajn — Schizophrene Symptome im Lichte der Psychoanalyse. 4) Wizel „Pamiętnik pacjentki” — Wstęp i komentarz. 5) Maurycy Bornsztajn — Zarys psychiatrii klinicznej. Warszawa 1922. 6) W. Liepman. Psychologie der

rau. 7) M. Walthard. Psychoterapie. (Biologie und Pathologie d. Weibes J. Halban). 8) S'öwsand. Ueber die vegetativen Neurosen. D. M. W. 34/1928. 9) Binswanger. Zur Pathogenese d. Organneurosen. ibid. 10) Kroufeld. Der Psychotherapeutische Gadanke in d. gegenwärtigen Medicine. D. M. W. 17, 18, 19, 1928. 11) Goldscheider. Der Wert d. Morphologischen u. funktionellen Betrachtung f. diagnose u. Therapie. D. M. W. 1, 2, 1928. 12) Weizsäcker. Der Neurotische Aufbau bei den Magen — u. Darmerkrankungen. D. M. W. 50, 51, 1926. 13) Schultz. D. Problem d. Konstitutions-therapie mit besond. Berücksichtigung d. Psychopathien. D. M. W. 32, 1927. 14) E. Kretschmer. Körperbau u. Charakter. 15) E. Kretschmer. Zur Weiterentwicklung d. Psychotherapeutischen Technik, spez. d. Psychoanalyse D. M. W. 15, 1928. 16) E. Stransky. Medicinische Psychologie, Grenzzustände u. Neurosen beim Weibe (Biol. u. Pathol. d. Weibes). 17) P. Mathes. Die Konstytutionstypen d. Weibes, insbesondere der intersexuelle Typus. Biologie u. Pathol. des Weibes. 18) Niemitów. Biologiczeskaja tragedja zenszczyzny.

---

Z Pracowni Anatomopatologicznej Szpitala (Kierownik: M. Płoński)  
i z Oddziału Fizjoterapeutycznego (Kierownik: J. Rotstadt).

## **Badania doświadczalne nad zmianami w układzie kostnomięśniowym pod wpływem unieruchomienia stawu.**

PODAŁ

**A. Graber.**

*(Praca nagrodzona na konkursie odczytowym 1928/29).\*)*

W leczeniu przypadków pourazowych układu kostnomięśniowego, stosowaniem na oddziale terapii fizycznej Szpitala, zauważono już dawno znamionną okoliczność, że miara czasu, niezbędnego w poszczególnych przypadkach dla pomyślnego wyniku fizjoterapii pourazowej, jest często bardzo zmienna, a zależna w wysokim stopniu od wstępnego postępowania terapeutycznego. Przy stosowaniu zawsze tego samego metodycznego planu fizjoterapeutycznego — opartego na długoletnim doświadczeniu klinicznym oddziału — w jednych przypadkach już po krótkim czasie stwierdzano wyraźną poprawę, która miarowo postępowała, aż sprowadziła zupełne wyleczenie, w innych zaś, (zresztą zupełnie analogicznych, zarówno w przebiegu, jak z rodzaju uszkodzenia) poprawa szła bardzo opornie. Niekiedy czas postępo-

\*) Pierwszą nagrodę na konkursie odczytowym 1928/29 otrzymali: J. Tencer i St. Wolfstein za pracę „O zapaleniu ucha środkowego w przebiegu odrzy“ (iżw. Kl. 1929 r. Zesz. I str. 10—34).



wania fizjoterapeutycznego wydłużał się niepominiernie, poprawa ujawniała się powoli, przyczem w niewielkim stopniu; w poszczególnych przypadkach tej kategorii tylko wyjątkowo uzyskać można było wyleczenie zupełne.

Tak więc w przypadkach niepomysłnych, niedość ogólnie prowadzonych, stwierdzano w wyniku ostatecznym zaledwie mniejszą lub większą poprawę; *restitutio ad integrum* było tu przeważnie bardzo trudne do osiągnięcia. Stąd długa i przykra dla chorego procedura postępowania leczniczego; w braku wraźniej poprawy była cz. sto przyczyną zniechęcenia, a co zatem—przerwania kuracji, jako bezcelowej już nadal, według mniemania chorego.

Stwierdzenie tego zjawiska oraz częste jego spostrzeganie na rozległym materiale urazowym oddziały terapii fizykanej Szpitala sprawiło, żeśmy podjęli odpowiednie badania, aby ustalić przyczynę tego stanu rzeczy.

Z zestawienia analogicznych przypadków pourazowych wynikało, że wiek chorego, warunki, w jakich uraz nastąpił, metoda leczenia chirurgicznego (wyjawszy przypadki z wyraźnym schorzeniem układu kostnomięśniowego) były tu bez wpływu szczególnego. Na plan pierwszy wysunął się natomiast, jako moment najważniejszy, czas trwania unieruchomienia—bezruchu leczniczego.

Zależność większego lub mniejszego wydłużenia, ponad normę, czasu następczego leczenia fizykálnego w przypadkach pourazowych, od miary czasu wstępnego postępowania leczniczego, jest tu, jak się okazało, bezpośrednia i bardzo ścisła.

Do pracy mojej p. t.: Cierpienia urazowe układu kostnomięśniowego, jako zagadnienie fizjoterapeutyczne i chirurgiczne (Kw. Kl. Szp., tom VII, zes. 3, r. 1928) włączone zostały porównawcze tablice wykresowe, najlepiej bodaj ilustrujące tę sprawę. Z zestawienia tych wykresów wynika, że aczkolwiek nie wszystkie stawy są w jednakowy sposób czułe na unieruchomienie, (różnice są zresztą niewielkie), to jednak zawsze dla tego samego stawu, tem dłuższy był okres następczego leczenia fizykálnego, i coraz gorsze warunki powrotu do stanu fizjologicznego, im dłużej trwało unieruchomienie jego, im dłuższy był czas bezruchu leczniczego.

Często, mimo najenergiczniejszego leczenia, poprawy zadowalającej nie stwierdzano, niekiedy tworzyła się nawet sztywność stawu istotna. Czas trwania leczenia w spostrzeżeniach był rozmaity; niekiedy bardzo długi, zanim po 4—5—6 miesiącach



otrzymano wynik dodatni; niekiedy znów, gdy leczenie trwało tak długo, a chory był bardzo wrażliwy (przyczem leczył się nieregularnie, nie używał urażonego odcinka kończyny w życiu codziennym, względnie w pracy jakiej zawodowej), leczenie kończyło się poprawą bardzo niewielką, względnie bez poprawy.

Dla rokowania w przypadkach szczególnie ciężkich badano, rozumie się, stan obecny stawu, częstokroć i zapomocą prześwietlenia promieniami Rentgena; w przypadkach tych stale przeprowadzano badanie kliniczne w lekkim uśpieniu eterowem. Gdy nie było zrostu istotnego, kostnego, wówczas w stanie znieczulenia, dzięki zwiotczeniu mięśni i zanikaniu odruchowego napięcia, ruch bierny odcinka stawu urażonego stawał się zupełnie wolny; gdy zrost był istotny, kostny, narkoza nie usuwała, rozumie się, zupełnie oporu, spowodowanego zmianami istotnymi w stawie urażonym; czyniło to, samo przez się, dalszy wysiłek fizjoterapeutyczny bezcelowym. Z przebiegu wielu przypadków urazowych, spostrzeganych na oddziale fizjoterapeutycznym (a w liczbie nich bardzo znamienne były przypadki, gdzie wogóle cięższego urazu kostnego nie ujawniono), sądzić można, że właśnie długotrwałe unieruchomienie (często zupełnie zbędne — patrz: wyżej wymieniona praca) powodowało takie uszkodzenia aparatu stawowego, że urażony odcinek kończyny — pomimo najskrupulatniejszego leczenia — pozostał upośledzony na stałe.

Jakie warunki spowodzają tak daleko posunięte zmiany w układzie kostnomięśniowym, jaki czas jest krytycznym dla ich powstawania, czy i w jaki sposób można ich uniknąć, względnie rozwój ich zahamować, jakie zmiany są już nie do naprawienia, wreszcie, czy i w jakim stopniu uszkodzenia miejscowe układu kostnomięśniowego odbijają się na organizmie całym — oto pytania, na które usiłowaliśmy znaleźć odpowiedź w swych badaniach doświadczalnych.

Na wszystkie te pytania wiedza społeczna nie daje nam jeszcze pewnej odpowiedzi.

Często bardzo jesteśmy bezradni wobec pytania chorego, czy może liczyć na wyzdrowienie zupełne, wzgl. na jak daleko posuniętą poprawę, oraz w jakim czasie leczenie będzie zakończone? Bo i cóż można odpowiedzieć. Rokowanie, jak wiadomo, jest tu bardzo zmienne, zależne od wielu, niedających się przewidzieć, okoliczności. Czas trwania leczenia jest niemniej zmienny;

liczyć się też należy zawsze ze zmianami patologicznymi w obocznych tkankach miękkich, których stopnia w badaniu podmiotowym, jakoteż i promieniami Rentgena określić dokładnie nigdy nie podobna.

Rzecz jasna, dlaczego unieruchomienie sprowadza zmiany w aparacie stawowym. Ruch jest czynnikiem podstawowym dla normalnego stanu tkanek stawowych, torebki maziowej, zwłaszcza był elementom synowialnych zależy od normalnego trwania ruchu; gdy go niema lub jest niedostateczny, zjawiają się warunki dodatnie dla narastania zmian chorobowych.

W niniejszej pracy doświadczalnej pragniemy właśnie odpowiedzieć, jak długo trwać może bezruch stawu normalnego bez objawów patologicznych, i jakie cechy znamienne mają zmiany, powstałe w różnych okresach nieczynności odcinka stawowego; które z tych, z chwilą usunięcia sprzyjających im warunków, mogą być jeszcze cofnięte i w jakim czasie, i co sprzyja najbardziej tworzeniu się sztywności istotnej.

Badania doświadczalne w tym względzie wykonaliśmy na królikach.

W planie postępowania były momenty następujące:

1) unieruchomienie tego lub innego stawu królika na czas określony;

2) badania histologiczne i promieniami Rentgena zmian, występujących w stawie, tkankach obocznych miękkich i kościach

3) ponowne uruchomienie stawu, celem przywrócenia stanu normalnego;

4) określenie czasu trwania unieruchomienia, które wyłącza; powrót do normy;

5) stwierdzenie zmian w organizmie całym, względnie w ośrodkowym układzie nerwowym, rdzeniu, na po iomie łuku odruchowego, odpowiadającego czynności unieruchomionego odcinka kończyny<sup>1)</sup>.

Technika postępowania.

Króliki już na dwa — trzy tygodnie przed rozpoczęciem badania umieszczano w odosobnieniu, w klatkach. — Na zupełnie zdrową łapkę królika nakładano opatrunek gipsowy, luźny, tak, aby nie spowodować żadnych zmian uciskowych (obrzęku, sińców i t. d.) na wolnej od opatrunku części kończyny. Objawy

---

<sup>1)</sup> Będzie wykonane w 2-iej części tej pracy.

obrzęku, a zwł. stwierdzenie, że łapka jest po stronie doświadczalnej bledsza, zimniejsza, wymagały bezwzględnej zmiany opatrunku; spowodowane złym opatrunkiem zaburzenia — (Is.hämische Muskellähmungen) mogłyby zatrzeć istotny obraz zaburzeń doświadczalnych. — Od czasu do czasu, według planu (patrz opis spostrzeżeń), gips usuwano, przez co pozostawiano królikowi swobodę władania kończyną zwolnioną, aby przeprowadzić odpowiednie badania kliniczne, elektryczne. Następnie, zależnie od przypadku, opatrunek gipsowy na czas pewien wznawiano, lub też po pewnym czasie pozostawiano łapkę bez opatrunku na stałe. Lecz i kiedy unieruchomienie w opatrunku gipsowym celowo miało trwać dłużej, 3 — 4, a nawet 6 tygodni, a badanie kliniczne nie było przewidziane, to i wówczas opatrunek gipsowy — mimo wszystko — zmieniano co 3 tygodnie — Dość często jednak spostrzegano po zdjęciu opatrunku zmiany na skórze w postaci wyłysień, owrzodzeń powierzchownych, względnie niekiedy głębszych. Środki zabezpieczające (pokrywanie łapki grubą warstwą wazeliny, względnie szmalcu, grubsza powłoka waty) mało tu niekiedy pomagały; zmiany te zależne były prawdopodobnie od szczególnej wrażliwości odnośnego królika. Badania prowadzono tak, aby zawsze mieć równoległe królika dla kontroli z odpowiednim co do czasu unieruchomieniem stawu i utrzymanego w analogicznych warunkach. (Zamierzaliśmy nawet prowadzić badania serjami, lecz brak dostatecznej liczby zwierząt doświadczalnych, oraz warunki pracowniane, stanęły temu na przeszkodzie).

Podczas, gdy jedne zwierzęta doświadczalne — po pewnym czasie — zwalniano z opatrunku gipsowego, pozostawiano wolne, wypuszczano z klatki — leczono, to inne w tym samym okresie, po przeprowadzeniu badań klinicznych i promieniami R e n t g e n a, poddawano badaniu anatomopatologicznemu, względnie tylko kończynę doświadczalną.

Podkreślić tu należy, że odpowiednie postępowanie fizjoterapeutyczne sprzyjać może przywróceniu stanu normalnego u królików leczonych. Można w tym celu stosować okłady z ciepłej gliny, kąpiel wodną, elektryczną, gimnastykę ręczną, oraz mięsienie.

Aby stwierdzić różnicę w czasie powstawania, względnie w nasileniu zmian z unieruchomienia, zależnie od tego lub innego kąta ustawienia kończyny w stawie doświadczalnym, utrzy-



mywano u niektórych zwierząt w bezruchu staw badany nie tylko pod kątem wzajemnego nachylenia kości najczęściej w warunkach fizjologicznych spostrzeganego (kąta mniej lub więcej ostry), ale i w ułożeniu wyprostnem. Badano też dla porównania przednią i tylną łapkę królika.

Dokładna kontrola zmian, (wykazywanych promieniami Rentgena), prowadzona była stale, zarówno w okresie unieruchomienia, jak i zdrowienia.

Wreszcie, aby zdawać sobie sprawę, jakie zmiany występują w organizmie królika, obserwowano stale zmiany w jego zachowaniu się, sprawdzano wagę. Celem stwierdzenia ewentualnych zmian w układzie nerwowym ośrodkowym w związku ze zmianami obwodowymi, powstałymi z unieruchomienia, przedsięwzięto badania odpowiednich odcinków rdzenia.

Badania anatomopatologiczne każdego preparatu prowadzono w dwóch kierunkach: preparat podłużny przeciętego odcinka kończyny badano mikroskopowo; części miękkie, względnie mięśnie oboczne, badano oddzielnie; następnie sporządzono też preparaty mikroskopowe z odwapnionego uprzednio odcinka stawowego.

Oto w szkicu opis niektórych spostrzeżeń doświadczalnych.

#### Spostrzeżenie 1.

Królik wagi — 2050 gr. . 21. IX. 28 r. opatrunek gipsowy, zupełnie luźny, na tylną łapkę, unieruchamiający staw skokowy w ustawieniu normalnego zgięcia. 22. IX królik usiłuje zerwać gips, gryzie go; w łapce unieruchomionej nie spostrzeżono żadnych zmian zewnętrznych: 7. X. zdjęto gips. Królik od razu usiłuje poruszyć zwolnioną z opatrunku kończynę, lecz ruchy są tu niepewne, w skoku używa łapki niezgrabnie, wyraźnie ją szczędzi, przez co tułowiem przechyla się nieco na stronę zdrową. Badaniem ustalono: ruchy czynne nieznacznie ograniczone, bierne możliwe w granicach normalnej skali ruchu, w dużych wychyleniach — bolesne: królik broni się, piszczy, podczas gdy ruchy bierne po stronie zdrowej dobrze znosi, leży zupełnie spokojnie.

Ograniczenie ruchów w stawie doświadczalnym jest naogół nieznaczne. Staw unieruchomiony był nieznacznie obrzmiały, łapka tylna — powyżej stawu — o  $\frac{1}{2}$  cm. szczuplejsza od zdrowego odcinka drug. łapki na tej samej wysokości. Odruchy

ścięgnowe żywe, może nieco żywsze niż łapki zdrowej. Po kilkugodzinnej przerwie wypoczynkowej zmiana opatrunku gipsowego.

31.X. gips bardzo luźny, Zdjęto opatrunek — kończyna szczuplejsza o dalsze  $\frac{1}{2}$  cm. Bez opatrunku królik w skoku utrzymuje łapkę w powietrzu, nie opiera się na niej wcale; od czasu do czasu widać usiłowanie wykonania ruchu, lecz efekt ruchowy jest tu znikomy. Ruchy bierne jeszcze bardziej ograniczone; bez bólu możliwe mniej więcej do połowy skali ruchów normalnych odcinka, poczem stają się najwidoczniej bolesne, lecz wciąż jeszcze możliwe.

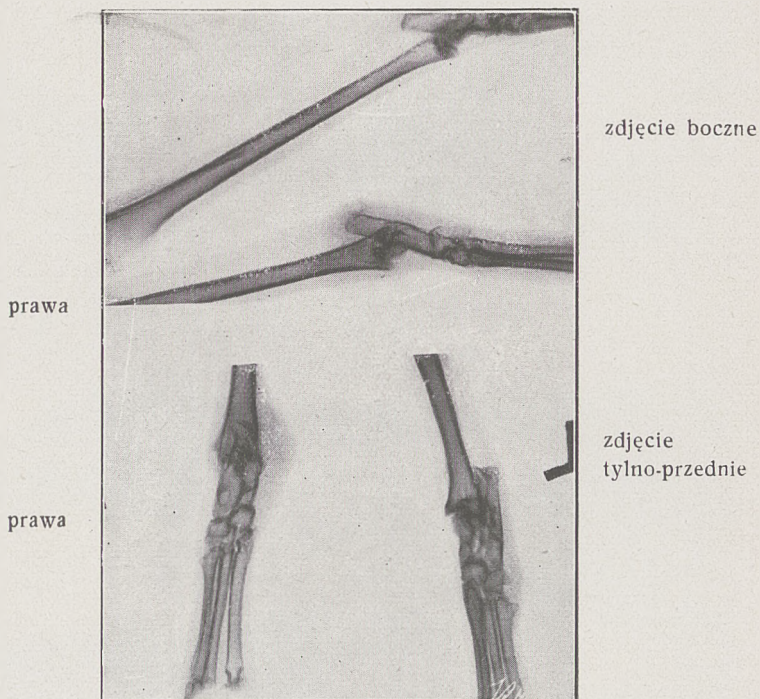
Badanie prom. Rentgena wykazuje obrzęk części miękkich, zgrubienie torebki stawowej, poczynające się zniszczenie powierzchni chrząstkowej, odwapnienie równomierne kości — zanik nasady (patrz Rtg. 1).

19.IX.28 waga 1950 gr., królik zwolniony z opatrunku niechętnie się porusza. Kończynę urażoną utrzymuje w stałym przykurczu, w ustawieniu, ustalonym przez unieruchomienie. Zanik łapki tak daleko posunięty, że wydaje się, jakby mięśni wogóle nie było, a luźna skóra pokrywała tylko szkielet kostny. Odruchy są jednak żywe. Badanie mięśni prądem faradycznym zmian jakościowych nie wykazuje, jedynie ilościowe. W skoku królik łapki nie używa, ruchy czynne są tu zupełnie zniesione, bierne — bardzo ograniczone i bolesne. Pazury znacznie większe niż u łapki zdrowej.

3.XII. Królik sprawia wrażenie chorego, porusza się bardzo leniwie, łapka nieruchoma. W próbach biernego ruchu wyczuwa się opór obronny mięśni, w obawie bólu, który stał się jeszcze większy, albowiem już drobne nawet wychylenia w ruchu zgięcia lub rozgięcia od kąta usztywnienia wywołują gwałtowny odczyn obronny królika.

W lekkim uśpieniu eterowem ruchy są tu jednak możliwe, wyczuwa się przytem tarcie w stawie i jakby oporność tkanek miękkich. W badaniu prom. Rtg. ustalono, że szpara stawowa jest zamazana, zakończenia stawowe kości zniszczone, że nastąpiło tu znaczne odwapnienie. (patrz Rtg 2).

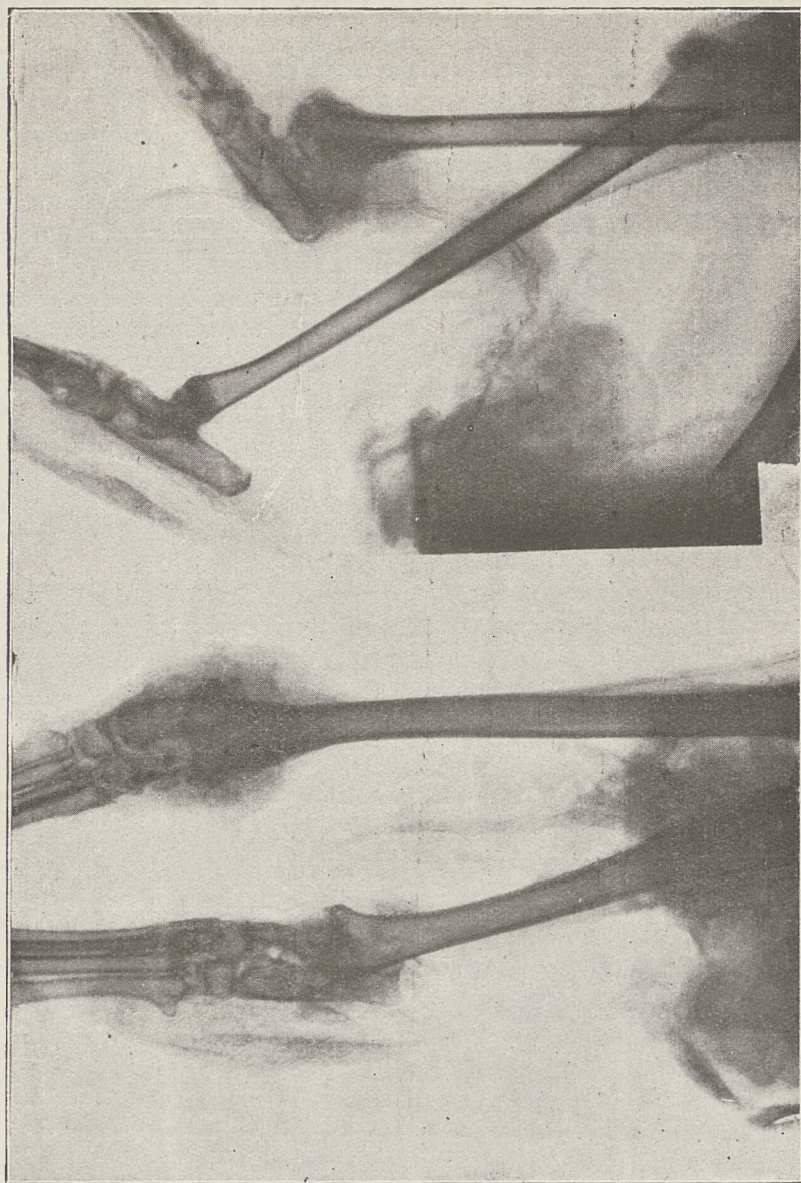
4.XII. Badanie histologiczne odcinka tego wykazuje: w mięśniach nie widać ani podłużnego, ani poprzecznego prążkowania. Włókna podzielone na segmenty i fragmenty. Jądra [naogół] dobrze zachowane, gdzie niegdzie skupienie jąder. Powierzchnie



Rtg. Nr. 1. Spostrzeżenie I.







prawa

prawa

Rtg. Nr. 2. Spostrzeżenia I,



stawowe pokryte grubą warstwą chrząstki, ogniska martwicy w niej stosunkowo niewielkie, graniczy ona z tkanką kostną, która tworzy tu jednolitą listewkę, natomiast głębiej przedstawia się w postaci oddzielnych beleczek, tworzących jakby system jam, różnej wielkości, wypełnionych tkanką tłuszczową z wieloma elementami komórkowymi szpiku kostnego. W warstwach głębszych beleczek tych jest b. niewiele i prawie cała przestrzeń wypełniona jest tkanką tłuszczową, lub elementami komórkowymi szpiku (patrz. ryc. 1, 2 tabl. I).

#### Sp o s t r z e ż e n i e II.

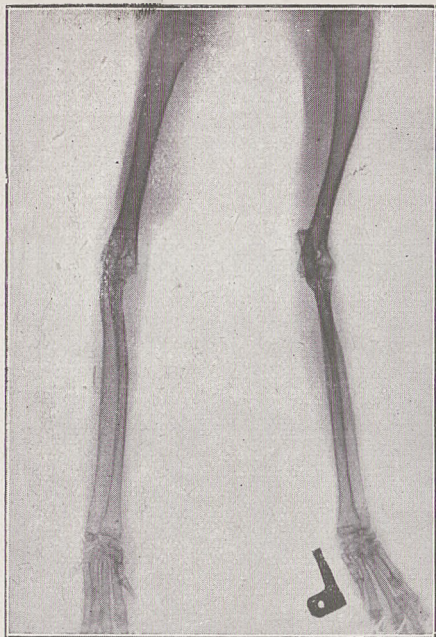
Królik wagi 2650 gr. 21.XI.28 r. nałożono opatrunek gipsowy na lewą, przednią łapkę w celu unieruchomienia stawu łokciowego w ustawieniu wyprostnem — najczęstszem tu, fizjologicznem. 22.IX. Królik usiłuje usunąć opatrunek gipsowy; zmian z ucisku naczyń na łapce nie stwierdza się.

7.X. Opatrunek luźny, już podczas zdejmowania opatrunku królik wyrывa łapkę, pociera ją, usiłuje oprzeć się na niej. Po kilku minutach zrazu niepewnych jeszcze ruchów, zaczyna znów opierać się na kończynie zwolnionej z opatrunku, ruchy te jednak są wciąż niezgrabne, od czasu do czasu potrząsa szybko uniesioną łapką, liże ją. Ruchy bierne zupełnie wolne, tylko w próbie znacznieszego wychylenia b.ćl królik broni się, wyrывa łapkę, piszczy, podczas gdy manipulacje zdrową kończyną nie wywołują odczynu obronnego. Ograniczenie ruchu jest tu więc minimalne, kończyna szczuplejsza o  $\frac{1}{4}$  cm., odruchy żywe, jak po stronie zdrowej. Nazajutrz ponowny gips w tej samej, co poprzednio pozycji.

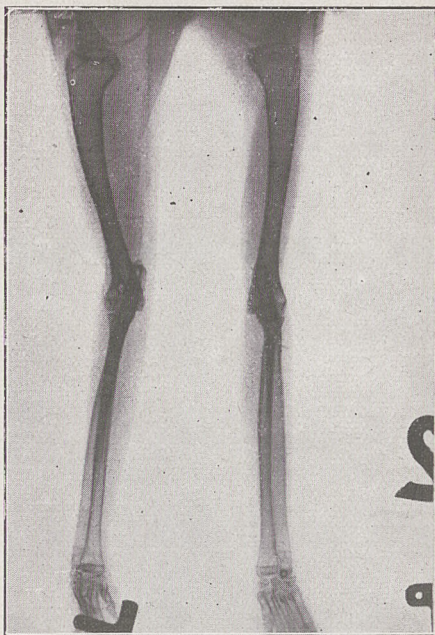
31.X. ponowna zmiana opatrunku gipsowego, kończyna szczuplejsza o  $\frac{1}{2}$  cm., ruchy czynne ograniczone, bierne możliwe. W skoku szczędzi łapkę, zrazu sunie na 3 łapkach; od czasu do czasu wspiera się na urażonej, unosi ją jednak szybko. potrząsa; zanik mięśni tu wyraźny, odruchy żywsze niż po stronie zdrowej. Badaniem prom. Rtg. ustalono: obrzęk części miękkich, torebkę stawową zgrubiałą, zanik chrząstkowych powierzchni stawowych, odwapnienie kości. (patrz Rtg 3).

19.XI. Zanik mięśni znaczny, kończyna szczuplejsza o  $\frac{3}{4}$  cm., ruchy czynne w stawie usztywnionym zniesione, bierne bolesne; wogóle na łapce się nie wspiera, w skoku nie bierze ona udziału. Badanie prądem faradycznym zmian jakościowych nie wykazuje: skurcz mięśni żywy z efektem ruchowym





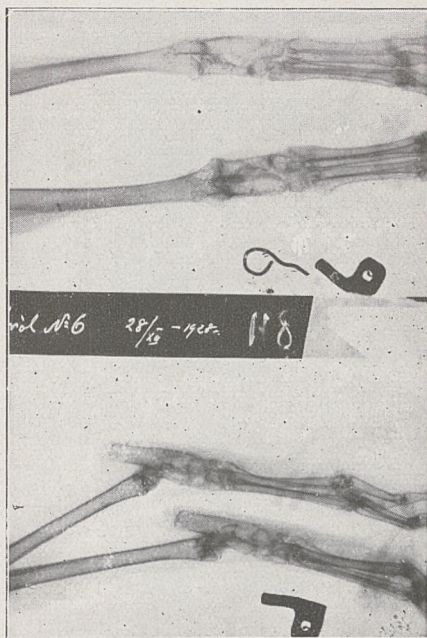
Rtg. Nr. 3. Spostrzeżenie II. prawa.



Rtg. Nr. 4. Spostrzeżenie II. prawa.



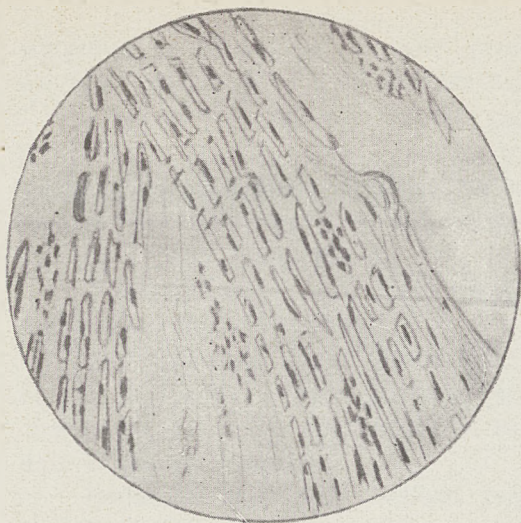
Rtg. Nr. 5. Spostrzeżenie II. prawa.



Rtg. Nr. 8. Spostrzeżenie VI. prawa.

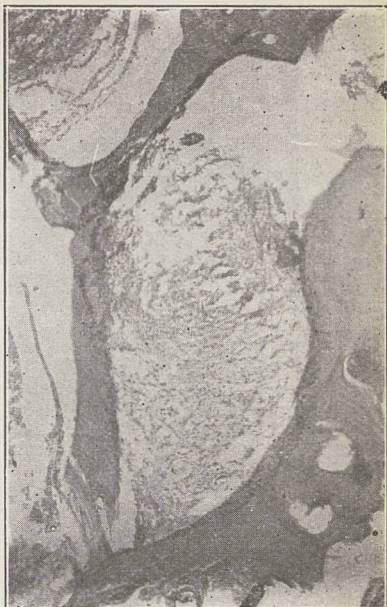






Ryc. 1 (do str. 130)

Mięsień, włókna podzielone na fragmenty,  
prążkowanie zatarte.



Ryc. 2 (do str. 130).



Ryc. 3 (do str. 133).



Ryc. 4 (do str. 133).





wyraźnym, z drażnienia zarówno przedniej, jak i tylnej powierzchni kończyny. Pazury większe niż u łapki zdrowej.

3.XII. Waga 2550 gr.; ruchy bardzo leniwe, bezruch bolesny łapki doświadczalnej, nie pozwala jej ruszyć, cofa się, w skoku trzyma łapkę uniesioną. W badaniu prom. Rtg. ustalono szparę stawową zamazaną, odwapnienie, zanik części nasadowych kości. (patrz Rtg 4).

Pozostawiono królika bez opatrunku gipsowego; codziennie wypuszczano go z klatki.

28.XII.28 ruchy bierne zaznaczone — królik reaguje słabiej na nie, siedzi na tylnych łapkach; w skoku używa kończyny chorej bardzo mało, w porównaniu ze stanem z dn. 3.XII widoczna jednak poprawa.

Badaniem prom. Rtg. ustalono poprawę — zanikanie zmian chorobowych wyżej wskazanych. (patrz Rtg 5)

7.I.29 r. W ruchach dalsza poprawa, czynne już zaznaczone, bierne już w skali większej możliwe; zanik kończyny mniejszy (o pół cm. szczuplejsza od zdrowej).

20.I.29 ruchy czynne jeszcze ograniczone, bierne znacznie obszerniejsze, w próbie o dużym wychyleniu bolesne; sunie skacze, utykając na kończynę chorą.

10.II. Dalsza poprawa w ruchach.

20.II. W skoku odbija się łapką chorą, ruchy już nieznacznie tylko ograniczone, bierne — po przewyciężeniu, niewielkiego zresztą, oporu, jak po stronie zdrowej.

Badaniem prom. Rtg. ustalono ponowne odkładanie się wapnia — dalsza poprawa.

Spostrzeżenie III.

Królik wagi 1800 gr. 22.IX.28 opasanie opatrunkiem gipsowym prawej, tylnej łapki w ułożeniu fizjologicznego zgięcia w stawie skokowym. Gips luźny, badanie nazajutrz: stan łapki normalny.

1.X.28 w nocy zerwał gips, łapka już szczuplejsza o pół cm. W skoku, w posunięciach, zauważyć się daje jedynie mniejszą elastyczność ruchów odcinka doświadczalnego, ograniczenia w wymiarze ruchów nie stwierdza się; królik pozwala manipulować łapką zupełnie swobodnie, bez oporu. Ponowny opatrunek gipsowy.

8.X. waga 1750. Ruchy czynne już ograniczone, w posunięciach, skoku, łapka przeważnie uniesiona, wspiera się na niej

niepewnie i rzadko; obrzęk stawu unieruchomionego, zanik mięśni: kończyna szczuplejsza o 12 cm: odruchy żywe.

Badanie prądem faradycznym (przy 100 — 80) daje skurcz szybki z efektem ruchowym, jak po stronie zdrowej, z drażnienia zarówno tylnej, jak przedniej powierzchni podudzia.

Zmiana gipsu.

1.XI. waga 1750 gr: Po zwolnieniu z opatrunku gipsowego królik wogóle nie porusza kończyną urażoną, w skoku nie używa kończyny, a łapka pozostaje w przykurczu stałym; ruch bierny w stawie usztywnionym znacznie ograniczony, bolesny, zwłaszcza w próbach większego odchylenia wbrew wyczuwanemu oporowi. Odruchy żywsze niż po str. zdrowej, zanik kończyny o  $\frac{3}{4}$  cm

15.XI. waga 1700 gr., królik chory, ospały, prawie się nie rusza; łapka usztywniona bez zmian w porównaniu ze stanem z dn. 1.XI.28.

Grzybica ucha. Pazury duże.

18.XI. Preparat z łapki. Badanie mikroskopowe wykazuje: w mięśniach prążkowanych niewidoczne prążkowanie, włókna podzielone na ułamki i segmenty; dużo jąder, gdzie nigdzie skupienia ich.

Powierzchnie stawowe pokryte chrząstką. Warstwa wszędzie jednolita, komórki drobne. Kość: ku środkowi beleczy cieńsze—w samym środku duże przestrzenie wypełnione tkanką tłuszczową i elementami komórkowymi szpiku kostnego, okostna zgrubiała.

Spostrzeżenie IV.

Królik wagi 1900. 22.IX.28 opasanie wąskim opatrunkiem gipsowym w stawie łokciowym, w ułożeniu fizjologicznym wyprostnem. 23.IX.28 sprawdzenie gipsu; stan łapki ponad i poniżej opatrunku normalny; odżywienie wolnej od opatrunku części kończyny bez widocznych zaburzeń. Królik wciąż usiłuje zerwać gips.

7.X waga 1800 gr Zdjęto opatrunek gipsowy. Ruchy czynne wyraźnie upośledzone, królik porusza łapką niezręcznie, potrząsa nią, opiera się na niej b. lekko, próbuje skoku w oparciu na obu, używa kończyny usztywnionej, jednak często szybko ją unosi, liże. Ruchy bierne w granicach normalnego wychylenia, bez widomego odczynu bolesnego. Po pewnym czasie coraz



częściej w skoku wspiera się już na kończynie urażonej, po 2 godzinach skacze dobrze.

Zanik łapki nieznaczny o  $\frac{1}{4}$ , cm. odruchy żywe. Drażnienie prądem faradycznym wykazuje: skurcz mięśni żywy, efekt ruchowy wyraźny, różnicy w zestawieniu ze stroną zdrową nie stwierdza się.

15.X. Po zwolnieniu z gipsu widoczne znaczne ograniczenie ruchów czynnych, zanik kończyny (szczuplejsza o pół cm.), w podskoku nie wspiera się na łapce chorej, podskakuje na 3 łapkach; pazury u łapki tu większe niż po stronie zdrowej. Ruchy bierne znacznie ograniczone, próby wykonania ich powodują obronne ruchy; odruchy żywe, jakby żywsze niż po stronie zdrowej.

30.X. Dalsze ograniczenie ruchów: czynne zniesione zupełnie, bierne tylko w niewielkiem odchyleniu możliwe i bolesne, w podskokach królik nadal nie używa zupełnie kończyny urażonej.

7. XI. stan ten trwa.

Preparat z łapki. Badanie mikroskopowe wykazuje naskórek prawidłowy, nieco ścieńczały, skóra właściwa bez zmian; w mięśniach — prążkowanie gdzie niegdzie zatarte; włókna naogół niejednakowej grubości, jądra wszędzie zabarwione dobrze. Pojedyncze włókna podzielone na ułamki. Powierzchnie stawowe kości pokryte jednolitą, dość grubą warstwą chrząstki, budowa jej nieco zatarta, komórki dość gęsto ułożone obok siebie, istota podstawowa nieco rozwłókniona. Głębiej, chrząstka bezpośrednio przechodzi w tkankę kostną zbitą, ku środkowi beleczek kostnych jest mniej; przestrzenie międzybeleczkowe szersze — wypełnione tk. tłuszczową lub elementami komórkowymi szpiku (patrz ryc. 3, 4 tabl. II) okostna nieco zgrubiała.

Spostrzeżenie V.

Królik wagi 2000 gr. 22 IX. 28 nałożono gips unieruchamiający tylną, prawą kończynę w zgięciu fizjologicznym stawu skokowego. Badanie nazajutrz zmian chorobowych z zaburzeń krążenia w łapce unieruchomionej nie wykryło.

7. X. Zdjęto opatrunek ustalający; królik, puszczonej wolno, usiłuje poruszyć kończynę chorą; ruchy nią niepewne, skala odchylenia znacznie ograniczona, w podskokach po pewnym czasie wspiera się na kończynie, zwolnionej z opatrunku, zrazu bardzo ostrożnie, poczem coraz pewniej. Ruch bierny w stawie unieruchomionym ograniczony nieznacznie, bolesny, w dużych wychyleniach ból większy. Królik energicznie się broni. Ograniczenie

ruchów naogół niewielkie, zanik kończyny już wyraźny (szczuplejsza o 12 cm.). Zmiana gipsowego opatrunku.

31. X. 28. ponowna zmiana opatrunku. Ograniczenie ruchów czynnych znacznie większe, w skoku prawie nie używa kończyny urażonej. Ruchy biernie ograniczone, bolesność, jak widać z odczynu obronnego, większa, każda próba ruchu wywołuje pisk królika; zanik mięśni wyraźniejszy: waga 2100 gr.

19. XI. 28. Kończyną nie porusza wcale, wszelkie próby biernego ruchu bolesne, królik gwałtownie wyrывa się, a po próbie ruchów biernych, nawet w chwil kilka po umieszczeniu go w klatce, wciąż głośno piszczy. Badanie prądem faradycznym zmian jakościowych nie wykazuje. Pazury większe niż u łapki zdrowej.

3. XII. 28. Ograniczenie ruchów jeszcze wyraźniejsze, łapka dalej zanika, skóra pokrywa jakby tylko kostny szkielet, mięśni nie widać.

28. XII. Badanie prom. Rtg. wykazało tu: obrzęk torebki stawowej; szparę stawową zamazaną, daleko posunięty zanik nasady kości piszczelowej i kości skokowej, bujanie okostnej wzdłuż piszczeli, odwapnienie drobnych kości śródstopia z zamazaniem szpar stawowych (patrz Rtg. 6). Królika zostawiono bez gipsu, umieszczono w ciepłej klatce, wypuszczano codziennie na 2—3 godziny z klatki, stosowano ruchy biernie.

7. I. 29 bez wyraźnych zmian.

23. I. ruch bierny znacznie obszerniejszy, czynny niezaznaczony, skacze wciąż na 3 łapkach, odruchy żywe. Badanie prądem faradycznym daje skurcz mięśni z efektem ruchowym.

1. II. Dalsza poprawa w ruchach.

20. II.       "       "       "       "

15. III.     "       "       "       "

20 III. Skacze nieźle — odbija się w skoku kończyną urażoną, jednak niezgrabnie — kończyna ta jest w zaniku.

25. IV. Badanie Rtg. wykazuje odkładanie się wapnia. Kontury kości wyraźne, nieznaczna różnica w nasileniu cienia w porównaniu ze stroną zdrową (patrz Rtg. 7).

Spostrzeżenie VI.

Królik wagi 1900 gr. 23. IX, 28. r. opatrunek gipsowy na prawą, tylną łapkę zupełnie luźny, w ustawieniu fizjologicznego zgięcia stawu skokowego. 24 IX. łapka bez zmian.





prawa.

prawa.

Rtg. Nr. 6. Spostrzeżenie V.



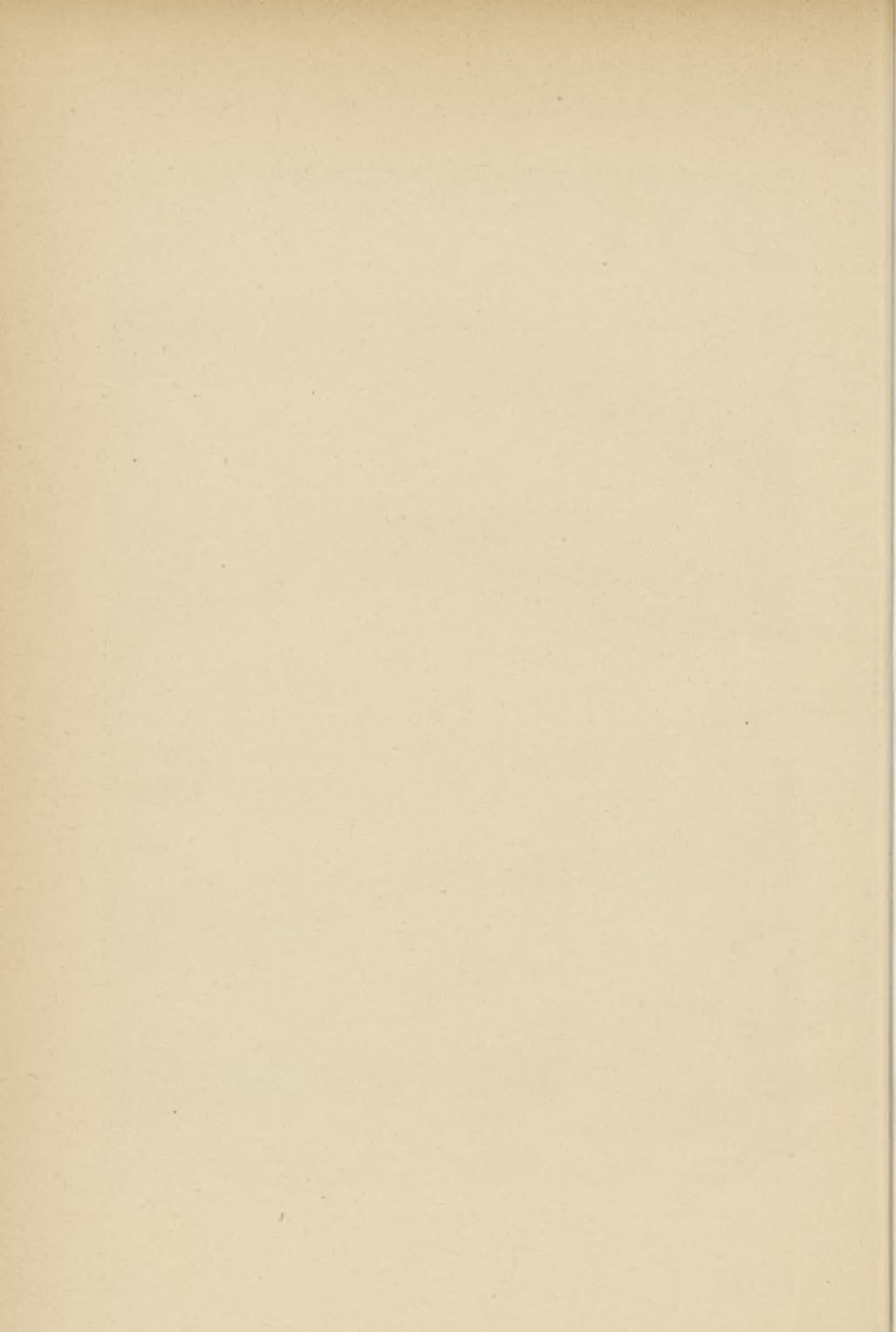




prawa.

prawa.

Rtg. Nr. 7. Spostrzeżenie V.





7. X. 28. zmieniono opatrunek. Zanik kończyny, łapka szczuplejsza o  $1\frac{1}{2}$  cm od zdrowej; zwolniony z opatrunku porusza się żwawo; ruchy łapki doświadczalnie ograniczone, w podskoku wspiera się na niej, jednak przeważnie utrzymuje łapkę sztywno w ustawieniu unieruchomienia. Ruch bierny możliwy, ale bolesny w próbie większego wychylenia. Gdy usiłuje w podskoku oprzeć się na łapce urażonej, porusza się niezgrabnie, ruch tu powolniejszy, oporny. Zmiana opatrunku unieruchamiającego.

19. XI Waga 1900 gr. W gipsie królik wspiera się zupełnie dobrze na kończynie, porusza się dość żwawo; po zdjęciu opatrunku gipsowego przeciwnie, unosi odrazu łapkę urażoną, nie wspiera się na niej zupełnie, skacze na 3 łapkach. Kończyna urażona szczuplejsza o 1 cm. od zdrowej, pazury na łapce chorej bardzo duże. Próby biernego ruchu bolesne, królik reaguje żywo, wrywa łapkę urażoną, i tu jednak, mimo ostrych ruchów obronnych całej kończyny, zostaje ona w stawie skokowym nadal nieruchoma. Po przerwie pozostawia łapkę w spokoju, a przy ponownych próbach poruszania stawu unieruchomionego z piskiem znów zwolnić ją usiłuje. Odruchy bardzo żywe.

25. XII. dalszy zanik łapki, mięśnie prawie niewidoczne, niemacalne; skóra ścieńczała, sucha, wiotka; ruchy stawu zarówno czynne, jak i bierne, zniesione. W lekkim uśpieniu eterowym bierne ruchy możliwe, bez widocznego oporu, odruchy żywe. Badanie prądem faradycznym wykazuje: skurcz mięśni żywy z efektem ruchowym wyraźnym. Pazury bardzo duże.

28. XII. Badania prom. Rtg. wykazuje: obrzęk torebki, szparę stawową zamazaną, zanik nasadowej części kości piszczelowej i kości skokowej, odwapnienie drobnych kostek śródstopia z zamazaniem szpar stawowych między nimi. (patrz Rtg. 8 str. 130).

Preparat z łapki. Badanie mikroskopowe wykazało: mięśnie prążkowane bez widocznego prążkowania. Włókna podzielone na ułamki i segmenty, protoplazma miejscami rozpada się na grudki, intensywnie barwiące się eozyną. Dużo jąder, gdzie nigdzie skupienia ich. Powierzchnie stawowe kości pokryte chrząstką, liczne ogniska martwicowe, dużo młodych komórek. Kostne beleczki cienkie, im bardziej ku środkowi, tem ich mniej; przestrzenie między nimi większe, wypełnione tkanką tłuszczową i elementarnymi komórkami szpiku kostnego. (patrz. ryc. 5, 6, tablica II).

### Spostrzeżenie VII.

Królik wagi 2150 gr. 24.IX.28 r. Opatrunek gipsowy unieruchamiający na tylną łapkę prawą, w ułożeniu fizjologicznego zgięcia stawu skokowego (nie uciskający kończyny)

25.XI.28 sprawdzenie opatrunku, łapka bez zmian.

5.X gips bardzo luźny, zdjęto go; królik, puszczonej wolno, wspiera się na kończynie chorej, zrazu nieco gorzej niż normalnie, po kilku chwilach jednak w podskokach szczeni jej mało, widać było tylko pewną niesprawność, p. wolność ruchu, był mniej elastyczny zarówno w prostowaniu, jak zginaniu. Ruchy tu bardzo nieznacznie ograniczone; zanik kończyny niewielki (szczuplejsza o  $\frac{1}{4}$  cm.). Odruchy żywe. Badanie prądem farydycznym: efekt normalny, jak po stronie zdrowej.

21.X W porównaniu z poprzednim badaniem zmiany bardzo znaczne. Ruchy czynne kończyny zwolnionej z opatrunku gipsowego nawet niezaznaczone; w podskokach pociąga za sobą łapkę, jakby porażoną; na ułkucie reaguje żywo, cofa się przytem cały gwałtownie; kontrolne klucia kończyny zdrowej nie wywołują bynajmniej tak żywego odczynu. Zanik łapki duży, o  $\frac{3}{4}$  cm. szczuplejsza; odruchy żywe. W drażnieniu prądem farydycznym efekt ruchowy żywy. Próby ruchu biernego bardzo bolesne: królik energicznie się broni, usiłuje uciec; tę samą manipulację na łapce zdrowej znosi spokojnie.

Opatrunek gipsowy usunięto; ciepła klatka; codziennie wypuszczany; ruchy bierne, lecznicze. — (Na skórze owrządzenie<sup>1</sup>, z którego wycięto część do badania).

15.XI ruch czynny = O, bierny znacznie wolniejszy; w podskoku ciągle jeszcze nie posilkuje się kończyną urażoną; odruchy żywe.

20.XI dalsza poprawa; ruch czynny zaznaczony.

30.XI królik już skacze na kończynie urażonej, niekiedy tylko jeszcze utyka, wspierając się na łapce ozdrowiałej.

Ruch bierny w znacznych wychyleniach jeszcze bolesny.

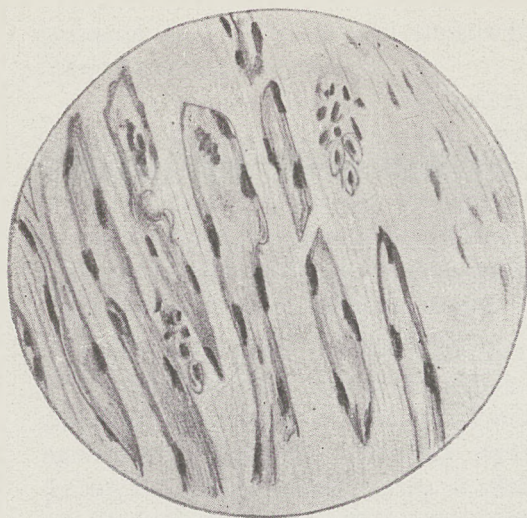
15.XII ruchy zupełnie dobre, królik podskakuje normalnie, łapka doświadczalna nie różni się ani wyglądem, ani ruchami od zdrowej.

### Spostrzeżenie VIII.

Królik wagi 2250 gr. — 25.IX.28 r. Opatrunek unieruchamiający, gipsowy, na tylną, prawą łapkę z zachowaniem fizjolo-

<sup>1</sup>) Odleżyna.



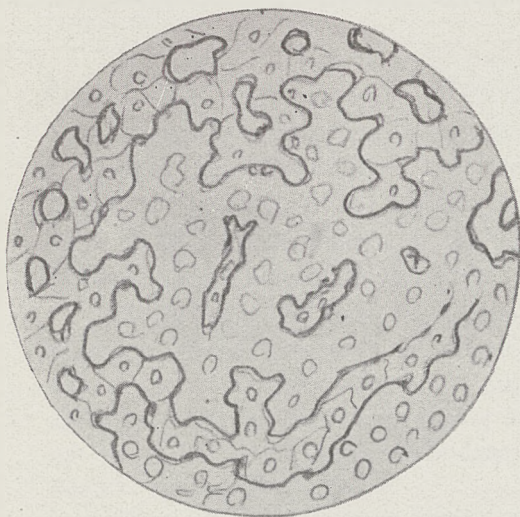


Ryc. 5 (do str. 135).

Włókna mięsne podzielone na fragmenty,  
dużo jąder, skupienia ich.

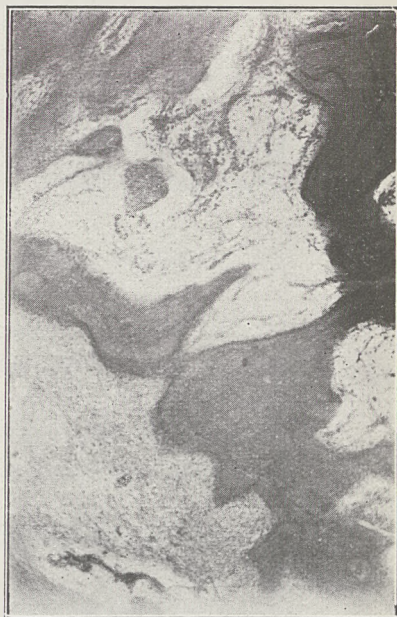


Ryc. 7 (do str. 142).



Ryc. 6 (do str. 135).

Belecзки kostne cienkie, zanik ich  
odśrodkowy.



Ryc. 8 (do str. 142).





gicznego zgięcia w stawie skokowym. Badanie nazajutrz nie ujawniło żadnych zmian.

7.X Zmiana gipsu. Zanik kończyny, szczuplejsza o  $\frac{1}{2}$  cm.. Królik porusza się bardzo leniwie, wychylenia w poszczególnych kierunkach ruchu bardzo ograniczone, w podskoku pochyła się wyraźnie na stronę zdrową, utrzymuje kończynę chorą przeważnie w ustawieniu unieruchomienia. Próby biernego ruchu tylko w dużych rozmiarach, bolesne, reaguje wtedy bardzo żywo; wychylenie niewielkie stawu zupełnie wolne.

Odruchy żywe. Waga 2000 gr.

21 X ponowna zmiana opatrunku gipsowego. Ruch czynny zniesiony, w podskoku łapka przykurczona. Ruch bierny bardzo ograniczony, bolesny. Odruchy żywe. Badanie prądem faryadycznym: skurcz mięśni żywy, z efektem ruchowym, z drażnienia zarówno przedniej, jak i tylnej powierzchni podudzia. Pazury znacznie większe niż po stronie zdrowej.

19.XI Waga 2000 gr. dalszy zanik kończyny o  $\frac{1}{4}$  cm.

W gipsie królik porusza się zupełnie dobrze i względnie swobodnie. Bez gipsu już nie wspiera się na kończynie ураżonej; wygląda ona, jak bez mięśni, z wiotką, suchą, bardzo podatną skórą.

Puszczony wolno, wogóle nie używa w skoku kończyny chorej, skacze na 3 łapkach; próby biernego ruchu bolesne.

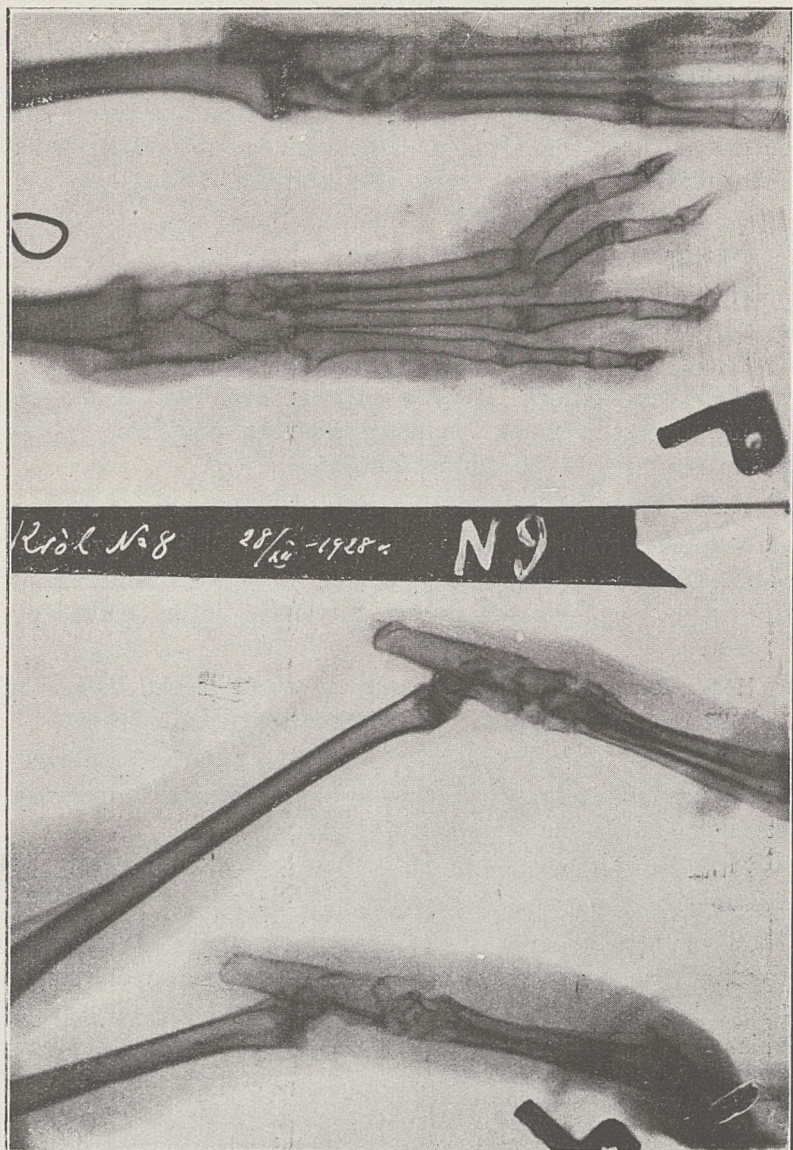
Odczyn z ukłucia znacznie żywszy niż po str. zdrowej. Z powodu skaleczenia przy zdejmowaniu opatrunku gipsowego dalsze unieruchomienie w łapkach.

28.XII w porównaniu z dn. 19.XI zmian wyraźnych nie stwierdza się. Opatrunek gipsowy.

28.XII zupełny bezruch urażonej kończyny. W ruchach biernych tarcie i trzaski w stawie skokowym; opór bardzo znaczny, królik bardzo piszczy. Zdjęcie prom. Rtg. wykazuje: zgrubienie torebki stawowej, szparę stawową zamazaną, duży zanik kości, w skład stawu wchodzących, odwapnienie drobnych kostek (patrz. Rtg. Nr. 9).

Bez gipsu. puszczony wolno, zupełnie nie używa kończyny urażonej.

7.I.29 r. kończyna w stanie zaniku mięśni. Czynne ruchy—O, w podskokach nadal nie używa kończyny chorej. Ruchy bierne



prawa

prawa

Rtg. Nr. 9. Spozrzenie VIII.



ograniczone, bolesne, opór mniejszy niż poprzednio. Pazury bardzo duże. Drażnienie prądem faradycznym daje odczyn żywy.

14.II poprawa sprawności i miary ruchów; zanik mięśni trwa.

21.II dalsza poprawa. — Ruchy czynne już zaznaczone, bierne jeszcze bardzo ograniczone i bolesne.

1.III bez zmian.

10.III bez zmian.

14.III badanie prom. Rtg. wykazało, że zmiany, wyżej opisane, nie ustępują.

Preparat z łapki.

Badanie mikroskopowe wykazuje: Zmiany w mięśniach podobne, jak u królika VI. Poza tem znacznie gorsza barwliwość włókien mięsnych, niektóre wogóle się nie barwią, inne na bladoróżowo. Jąder w otoczce dużo, skupienia gdzie niegdzie duże.

Zmiany w chrząstce b. niewielkie, w postaci martwiczych ognisk.

Komórki chrzęstne nieliczne, nieregularnie ułożone, istota podstawowa obfita. Belecзки kostne miejscami b. wąskie, gdzie-indziej znów znacznie zgrubiałe, przestrzenie szpikowe b. duże i jakgdyby powstałe ze złania się kilku. Wewnątrz tych przestrzeni tkanka tłuszczowa z dość licznymi krwinkami i komórkami szpiku; gdzie niegdzie zmiany włókniste w szpiku kostnym. W niektórych miejscach wyraźna rezorbcja. Okostna zgrubiała.

Spostrzeżenie IX.

Królik wagi 2350 gr. 26.IX.28 nałożono gipsowy opatrunek, unieruchamiający na prawą, tylną łapkę w ułożeniu fizjologicznego zgięcia stawu skokowego.

27.IX stwierdzono, że niema zmian widocznych na łapce unieruchomionej.

7.X zmiana opatrunku gipsowego z powodu dużego rozluźnienia.

Waga 2100 gr. kończyna już szczuplejsza o  $\frac{3}{4}$  cm.

Puszczony wolno, przesuwają się na 4 łapkach, lecz szcześnie chorej, udział w ruchach najmniejszy bierze łapka unieruchomiona, prostuje ją niezupełnie; ruch bierny tu wolny; odruchy żywe.

21.X ponowna zmiana opatrunku gipsowego. Waga 2050 gr., ruch czynny prawie = 0, w podskoku bez opatrunku utrzymuje stale kończynę w zgięciu, nadaniem jej przez gips.

Ruchy bierne znacznie ograniczone, bolesne, odruchy żywe. Po nałożeniu gipsu na staw badany, królik wspiera się kończyną chorą; raźnie się porusza.

8.XI. Badanie prądem faradycznym wykazuje: skurcz mięśni żywy z efektem ruchowym wyraźnym, z drażnienia zarówno przedniej, jak i tylnej powierzchni podudzia. Odruchy znacznie wzmożone.

Puszczony wolno, zupełnie nie wspiera się na kończynie chorej, przy próbach prostowania, względnie zginania stawu unieruchomionego, bardzo piszczy. Ruch bierny jest tu znacznie ograniczony, opór do przezwyciężenia b. znaczny.

19.XI. 28 waga 1950 gr., łapka w zaniku, mięśnie prawie niewidoczne. Z drażnienia prądem faradycznym efekt ruchowy wyraźny; odruchy bardzo żywe; łapkę kłóta cofa bardzo energicznie ruchem całego ciała; w podskoku łapką urażoną zupełnie nie porusza, pozostaje ona w zgięciu, nadanem jej przez unieruchomienie.

20.XII. dalszy zanik łapki, która ma już wygląd szkieletu powleczonego skórą; gdy się usiłuje biernie ją poruszyć, drga cały, wykonywa ruchy obronne; wrażliwość na klucie mniejsza, pazury bardzo długie.

Zdjęto gips; królik jest wypuszczany codziennie.

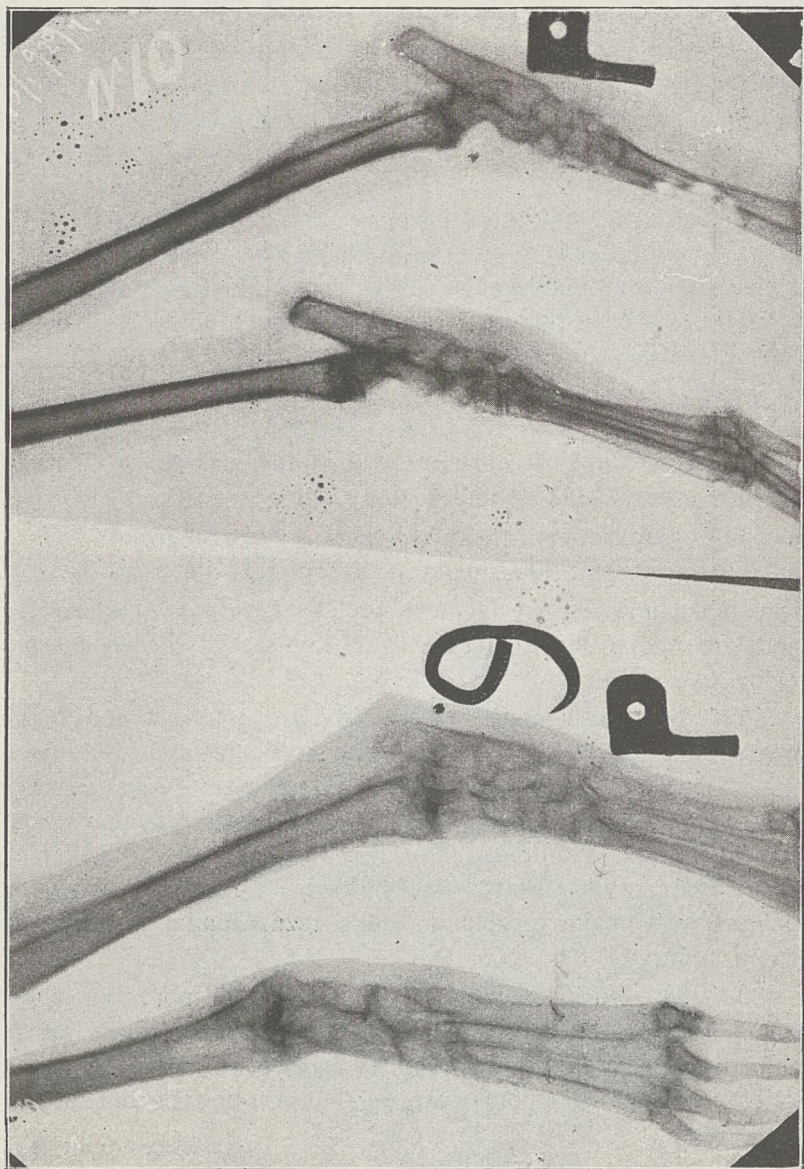
23.I 29. Stan łapki, jak wyżej; nie porusza nią wcale; w ruchach biernych również bez poprawy.

Badanie prom. Rtg: duży obrzęk torebki, szpara stawowa zamazana, część nasadowa kości piszczelowej zanikła, powierzchnie stawowe, chrząstkowe, zniszczone; kość skokowa zanikła, bujanie okostnej wzdłuż nasady kości piszczelowej, duży zanik drobnych kostek śródstopia. (patrz Rtg. 10).

18.II 22. bez zmian, zanik trwa; ruchy bierne bolesne, możliwe w skali bardzo małej. Badanie prom. Rtg.; zmiany zanikowe dalej posunięte; zarysy kostek niewyraźne, szpar stawowych nie widać, bardzo duże odwapnienie; nasada kości piszczelowej zanika, bujanie okostnej. (patrz Rtg. 11).

Preparat z kończyny. Badanie mikroskopowe wykazuje: 2 odpowiadające sobie pow. stawowe w postaci listewek chrzęstnych, w których komórki układają się w słupki, gęsto obok siebie ułożone. Na pewnych odcinkach listewki brak, lub na jej miejscu jest tk. martwicza. W warstwie głębszej układ ten się zaciera,





prawa

prawa

Rtg. Nr. 10. Spostrzeżenie IX.



a komórki są mniejsze. Podścielisko jest jednolicie na kolor intensywnie różowy zabarwione. Od chrząstki wgłąb odchodzą kostne beleczki, początkowo tworzą one gęste rusztowanie, czasem jednolite masy. W głębi jest ich znacznie mniej i są one tylko gdzieś niedgdzie porozrzucane. Pomiedzy beleczkami przeważa tkanka wiotka, o podścielisku z delikatnych włókienek, które stanowią jakby wypustki porozrzucanych komórek gwiazdzystych; pozatem leukocyty, limfocyty plazmatyczne i eozynochłonne komórki. Miejscami zbita tk. łączna sąsiaduje z beleczkami—ogniska martwicy typu kariorektycznego, miejscami b. rozległe. Pozatem w preparacie widać skórę z włosami, gruczoły łojowe, potowe i mięśnie (patrz ryciny 7, 8, 9, tablice II i III).

#### Spostrzeżenie X.

Królik wagi 2550 gr. 27.IX. 28 r. nałożono opatrunek gipsowy na prawą, tylną łapkę, w ułożeniu wyprostnem na staw skokowy, (normalnie zgięty). 28.IX. obrzęk stopy; zmiana gipsu.

29.IX. łapka bez zmiany wyglądu zewnętrznego.

7.X. Zdjęto gips. Waga 2400 gr., królik rusza z miejsca źle, powłóczy łapką urażoną, wyciągniętą wtył; bardzo mu to przeszkadza w podskoku, zgiąć biernie łapki nie daje, piszczy. Zanik mięśni wyraźny (o  $1\frac{1}{2}$  cm.)

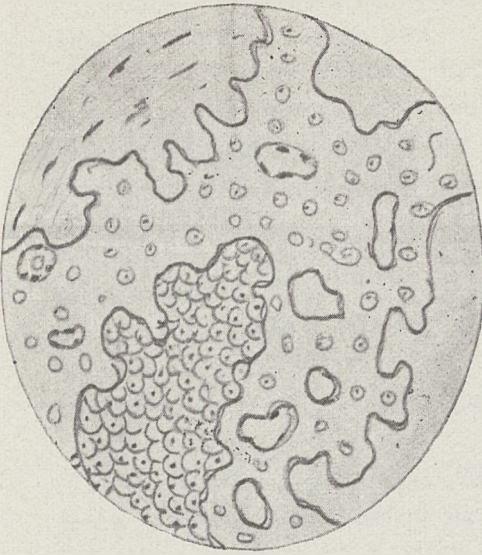
20.X. 28. Zanik mięśni łapki o dalsze  $\frac{1}{4}$  cm., w podskoku z opatrunkiem gipsowym wspiera się na łapce urażonej. Po zwolnieniu z opatrunku gipsowego łapką nie porusza; próba zmiany ułożenia wyprostnego bolesna, zwł. usiłowanie zgięcia powoduje bardzo energiczną obronę, królik piszczy i wyrwa się. Drażnienie prądem faradycznym: skurcz mięśni żywy, z efektem ruchowym wyraźnym w kierunku rozginania, lekko zaznaczonym w kierunku zginania kończyny.

30.X. 28. Ruchy czynne i bierne 0, nie daje poruszyć łapki urażonej; klęty, cofa się całym ciałem, piszczy; ruch bierny łapki minimalny. W ruchach tych, zresztą możliwych tylko po przewyciężeniu znacznego oporu, wyczuwa się tarcie powierzchni stawowych i trzask.

Bez gipsu; ciepła klatka; codziennie wypuszczany.

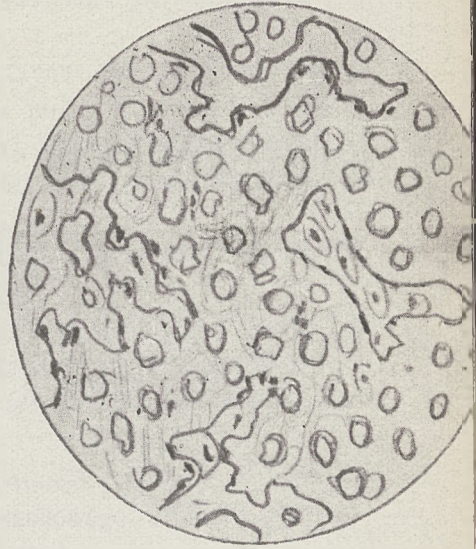
10.XI 28 poprawa ruchów biernych minimalna; przesuwają się leniwie, przeważnie nie rusza z miejsca.

19.XI. stan, jak wyżej. Grzybica ucha, waga 1750 gr.



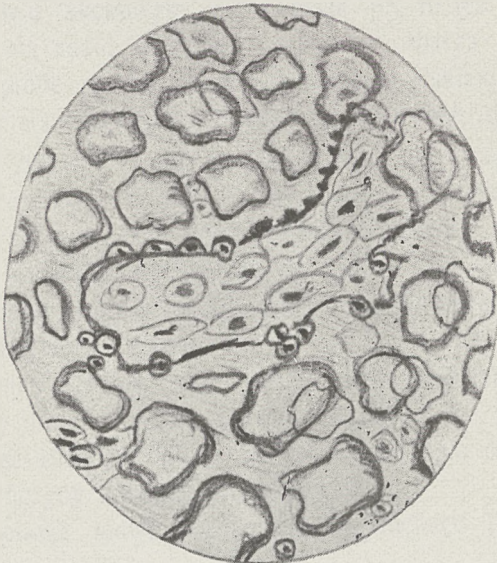
Ryc. 9 (do str. 142).

Beleczki kostne, zanik ośrodkowy.



Ryc. 10 (do str. 143).

Zanik beleczek kostnych daleko posunięty



Ryc. 11 (do str. 143).

Beleczka kostna, osteoklasty  
(duże powiększenie).







25.XI. W ruchach biernych poprawa, ruch już wyraźnie zaznaczony, bezruch czynny trwa.

30.XI. Dalsza poprawa: Ruchy czynne już się ujawniają, bierne znacznie obszerniejsze. Badanie prom. Rtg. w dn. 3.XII. wykazało: Zaznaczone odwapnienie kości, szparę stawową zatartą, powierzchnie stawowe nasad kości zarysowane mniej wyraźnie, (patrz Ktg 12).

Preparat łapki. Badanie mikroskopowe wykazało: mięsień jak u królika № IV ty.

Tkanka kostna i beleczek mało, są one cienkie; od środka wyraźne, duże przestrzenie między beleczkami, wypełnione tkanką tłuszczową i elementami szpiku (patrz ryc. 10, 11, tablica III).

#### Spostrzeżenie XI.

Królik wagi 2100 gr. 28.IX.28. opatrunek gipsowy na tylną łapkę, w ułożeniu wyprostnem stawu skokowego. 29.IX.28 łapka bez zmian zewnętrznych z ucisku opatrunku.

7.X. waga 2000 gr. Królik porusza się z wysiłkiem, przeskadza mu wyprostowana, w tył zwrócona, łapka; powłóczy nią, często spogląda na nią, chwytą zębami, usiłuje zerwać opatrunek. Po zwolnieniu łapki z opatrunku, potrząsa nią kilkakrotnie całą, unosi, ale w stawie skokowym nie porusza jej, to też w podskoku powłóczy nią nadal; w skoku niesprawny, zbacza ku stronie chorej. Na próbę zgięcia biernego reaguje piskiem, udaje się jednak zgiąć staw niewiele. Ponowny opatrunek gipsowy.

20.X. waga 2000 gr. zanik mięśni łapki, jest szczuplejsza o pół cm., ruchy czynne = O, bierne — możliwe w niewielkiej skali i bolesne, przesuwa się znacznie gorzej, nie unosi zupełnie urażonej kończyny, stąd też stała przeszkoda w ruchu. Na drażnienie prądem faradycznym mięśnie reagują żywo, efekt ruchowy zamaskowany przez sztywność kończyny.

5.XI. Bezruch zupełny. Gips zdjęto, królik codziennie wypuszczany, ruchy bierne bolesne, prawie wyłączone.

10.XI. waga 1950 gr. dalszy zanik mięśni łapki o  $\frac{1}{4}$  cm. bezruch trwa, kończyny urażonej nie używa.

19.XI. Poprawa ledwo zaznaczona w ruchach biernych, czynne dalej = O.

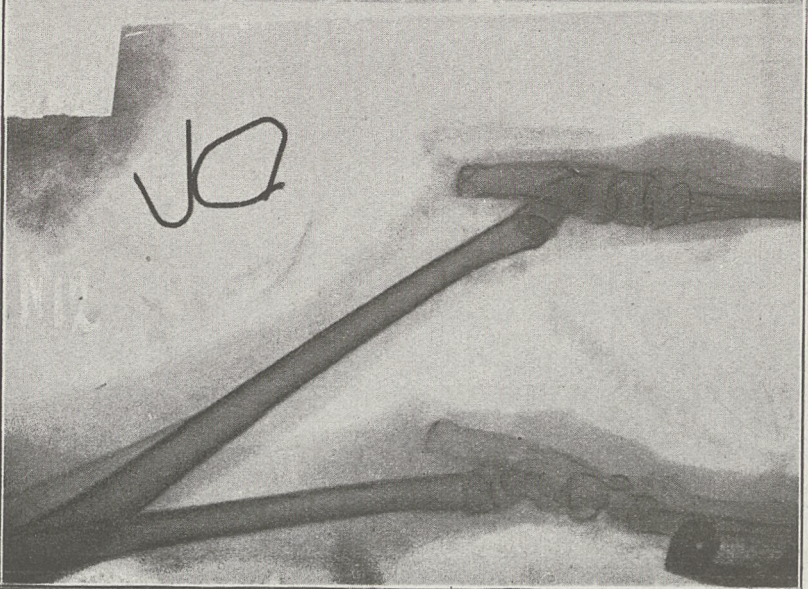
1.XII. Poprawa wyraźna.

15.XII. Poprawa duża. — Ruchy czynne już zaznaczone, bierne prawie w granicach normy, waga 2000 gr.

prawa



prawa

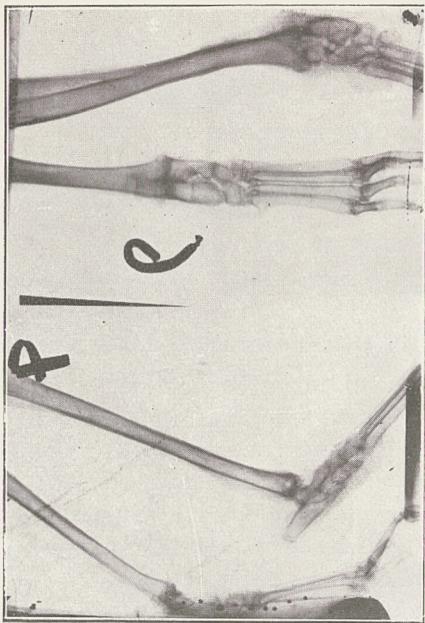


Rtg. 12. Spójrzanie X.



prawa

prawa



Rtg. Nr. 11. Spostrzeżenie IX



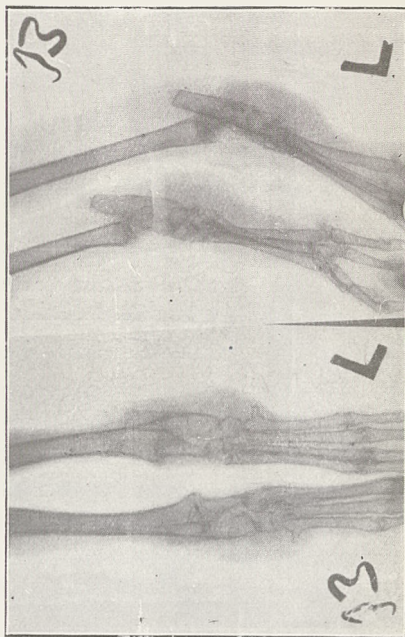
Rtg. Nr. 13. Spostrzeżenie XII.

prawa



Rtg. Nr. 14. Spostrzeżenie XII.

prawa



Rtg. Nr. 16. Spostrzeżenie XIII





20.XI.29 r. porusza się zupełnie dobrze, łapka urażona o  $\frac{1}{4}$  cm. szczuplejsza.

W II 29. ruchy zupełnie wolne, łapka niczem nie różni się od zdrowej.

#### Spostrzeżenie XII.

Królik wagi 2500 gr.. 29.IX. opatrunek gipsowy unieruchamiający prawą, tylną łapkę w fizjologicznym zgięciu stawu skokowego.

30.IX ledwo zaznaczony obrzęk łapki.

9.X. waga 2300 gr.. Po zwo'nieniu z opatrunku gipsowego, królik porusza się dość zwawo, oszczędzając widocznie kończynę unieruchomioną, lecz wspiera się na niej ostrożnie; ruch czynny jest tu ograniczony, bierny bolesny, lecz możliwy w normalnej rozciąłości. Mięśnie łapki zanikają, jest ona o pół cm. szczuplejsza. Wyraźny obrzęk palców.

22.X. Zmiana gipsu. Zanik o pół cm. Ruchy czynne bardzo nieznaczne, bierne ograniczone, bolesne. Badanie prądem faradycznym (100— 90) daje skurcz mięśni żywy, z efektem ruchowym jakby wyraźniejszym niż po stronie zdrowej, zarówno z drażnienia przedniej, jak i tylnej powierzchni podudzia.

30 X. Ruchy czynne prawie—O, bierne bardzo ograniczone, bolesne; królik broni się, wrywa łapkę, piszczy; skacze i rusza się, trzymając w powietrzu łapkę przykurczoną; obrzęk stopy.

19.XI. Waga 2300 gr.; porusza się, trzymając łapkę, jak wyżej; na stopie w kilku miejscach rany z ogryzania; pazury b. duże. Na klucie reaguje cofnięciem, żywym ruchem obronnym, całej kończyny.

19.XII. Zanik mięśni łapki tak dalece posunięty, że gips opadł; w stawie unieruchomionym bezruch zupełny. Rany na palcach zagojone; łapka szczuplejsza o  $\frac{1}{4}$ , cm, próby ruchu biernego bolesne, tarcie, trzaski w stawie unieruchomionym.

7.I.29 r. bez gipsu; zanik trwa. Wypuszczony z klatki porusza się niechętnie — zupełny bezruch stawu badanego. Zdjęcia promieniami Rtg. wykazały: duży obrzęk torebki, szparę stawową zamazaną, część nasadową kości piszczelowej w zaniku, poczynające się zniszczenie chrzęstnych zakończeń stawowych, kość skokową w zaniku, drobne kości śródstopia odwapnione, bujanie okostnej wzdłuż nasady k. piszczelowej. (patrz Rtg 13).



23.I.29. Ruchy bez poprawy, królik rusza z miejsca na 3 łapkach; bierne poruszanie stawu badanego bolesne. Prom. Rtg. ustaliły zmiany, jak wyżej.

20.II. bez poprawy. — Rtg. jak wyżej (patrz Rtg 14).

Preparat z łapki. Obraz mikroskopowy naogół analogiczny, jak w spostrzeżeniu IX, tylko beleczek jest znacznie mniej, są one bardziej porożsowane. Ogniska martwicy znacznie rozleglejsze.

Spostrzeżenie XIII.

Królik wagi 2450 gr. 30.IX.28 unieruchomienie w gipsie prawej, tylnej łapki, w fizjologicznym zgięciu stawu skokowego.

1.X. łapka bez objawów zaburzeń zewnętrznych.

22.X. Zmiana gipsu; kończyła już w zaniku (o  $\frac{1}{4}$  cm.) Po zdjęciu gipsu, w podskoku, królik nie usiłuje nawet wesprzeć się na kończynie chorej, a porusza nią całą; ruch bierny w stawie badanym ograniczony, lecz podatny w dość rozległej mierze; próby o większym wychyleniu bolesne. Badanie prądem faradycznym wykazuje: skurcz żywy mięśni drażnionych z efektem ruchowym wyraźniejszym niż po stronie zdrowej.

30X. Ruchy czynne prawie = 0, bierne bardzo bolesne, ograniczone znacznie, w skoku łapka pozostaje przykurczoną; zanik kończyny o dalsze  $\frac{1}{4}$  cm., pazury duże.

19.XI. Waga 2300 gr.; w podskoku kończynę ma stale uniesioną, przykurczoną. Zanik łapki postępuje. Ruchy czynne i bierne ograniczone bardzo, wszelkie próby ruchów biernych bardzo bolesne. Z drażnienia prądem faradycznym odczyn b. żywy.

9 XII. bez gipsu. Stan — jak wyżej.

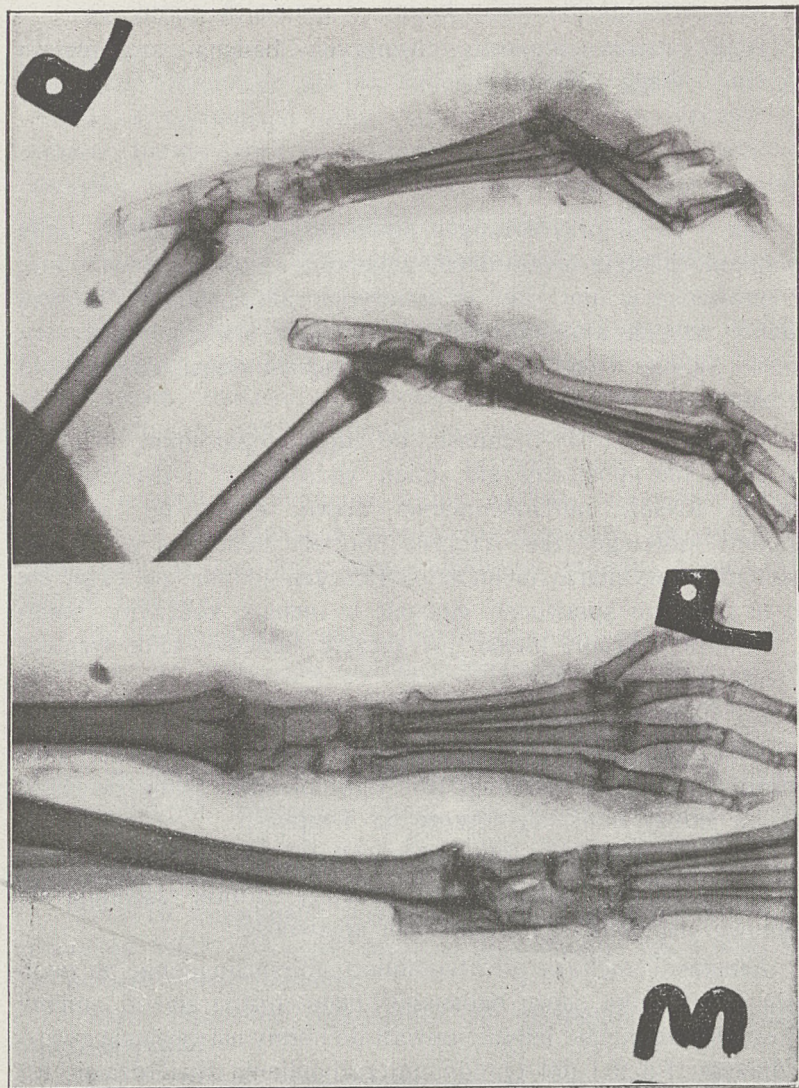
7.I. Zanik trwa. Bezruch zupełny. Wypuszczony z klatki królik podskakuje na 3 łapkach. Prm. Rtg. wykryto: obrzęk torebki, szparę stawową zamazaną, część nasadową kości piszczelowej zanikłą, chrzęstne powierzchnie stawowe niewyraźne, drobne kości śródstopia odwapnione, bujanie okostnej. (patrz Rtg 15).

23.I. Królik codziennie wypuszczany z klatki; ruchy bierne obszerniejsze, czynne bez poprawy.

Prm. Rtg. zmiany, jak wyżej. (patrz Rtg 16).

30.I.29 dalsza poprawa.

10.II. ruchy czynne już zaznaczone; bierne względnie obszernie i wolne.



Rtg. Nr. 15. Spostrzeżenie XIII,



20.II. ruchy czynne wyraźne, porusza się, potyka się, używa już jednak kończyny chorej.

1.III. skok lepszy, ruchy bierne w granicach normy.

10.III. dalsza poprawa. Kończyna badana szczuplejsza o  $\frac{1}{4}$  cm.. Waga 2350 gr.

Jak z wyżej przytoczonych spostrzeżeń sądzić można, unieruchomienie luźnym opatrunkiem gipsowym zdrowego stawu u królika sprowadza w nim, oraz w kończynie całej, zmiany, których nasilenie wzrasta w miarę wydłużenia czasu trwania unieruchomienia. Są one w poszczególnych odcinkach czasu doświadczenia rozmaite, a mianowicie:

W pierwszych 4—5 dniach, po zdjęciu opatrunku, ustalającego staw, nie spostrzega się zmian widocznych, a jeszcze i po 8 dniach trwania unieruchomienia stawu, królik po upływie względnie krótkiego czasu zaczyna poruszać kończyną w odcinku urażonym, w wymiarze ruchu fizjologicznym; jedynie zauważyć się daje tu mniejsza sprawność, chyżość w ruchach kończyny badanej, na której mięśnie ulegać już zaczęły zanikowi, choć względnie jeszcze niewielkiemu.

Po 12 dniach unieruchomienia królik już wyraźnie szczędzi zwolnioną z opatrunku łapkę; w skoku wspiera się na niej nieznacznie, ruch łapki badanej jest powolniejszy, jakby ociężały, w skoku jednak unosi się jeszcze na 4 łapkach.

Stan ten niesprawności kończyny trwa krótko—po kilku godzinach już różnice, w zestawieniu z łapką zdrową, zacierają się stopniowo, następuje wyrównanie ich sprawności.

Zaburzenia ruchowe po 2 tygodniach unieruchomienia, po zwolnieniu z opatrunku stawu badanego, mało różnią się od zmiany z okresu poprzedniego, jedynie powrót do normy ma ewolucję znacznie dłuższą. Po 2 i pół tygodn. unieruchomienia stwierdza się też jeszcze nieznaczne ograniczenia ruchów czynnych. Bierne są tu możliwe, lecz w próbach dużych wychyleń ruchu są już ograniczone. Królik, po zwolnieniu z 2 i półtygodniowego opatrunku, posilkuje się łapką bardzo nieznacznie, leniwie, ma w niej jakby omamy czuciowe, potrząsa łapką, pociera ją, liże.



Po 3 tygodniach unieruchomienia zmiany w ruchach są wciąż większe.

Po 4 tygodniach ruchy czynne są już wyraźnie ograniczone, bierne również, aczkolwiek wciąż możliwe, bardziej jednak, sądząc z odczynu obronnego królika, bolesne.

Po 5 tygodniach ruchy czynne są już bardzo znacznie ograniczone, bierne tylko do połowy, mniej więcej, skali normalnej odchylenia ruchu w poszczególnych kierunkach; poza tą granicą ruchu występuje jaskrawo odczyn obronny bólowy.

Po 6--7 tygodniach ograniczenie ruchu jest coraz większe; równolegle postępuje znacznie zanik łapki.

Badanie po unieruchomieniu doświadczalnym po 10 tygodniach ujawnia już zanik łapki jaskrawy, bezruch czynny zupełny; ruchy bierne znacznie ograniczone. Po zwolnieniu z krępującego opatrunku, królik w podskoku nie wspiera się zupełnie na kończynie chorej, łapka jest stale przykurczona; gdy czyni się próbę biernego uruchomienia, królik wyrwa całą łapkę, piszczy.

Po 12 tygodniach doświadczenia stwierdza się postępujący zanik łapki, bezruch jej w stawie badanym zupełny, a ruch bierny bardzo bolesny.

Po 14 tygodniach unieruchomienia zanik jest już tak daleko posunięty, że łapka, po usunięciu opatrunku gipsowego, sprawia wrażenie jedynie szkieletu kostnego, obciążonego skórą.

Po 16 tygodniach stan, jak wyżej. Podczas prób biernego ruchu, uruchomienie stawu badanego możliwe jest jedynie po przewycięzeniu znacznego oporu, połączonego najwidoczniej ze znacznym odczynem bólowym (wyczuwa się już tarcie powierzchni stawowych oraz trzaski).

Po 18 tygodniach unieruchomienia stwierdza się: daleko posunięty zanik kończyny, zarówno dośrodkowy, jak i obwodowy od miejsca unieruchomienia.

Stan odruchów przedstawia się następująco na kończynie doświadczalnej:

Do 2 tygodni unieruchomienia nie spostrzega się różnicy w porównaniu ze stroną zdrową.

Po 3, 4 tygodniach stwierdza się wzmożenie odruchów, zresztą niewielkie, w okresie znacznego ograniczenia ruchów, określenie tej różnicy staje się bardzo utrudnione, na skutek wzrastającej przeszkody mechanicznej. Badanie prądem faradycznym

w różnych okresach unieruchomienia, wykąwszy tylko bardzo krótkotrwałe, wykazało, że zmian jakościowych w mięśniach nie dostrzega się, następują natomiast zmiany ilościowe, być może zrazu z żywszym efektem ruchowym, wyraźniejszym niż po stronie zdrowej, zarówno z przedniej, jak i tylnej powierzchni drażnienia badanego odcinka kończyny. W okresie daleko posuniętego bezruchu, oraz zaniku mięśni, efekt ruchowy jest przez ograniczenie ruchów zasłonięty (badanie bardziej szczegółowe tego zjawiska odłożono do następnej części pracy doświadczalnej); czucie bólowe wydawało się wzmożonem na kończynie badanej, klucie powoduje w okresie bezruchu zazwyczaj żywszy odczyn niż na łapce zdrowej. Nie będąc w stanie cofnąć łapki samej, królik całem ciałem usuwa się w ruchu obronnym, czego nie czynił, gdy kłuto łapkę zdrową. Zmiany zanikowe, jak też zaburzenia ruchów, oraz w odczynie mięśniowym, występowały w badaniach doświadczalnych, zarówno kończyny przedniej, jak i tylnej; stwierdza się tu jednak mniejsza nieco wrażliwość na unieruchomienie kończyny przedniej królika.

Większą natomiast wrażliwość stawu badanego na unieruchomienie stwierdzono wówczas, gdy kończynie nadano sztuczne ułożenie—odmienne od najczęstszego fizjologicznego, naprz. wyprostne dla normalnie zgiętego stawu skokowego.

Zmiany wyżej opisane, występowały we wszystkich, licznych powtórnych spostrzeżeniach, przyczem analogicznie, w poszczególnych doświadczeniach, o ile opatrunek gipsowy unieruchamiający był luźno nałożony i ucisk nadmierny na kończynę badaną był wyłączony. Tam, gdzie stwierdzano nazajutrz lub w dni kilka po opatrunku, obrzęk łapki powyżej i poniżej gipsu, jako dowód istniejącego zaburzenia w krążeniu żylnem, zmiany zanikowe występowały prędzej, wyraźniej, zwierzęta z bólu ogryzały łapkę, powodując okaleczenia; spostrzeżenia te, jako powikłane, były wyłączone z materiału klinicznego pracy niniejszej. Gdy bowiem opatrunek ustalający nazbyt uciskał kończynę, to wolna jej część była biała, chłodna, powstawały wówczas daleko posunięte zmiany, zwł. w mięśniach, przyczyną zaburzeń tych wtórnych było nie unieruchomienie samo, jako takie, lecz zaburzenia w dopływie (na skutek wadliwego ułożenia gipsu) krwi tętniczej, powodowało to bliznowate przykurcze mięśniowe, kończyna cała ulegała zniekształceniu, powrót do normy, jak z dotychczasowych danych leczenia wynika, jest tu wyłączony. Poza wymienionemi wyżej zaburzeniami, wspo-



mniej należy również i o szybkim wzrastaniu pazurów na łapce badanej. Jest to objaw dodatkowy, obok innych zmian troficznych, albo też nadmierny wzrost pazurów należy tłumaczyć brakiem ruchów badanej łapki, oraz towarzyszącego mu stąd stałe normalnego ścierania pazurów.

Gdy z kolei zastanowimy się nad sprawą możliwego wyrównania spowodowanych przez unieruchomienie zmian, wzgl. powrotu kończyny badanej do stanu normalnego, to, jak odnośne spostrzeżenia sądzić pozwalają, powrót do normy jest szybki w przypadkach, kiedy unieruchomienie doświadczał nie trwało dłużej ponad 4 tygodnie. W przeciwnym razie (po wielu tygodniach) okres zdrowienia wydłuża się, przyczem jest on tem dłuższy, im okres unieruchomienia trwał dłużej. Gdy unieruchomienie trwało 14 tygodni, osiągnano jeszcze po dłuższym czasie leczenia poprawę, lecz po 16 tyg. unieruchomienia, mimo wszelkich usiłowań, nawet po dłuższym czasie leczenia, żadnej poprawy już nie uzyskano.

Taki stan rzeczy dowodzi, że zmiany w okresie późniejszym unieruchomienia są już (po 16 tygodniach) daleko posunięte, dowodem czego odnośne badania promieniami Rtg..

W różnych okresach czasu doświadczeń, przeprowadzone badania kontrolne prom. Rtg. dadzą się określić, jak następuje. Po 2, 3 tyg. unieruchomienia zmian widocznych na kliszach zdjęcia się nie stwierdza.

Po 6 tyg. występuje już zgrubienie torebki stawowej, zatarcie w odbiciu, w porównaniu z kończyną zdrową, zarysu chrzęstnych powierzchni stawowych; odpapnienie kości u szpary stawowej.

Po 9 tyg. szpara stawowa jest już zatarta, źle zaznaczona, odpapnienie większe; bujanie okostnej, wzdłuż zanikających kości u stawu.

Po 10 tyg. szpara stawowa już zamazana, zniszczenie chrzęstnych zakończeń powierzchni stawowych, odpapnienie kości; części nasadowe w zaniku.

Po 12 tyg. dalszy zanik w obrazie rentgenograficznym.

Po 13 tyg. obrzęk torebki, szpara stawowa zamazana, duży zanik nasady kości długich, zanik kości małych (kości skokowej), duże odpapnienie małych kości śródstopia z zamazaniem szpar

stawowych między niemi, bujanie okostnej wzdłuż części nasadowej piszczeli.

Po 14 tyg. duży obrzęk torebki, szpara stawowa zamazana, część nasadowa kości zanikła, powierzchnie stawowe zniszczone, kość skokowa w zaniku, drobne kości odwapnione, bujanie okostnej.

Po 16 tyg. duży obrzęk torebki, szpara stawowa zanikła, część nasadowa kości długiej zanikła, powierzchnie stawowe zniszczone, kość skokowa zanikła, zanik drobnych kości śródstopia, zamazanie szpar stawowych między niemi, duże bujanie okostnej.

Po 19 tyg. zmiany jeszcze dalej posunięte, zarysy kostek niewyraźne, szpar stawowych nie widać, bardzo duże odwapnienie, bujanie okostnej. (Porównaj Rtg. 17 — stawy zdrowe).

U królików, u których po 6 tygodniach przerywano unieruchomienie stawu doświadczalnego, wzgl. leczono je przytem, zmiany rentgenograficzne ustępowały, zostawiając jedynie ślady patologicznego odwapnienia kości.

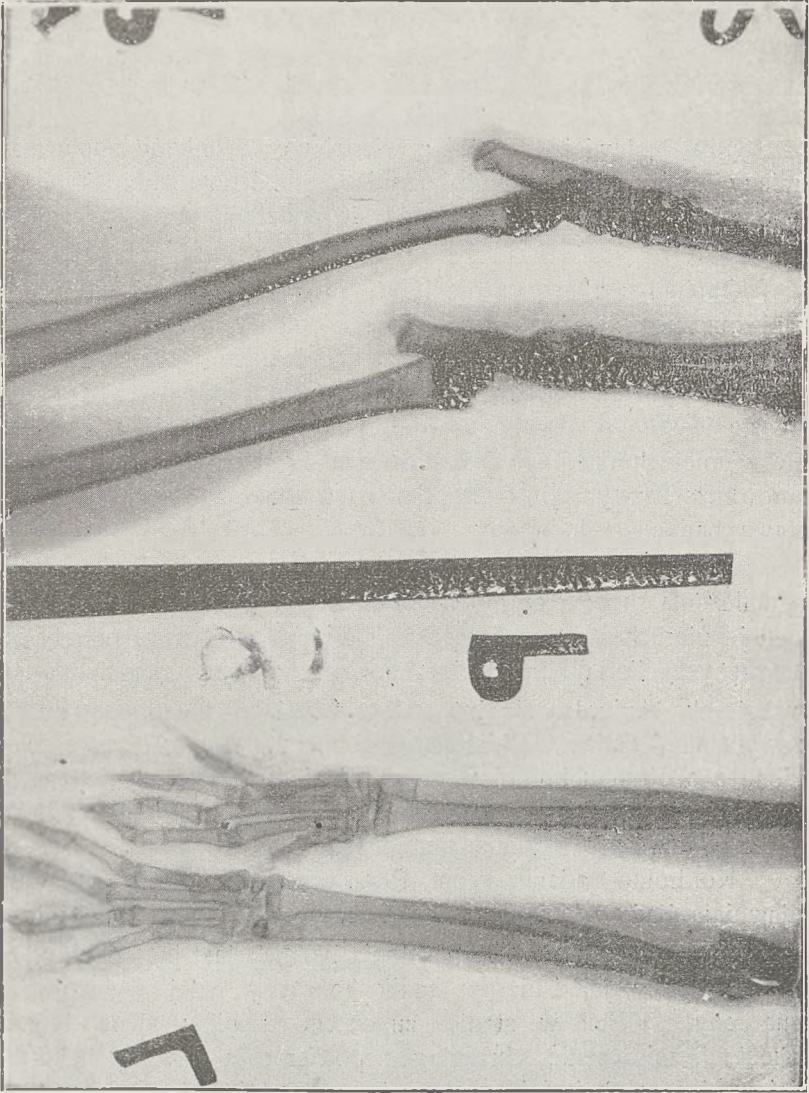
Po 8 tyg. unieruchomienia wdrożone leczenie dawało jeszcze wynik podobny. Gdy unieruchomienie trwało dłużej, ponad 3 miesiące, kontrolne badanie promieniami Rtg. poprawy już nie stwierdzało, nie bacząc na zwolnienie łapki z opatrunku unieruchamiającego staw badany, jak też i próby leczenia.

Badanie histologiczne preparatów mięśniowych wykazało: włókna blade, ścięnczałe, barwy mięsa rybiego, zwiększenie się znacznie liczby jąder, włókna mięsne znacznie węższe niż normalnie; gdzie nigdzie spostrzegano skupienie się chromatyny; jądra tworzyły, jakby płytki. W chrzęstnej części zakończeń stawowych kości stwierdzono: zanik ogólny warstwy chrzęstnej cienkiej, miejscami tu przerywanej; komórki chrzęstne prawie niewidoczne. (patrz ryciny).

Kość: warstwa zbita wykazuje znaczne rozrzedzenie, gdzie nigdzie widać ogniska zapalne, w części nasadowej mało beleczek, im bardziej ku środkowi, tem ich tu mniej. Stwierdza się tu tedy wessanie ośrodkowe kości; tu i owdzie, wzdłuż beleczki kostnej, widoczne są osteoklasty. (patrz ryciny).

Przypadki ze zmianami wtórnymi, powikłaniami, jak ropowica, zapalenie wtórne szpiku kostnego zostały, rozumie się, z badań histologicznych wyłączone.





Rtg. Nr. 17, Stawy zdrowe.

We wszystkich powstałych jednoimiennych przypadkach, niepowikłanych, zmiany w mięśniach i kościach ustalono podobne, odpowiadające wyżej wymienionym zaburzeniom i przemianom histopatologicznym. (patrz załączone tablice rycin).

Gdy, zestawiając wyżej powiedziane, weźmiemy pod uwagę zmiany kliniczne, oraz wynik badania prom. Rtg. i mikroskopowe, czas zmian w doświadczeniach da się podzielić mniej więcej na 3 okresy.

Okres I-szy: przeważnie tylko zmiany w ruchach czynnych, z nieznacznym jeszcze ograniczeniem biernych, zanik kończyny niewielki, obrzęk nieznaczny tkanek miękkich okołostawowych, torebki stawowej, odwapnienie kości w skład stawu wchodzących, zresztą jeszcze w stopniu niewielkim. W okresie tym zwolnienie z unieruchomienia i pozostawienie królika własnemu losowi sprowadza zazwyczaj, po krótkim wzgl. przeciągu czasu, powrót stawu badanego do normy.

Okres II-gi: mamy tu bezruch czynny, obok znacznego już ograniczenia ruchów biernych (zwolniona z opatrunku łapka pozostaje nieruchoma); zwiótnienie mięśni, daleko posunięty zewnętrzny zanik łapki; bujanie okostnej u nasady kości długich, w których stwierdza się już znaczny zanik na rentgenogramach, z wyraźnymi zmianami histopatologicznymi. W tym okresie zwolnione z opatrunku króliki wracały niekiedy do stanu zbliżonego do fizjologicznej sprawności ruchów stawu urażonego i tylko na skutek długotrwałego leczenia następczego.

Kontrolne badanie prom. Rtg. wykazało, że rentgenogramy ujawniają ślady odwapnienia kości jeszcze bardzo długo (3 mies.).

W okresie III-im czasu badania bezruch jest już zupełny, zarówno czynny, jak i bierny; zanik kończyny całej wyraźnie zaznaczony. Kości w stanie znacznego zaniku; duże bujanie okostnej, zniszczenie chrzęstnych powierzchni stawowych, a częściowo i samych kości, zamazanie szpar stawowych, są zjawiskiem stałym w obrazie rentgenograficznym. U królików z tego czasu badania, mimo długotrwałego leczenia, poprawy już nie uzyskano, to też sądzimy, że zmiany te są już zmia-

nam i stałemi, nie do wyrównania. Waga królików, coraz to mniejsza w miarę przedłużającego się unieruchomienia, wra-  
stała, gdy po zwolnieniu z opatrunku występował objaw poprawy  
w czasie zabiegów leczniczych.

Zestawiając wskazane wyżej dane, można z tych badań  
wstępnych, doświadczalnych, nad unieruchomieniem fizjologicznem,  
uważać za słuszne następujące wnioski.

1. Zupełnie normalny, zdrowy, odcinek kończyny, pod wpły-  
wem unieruchomienia ulega wyraźnym zmianom chorobowym;

2. Zmiany te nasilają się w zależności od czasu trwania  
unieruchomienia;

3. Występują one zarówno w częściach miękkich i ko-  
ściach;

4. Zmiany te mają charakter zmian zanikowych.

5. Tylko do pewnego okresu zmiany te pozostają bez  
wpływu szczególnego na czynność stawu; poczem sprawność ru-  
chu staje się coraz bardziej upośledzona, aż do bezruchu, zrazu  
czynnego tylko, potem i biernego.

6. Leczenie następce może zmiany z unieruchomienia  
tylko do pewnego stopnia usunąć.

7. Kończyna, wzgl. odcinek jej stawowy, ma poszczególną  
granicę tolerancji dla czasu unieruchomienia; gdy ono się prze-  
dłuża nad miarę, pozostają zmiany trwałe.

8. Unieruchomienie może spowodować bezruch istotny. Ba-  
danie prom. Rtg. wykazuje wtedy zniesienie szpar stawowych;  
histologicznie — zrostu zakończeń stawowych nie stwierdzono.†

9. Zmiany w kościach powstałe, gdy są już daleko posu-  
nięte, nie ustępują pod wpływem leczenia.

Jak odbijają się zmiany obwodowe na układzie nerwowym  
ośrodkowym, rdzeniu, będzie przedmiotem dalszego badania.\*

---

\* P. Dr. Meszowi, który robił zdjęcia i dawał mi orzeczenia rentge-  
nologiczne oraz P. Dr. Płońskierowi, który przeprowadził badania histolo-  
giczne, wyrażam na tem miejscu najserdeczniejsze podziękowanie.



## **Le travail experimental sur les changements trofiques de l'appareil de mouvement sous l'influence d'immobilisation.**

P A R

**A. Graber.**

### **S o m m a i r e.**

Dans le traitement physiotherapeutique des cas postraumatiques d'appareil movatoire, on observe une particularité stable — la duré de temps, necessaire pour la restitution integre du segment traumatisé, est très variable dans des lesions analogiques.

Grace a une grande quantité des cas observés et des recherches speciaux, basé sur la statistique (voir du même auteur: Lésion d'appareil movatoire comme une question chirurgical et de cure physical) on a trouvé que l'âge, le sexe, le mecanisme de la lesion la methode du traitement chirurgical ne sont pas de si grande importance que la duré d'immobilisation.

Par consequent, plus que dure l'immobilisation, plus augmente proportionnellement la duré du traitement physical consecutif.

Après avoir constaté cette circonstance nous nous decidâmes d'etablir des etudes experimenteaux pour eclaircir les causes du fait en question. L'experience a été faite sur les lapins.

Le plan du travail était suivant.

1<sup>o</sup> l'immobilisation du segment articulaire de la jambe sur un temps strictement determiné;

2<sup>o</sup> l'examen aux rayons  $\gamma$  histologique du segment immobilisé des os et de tissus entourants;

3<sup>o</sup> mobilisation du même segment;

4<sup>o</sup> determination de temps d'immobilisation après lequel la guerison est déjà impossible;

5<sup>o</sup> la constation des phenomenes pathologiques dans le corps entier, s'ils se presentent.

On a pratiqué l'immobilisation avec le plâtre, en le changeant tous les trois ou quatre semaines.

Les resultats sont suivants:

l' immobilisation ne provoque aucune malaise avant le douzième jour — temps auquel on constate déjà une visible lesion du membre experimenté, avec une grande rigidité du mouvement.

La lésion augmente avec le temps d'immobilisation; on y voit une limitation des mouvements actifs et passifs et une importante atrophie des muscles après dix semaines d'expérience. Après dix huit semaine il ne reste que la peau et les os, pas de mouvements.

Les reflexes tendineux semblent être augmentés dans le premiers 3 — 4 semaines, après il est impossible de les vérifier à cause du manque de mouvement. L'examen des os aux rayons X présente le tableau suivant: avant le 3 — 4 semaines pas de changements pathologiques;

après six semaines la capsule articulaire épaissie, les contours du cartilage épiphysaire sont moins visibles, il y a une décalcination des os;

après neuf semaines la fissure articulaire est effacée, on voit une destruction partiel du cartilage, la décalcination des os est avancée, on constate une atrophie des épiphyses;

après douze, treize semaines la destruction est plus grande;

après quatorze semaines apparaît la décalcination des petits os, atrophie et prolifération du périoste;

après dix neuf semaines — la tuméfaction de capsule, atrophie des épiphyses osseuses, on ne voit plus de surface articulaire nette, elle est détruite, la prolifération du périoste est grande, l'atrophie des grands os remarquable.

L'examen microscopique: tissu musculaire: les fibres sont pâles et minces, avec beaucoup de noyaux; des conglomerats de chromatine; cartilage — atrophie, la couche mince par places entrecoupée; la couche compacte d'os laisse constater des grandes éclaircissements excentriques, dégénération fibreuse et des foyers nécrotiques.

Les troubles pathologiques provoqués par l'immobilisation prolongée peuvent donc être divisés en trois périodes:

la première — troubles des mouvements atrophie minime des muscles, décalcination des os et tuméfaction de la capsule;

la seconde — manque de mouvements actifs du membre traumatisé, atrophie des muscles assez avancée, décalcination des os, prolifération du périoste. Les changements histologiques sont formidables.

Si la cure physique dans la première période était toujours suivie de la guérison complète, les animaux de la deuxième

periode revenaient à l'état normal —exceptionnellement, après une cure penible et soignée; la plupart des cas montraient seulement une amelioration plus ou moins grande;

la troisieme periode se manifeste par manque complet du mouvement au segment experimenté, même aucune trace du mouvement actif, essai du mouvement passif provoque des grands douleurs, l'animal se defend energiquement. Sur la radiographie on trouve la destruction du cartilage, de contures d'epiphyses habituel, et l'articulation dans sa construction anatomique disparaît.

La qualité des troubles histopatologiques est la même que dans la seconde periode, ils sont seulement encore plus avancées.

La restitution du membre traumatisé de cette periode était impossible, même après une cure energique et prolongée.

En résumant.

Une articulation saine et normale sous influence d'immobilisation montre de vrais troubles pathologiques.

Ces troubles augmentent avec la durée d'experiment.

On les voit dans le tissus periarticulaire, les muscles et les os.

Ils sont du caractère atrophique.

Troubles pathologiques provoquent dans peu de temps des perturbations dans les articulations, qui limitent la mobilité jusqu'au immobilité complete.

La cure physical peu provoquer la guérison seulement dans un degres déterminé, après quoi la restitution du membre est exclue.

Il y a une limite de tolerance pour l'immobilisation, cette limite passé et resulte de troubles stables.

Par l'immobilisation prolongé on peu provoquer ancylose experimental (l'examen histologique de cas en question ne montre pas de reunion des os).

Comment ces troubles reagissent sur la medulle spinal sera question dans un travail special.



# Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

## **Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 5 października 1928 r. (Ciąg dalszy).**

Przewodniczył Altkaufer.

### **Płoński. Pokaz preparatów anatomopatologicznych.**

a) 3 przypadki wrzodu żołądka. Przedstawiane przypadki obrazują wszystkie etapy i zejście wrzodu żołądka. W 1-szym widać liczne wybroczyny w śluzówce dna i części odźwiernikowej żołądka. Tu występują liczne drobne nadżerki (erosio), a jedna z nich nieco głębsza stanowi przejście i mogła być podłożem do rozwoju typowego wrzodu. W 2-gim przypadku typowy wrzód w części odźwiernikowej ze zbliżnowaciałem otoczeniem i mocnymi zrostami z trzustką. Wreszcie w 3-cim niewielki wrzód na przedniej ściance, przebicie tejże ścianki i rozlane zapalenie otrzewnej.

b) Żółty ostry zanik wątroby przy niedorozwoju nerki u kobiety ciężarnej. U 36-letniej kobiety stwierdzono podczas sekcji 6-miesięczną ciążę, ostry żółty zanik wątroby oraz bardzo niedorozwiniętą lewą nerkę. Można by przypuścić, że niedorozwój jednej nerki upośledzał wydalanie ze krwi gromadzących się w niej substancji toksycznych (zatrucie ciążowe?) i sprzyjał w tym sensie powstaniu ostrego żółtego zaniku wątroby.

Goldstein. **Przypadek bloku serca.** (Z oddz. A. Solowiejczyka).

Chory, lat 67-u, z zawodu dorożkarz, przybył ze skargami na bóle w okolicy nadbrzusza prawego, trwające od 3 tygodni.

Przez pierwsze 2 tygodnie chory jeszcze pracował, od tygodnia zaś leży. Tydzień temu chory podczas rozmowy nagle upadł, stracił przytomność na kilka minut. Od tego czasu przy każdej próbie chodzenia lub wysiłku dostaje zawrotów głowy. Tak samo zawroty występują po spożyciu większego posiłku. Dawniej chory również dostawał zawrotów głowy po wysiłkach, nachylaniu się i t. p.

Od  $\frac{1}{2}$  roku chory ma zaburzenia w wydalaniu moczu. Pije i pali dużo. Poza tem wywiady bez znaczenia.

St. obecny: Granice płuc obniżone (12 żebro), na całej przestrzeni rżenia i świsty.

Serce: granice powiększone, szczeg. po stronie lewej (o palec nazewn. od linii sutkowej). Aorta krótka, szeroka na 4 palce. Tony serca głuche; tętno 36 na 1 Ciśnienie  $220/10$ . (dcz. Wass. —). Wątroba powiększona (o palec powyżej pępka) Poza tem bez zmian patologicznych.

Rozpoznanie bloku serca G. opiera tu na zwolnionem tętnie i sfigmogramie. Natury bloku określić się nie udało ze względu na brak tętnienia żylnego, co uniemożliwiło zdjęcie flebogramu.

Etiologia — prawdopodobnie — miażdżyca.

W rozprawie doc. Klejn szczegółowo uzupełnił pokaz i omówił postępowanie lecznicze. Szour zwrócił uwagę na rozpiętość w wahanii ciśnienia krwi, co bywa w insuffitientia valv. aortae. Zwolnione tętno w danym wypadku daje gorsze rokowanie, choć rzecz nie wyłączona też, że jest ono spowodowane uciskiem rozszerzonej tętnicy głównej na nerw.

Landau uważa za konieczne w danym przypadku zbadanie tętna żylnego i wykonanie elektrokardiogramu. Co się tyczy leczenia — między innemi zaznacza, że adrenalina działa na uszkodzenia, leżące powyżej pęczka Hissa, a barium chloratum działa na ośrodki trzeciorzędne i w zastosowaniu dożylnem jest niebezpieczne.

Abramowicz. — **Obce ciało w żołądku.** (Z oddz. A. Sołowiejczyka).

W drugiej  $1/2$  września r. b. zgłosiła się na oddz. dra. Sołowiejczyka 20 letnia C. G. ze skargami na silne bóle w okolicy żołądka. Chcąc dokonać suicidium, chora 5 tyg. temu połknęła pono parę gwoździ. Z początku nic nie odczuwała, a później miała mdłości i bóle; natychmiast skierowano ją do Zakł. Roentg. Szpitala. Obraz rtg. przedstawiał się, jak duża plama, o nierównych konturach, w których rozpoznać można było kilka główek od gwoździ. Przed operacją chora zeznała, że wskutek niesnasek rodzinnych chciała zakończyć samobójstwem, w tym celu polykała od czasu do czasu po kilkanaście gwoździ, kierując ostry koniec ku gardzieli. Każdą porcję gwoździ popijała wodą. Chcąc ukryć właściwą przyczynę samobójstwa, podawała, że jest w ciąży, gdyż ją pono zgwałcili bandyci, gdy szła z Przemyśla do Warszawy. — Ogólny stan zdrowia, konstytucja, zadowalające. W okolicy żołądka nic palcem wy-czuć się udaje, gdyż jak wskazało zdjęcie prom. Rtg. w pozycji stojącej, żołądek pod wpływem ciężaru jest b. opuszczony. W sercu, płucach bez zmian. Badaniem neurologicznem wykryto znieczulenie gardzieli. — Wobec nagłości zabiegu ściślejszych badań nie wykonano, żadne zewnętrzne cechy nie wskazywały jednak na ciążę. Laparotomia, gartrotomia. Wyjęto

z zachowaniem ostrożności, aby się nic nie przedostało do jelit, 13<sup>4</sup> gwoździe i 3 igły, zlepione cuchnącą zawartością żółciową.

Przebieg pooperacyjny był nadzwyczaj gładki, już na 6-y dzień chora z klamerkami w ranie powłok opuściła łóżko.

Polykanie niestrawnych przedmiotów przez umysłowo chorych nie należy do rzeczy rzadkich. Nasza chora ani w postępowaniu, ani w psychice (na pierwszy rzut oka) nie zdradzała zboczeń umysłowych, a zatem był to objaw dość zrazu dziwny; tak duża ilość gwoździ była wielką niespodzianką podczas operacji. Po zabiegu sprawdzono narządy rodne; nie znaleziono danych dla ciąży.

To naprowadziło na myśl, że chora bądź co bądź musi jednak mieć pewne zboczenie umysłowe, co też potwierdziło ścisłejsze badanie psychiatryczne (kol. Markuszewicz).

### **Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 9 listopada 1928 r.**

Przewodniczył *Le win*.

#### **Płońskier. Przypadek zniszczenia przełyku ługiem potasowym.**

Pokaz preparatu narządów klatki piersiowej 20-letniej dziewczyny, która otruła się ługiem; po zamachu samobójczym żyła jeszcze przez 3 dni, przyczem przyjmowała lekarstwa i płyny. Tylne ścianka przełyku całkowicie zniszczona, prawie na całej długości. Masy tkanki martwiczej i skrzepła krew wypełniają śródpiersie tylne. Rozległe ropne zapalenie śródpiersia tylnego.

#### **Płońskier. Przypadek raka odbytnicy, rozpoznany jako kilak.**

Mężczyzna 46-letni, który przechodził kilę, przybył do szpitala z objawami kily trzewiowej. Między innemi rozpoznawano kilak odbytnicy. Sekcja wykazała w tętnicy głównej i w wątrobie zmiany kilowe. W odbytnicy stwierdzono rozpadające się masy rakowate.

W rozprawie nad przyp. tym *Bregman* podziela pogląd *Płońskiera*, że istotnie u luetyków zbyt często rozpoznanie kliniczne kładzie się na karb kily wówczas, gdy cierpienie jest zgoła odmiennej natury. Podobne błędy poniekąd mogą być tłumaczone faktem, że ostatnio o wiele częściej spostrzega się w szpitalu kilę, a to w związku ze znaczniejszym napływem chorych chrześcijan, a wśród tych kiła jest bardziej rozpowszechniona niż u żydów. — *Wertenstein* podaje nowsze dane statystyczne o szerzeniu się kily u nas, mianowicie: aż u 7% kobiet



w ciąży wykryto odczyn dodatni Wassermanna, a u 4% z liczby noworodków (z komunikatu na ostatniem posiedzeniu Warsz. Tow. Ginek.). — Dworecki tłumaczy rozbieżność statystyki odczynu Wasserm. u matek i noworodków obecnością w krwi matek ciał lipidowych, sprzyjających, jak wiadomo, odczynowi Wassermanna.

**Arkin. Pokaz chorego z plastyką powiek (metoda Fricke) po bliznowatym odwinięciu ich.** (Z oddz. A. Zamenhofa)

Celem usunięcia bliznowatego odwinięcia powieki górnej prawej i dolnej lewej po oddzieleniu blizn wszyto skórę na szypule. — A. wylicza wszystkie rodzaje plastyk, ich wady i zalety.

**Luxenburg, Penson, Winerówna Trzy przypadki posocznicy poanginowej.**

I. M. C., 11 lat, zachorowała na bicie serca, bóle w kolanach i kiści prawej. Gardło nie bolało. Leżała 12 dni; znaczne osłabienie; po 10 dniach pogorszenie: duszność, gorączka. Przybyła na oddział VI w stanie b. ciężkim. St. o b. Migdalek prawy nieznacznie powiększony; gardziel błada. Endo-i pericarditis. Bronchitis diffusa. Sledziona i wątroba powiększone. We krwi 9000 l. z neutrofilozą 80%, eoz. — 0. W moczu ślad białka. Rozpoznano: Endocarditis septica, prawdopodobnie pochodzenia poanginowego. Nazajutrz śmierć.

II. L. K., 13-letnia, dostała nagle mocnych dreszczów; 38°, bólu gardła, głowy, nóg. Taki stan trwał od 10 dni. T° do 41°, od 3 dni wymioty. Codzienne mocne dreszcze. Wyciek z lew. ucha. Na oddział przybyła z żółtaczką. Gruczoły szyjne, zwł. lewe, powiększone; lewa  $\frac{1}{2}$  szyi nieco wypukłona, bolesna aż do karku. Otitis med. pur. chr. sin. Gardziel i migdałki silnie zaczerwienione. Serce i płuca bez zmian. Sledziona macalna na  $2\frac{1}{2}$  palca, wątroba — tuż pod łukiem. Krew: leuk. 7500, neutr. 80%, eoz. — 1%; posiew ujemny. W moczu ślad białka, bilirubina. Rozpoznano: posocznica po anginie. Na 7-dzień śmierć.

III. P. M., 18-letni, dostał nagle 40°, bólu głowy, wymiotów; na trzeci dzień ból gardła, sztywność karku. W takim stanie przybył na 10 ty dzień choroby i zapisany na oddział VI. Gardziel czerwona, prawy migdalek powiększony, z licznymi czopami. Gruczoły podszczękowe macalne. Bad. laryngologiczne nie wykazało zmian. — Płyn mózg.-rdz. przezroczy, chemicznie i morfolog. — bez zmian. Lekki oczopląs. W narządach klatki piersiowej i brzusznych bez zmian. Krew: leuk. 11000,

neutrof. 80%, eoz.—0. Rozpoznano: posocznica po anginie. Po 2 dniach śmierć.

We wszystkich trzech przypadkach pozornie mało zmienione migdałki wykazały na sekcji: w I przyp. — nacieki zapalne, w II-im — przewlekłą sprawę ropną i stąd zakrzepowe zapalenie żyły jarzmowej lewej, w. III-im — ropowicę migdałka i ropień pozamigdałkowy. Wszystkie 3 przyp. przybyły do szpitala bez dokładnego rozpoznania; stanowi to dowód, że posocznica poanginowa bywa często nie rozpoznana. Wskutek tego zbyt często przypuszcza się kryptogenetyczne pochodzenie zakażenia. Pochodzi to nieraz ze zbyt powierzchownego badania stanu migdałków, które należy odsłonić szpadlem z poza fałd języko-podniebiennych. Pozornie nieznacznie zmienione migdałki mogą kryć w sobie ropnie, jak to było w jednym z powyższych przypadków. Bywają one źródłem mnożenia się bakterij i zakażenia różnych narządów lub zakrzepowego zapalenia żył, najczęściej tylnej twarzowej i jarzmowej (jak w II przyp.), czemu towarzyszą mocne dreszcze i miejscowa bolesność, wzdłuż zgrubiałej żyły. Każdy dzień spóźnionego rozpoznania zagraża życiu chorego, dla którego uratowania istnieje jedyny sposób — podwiązanie żyły z ewentualnem usunięciem migdałków. W przypadkach mniej ciężkich zachorzeń migdałków, szczególnie nawrotnych, usunięcie migdałków, źródła stałego zakażenia, wskazane jest dla zapobieżenia powikłaniu ze strony serca, stawów i innych tak licznych a ciężkich następstw.

Chemoterapia jest tu przeważnie bezsilna. Gdzie niema mowy o rękoczynie, można spróbować leczenia szczepionkami i to przeważnie autoszczepionką. Należy stale robić posiew ze krwi, który daje zwykle paciorkowce. Autoszczepionkę można wytworzyć nawet przed otrzymaniem hodowli ze krwi: wydzielina z gardzieli, krew i t. p., roztarte z fizjologicznym roztworem soli, stanowią doskonały materiał do autoszczepionki, którą można otrzymać w kilka godzin.

W rozprawie Dworecki omawia szczegółowo własności różnych gatunków streptococcus haemolyticus i zagadnienie hodowli i jadowitości bakteryj.

Szwarcman zwraca uwagę, że w wielu wypadkach zakażenie krwi może być kryptogenetycznego pochodzenia, a zajęcie migdałków jest jednym z jego wtórnych objawów. Usunięcie migdałków w podobnych przypadkach nie usuwa źródła zakażenia.

Tencer zaznacza, że nie tylko migdałki są wrotami wejścia zakażenia kryptogenetycznego. Mogą niemi być również: cały układ chłonny jamy noso-gardłowej, pierścień Waldeyer'a i nawet zęby. Nie zawsze udaje się z większą do-

kładnością określić laryngologowi stopień schorzenia i wynikającą stąd konieczność tonsilektomji. Wskazania do tej były przedmiotem obrad na ostatnim kongresie laryngologów w Kopenhadze, gdzie wysunięto tezę, iż w przypadkach stwierdzenia migdałków, jako źródła infekcji ogólnej, należy je niezwłocznie usunąć z jednoczesnem podwiązaniem *venae jugularis int.*

Szour stwierdza trudność rokowania o przebiegu choroby z wyglądu migdałka. Niekiedy sprawa jest uogólniona, i nawet usunięcie migdałków okazuje się zabiegiem spóźnionym i niewystarczającym. Płońskiier zaznacza, że przeważnie migdałki, obrzmiałe i zmienione klinicznie w sposób łatwo dostrzegalny, są w następstwach mniej groźne, aniżeli migdałki małe, skurczone, w których się gnieźdzą czopy ropne. Ciężkie powikłania, jakie powodują tego rodzaju migdałki, wynikają właśnie z ich budowy anatomopatologicznej.

Luxenburg w odpowiedzi podkreśla raz jeszcze, że następstwa pozostawienia migdałków mogą okazać się cięższe, niż ewentualne powikłania operacyjne w związku z tonsilektomją; nawet w wypadkach jednorazowego stwierdzenia *anginae follicularis* jest ona często koniecznie wskazana.

## **Sprawozdanie z posiedzenia w d. 7 grudnia 1928 r.**

Przewodniczył Bornsztajn.

### **Płońskiier. Pokaz preparatów anatomopatologicznych.**

1. Nowotwór płuc. U 39-letniego mężczyzny rozpoznawano nowotwór kręgów z przerzutami do opłucnej. Na sekcji stwierdzono: rak płuca prawego (*Ca. bronchogenes*) oraz przerzuty do gruczołów limfatycznych węzkowych i do 7-go kręgu piersiowego.

2. Martwica trzustki. Sekcja 22-letniej dziewczyny wykazała martwicę trzustki z licznymi torbielami, wypełnionymi krwią oraz martwicę tkanki tłuszczowej sieci (Balzer) Przewód trzustkowy był drożny i nie zawierał kamieni.

### **M. Szour. O zatorach i zakrzepach tętnicy płucnej w przebiegu wyrównanych wad zastawkowych serca.**

Po szczegółowej analizie kilku przypadków (jeden sekcyjny) prelegent dochodzi do następujących wniosków:

- 1) w większych gałęziach tętnicy płucnej stwierdza się często obok zatorów również i zakrzepy samoistne;
- 2) wada zastawkowa serca łączy się często z predyspozycją ustroju do samoistnych zakrzepów;



3) przyczyną naglej śmierci lub ostrej niedomogi serca ze śmiertelnem zejściem u osobników z wadą zastawkową serca, nawet i wyrównaną, często bywa zator, względnie samoistny zakrzep, większej gałęzi tętnicy płucnej.

W rozprawie Goldstein omawiał sprawę zatorów płucnych po zabiegach operacyjnych, nieraz nawet błahych, które jednak tak często w bardzo szybkim czasie prowadzą do śmierci. Najprawdopodobniej w wypadkach tych, jak to szlusznie zauważył prelegent, w grę wchodzi niedostrzeżona klinicznie wada zastawkowa oraz usposobienie do wytwarzania zakrzepów. Rajman mówi o operacji Trendelenburga, którą należałoby wykonywać częściej i być do niej każdej chwili przygotowanym. R. przytacza z czasopisma niemieckiego artykuł, w którym autor przypisuje częstość spotykanych ostatnio zatorów i zakrzepów rozpowszechnionym tak bardzo dziś wlewaniom dożylnym rozmaitych leków. Natanson w związku z zatorami i zakrzepami, spostrzeżanymi u położnic, wyraża przekonanie, że w powikłaniach tego rodzaju pewną rolę odgrywają skłonności rodzinne do zakrzepów, co w myśl wywodów prelegenta możnaby było wytłumaczyć grupowem spowinowacaniem krwi. Higier również podziela pogląd rodzinno-dziedzicznej skłonności do powstawania zakrzepów, być może na tle nieznacznej wady serca. Zwłaszcza zakrzepy drobne uchodzą często uwadze klinicystów. H. w wielu przypadkach, w których rozpoznawano porażenia, niemotę i t. p. — jakoby wskutek embolji, na tle wady sercowej — miał możność przekonania się na sekcjach, że nie zatory były przyczyną cierpienia, lecz zakrzepy. Płóński przeciwwstawia się wywodom prelegenta, jakoby predyspozycja odgrywać miała rolę w wytwarzaniu się zakrzepów i zatorów. Głównym czynnikiem w powstawaniu ich są zmiany anatomicopatologiczne miażdżycowe, w tętnicy płucnej, co często sprawdza się na materiale sekcyjnym.

**Ukrainczykowa** pokazuje chorą z **uchyłkami wrodzonymi pochwy.**

P. Rajman. **O narkozie awertynowej.** (Odczyt; z oddziału chirurgicznego M. Lubelskiego).

Obecne metody znieczulania dalekie są od ideału. Wystarczy chociaż raz się przyjrzeć narkozie chloroformowej lub eterowej ażeby się o tem przekonać. Wymioty podczas i po operacji, rzuty, duszenie się chorych, strach śmiertelny, odczuwany przy pierwszych wdechach, świadczą, że narkoza inhalacyjna jest dla wielu pacjentów bardzo przykra. Miejscowe znieczulanie jest oczywiście dla chorego mniej uciążliwe, ale pozostawia po sobie czasami większy wstrząs niż przy znieczuleniu ogólnem. Pacjent słyszy podczas operacji brzęk in-

strumentów chirurgicznych, a co gorsza, do uszu jego dochodzą częstokroć słowa operatora, co oczywiście niekiedy fatalnie się odbija na psychice chorego. Dążąc do udoskonalenia metod usypiania, udało się trzem autorom niemieckim Duisbergowi, Eichholtzowi i Wilstädterowi wynaleźć w r. 1927 nowy środek narkotyczny, który w tej dziedzinie stanowi, podług Nordmanna, wielki krok naprzód. Jest to awertyna (E. 107) czyli trójbromeketylalkohol, biały proszek, łatwo rozpuszczający się w wodzie. Stosowany w 3% roztworze wodnym per rectum już po 10 minutach wywołuje głęboki sen, prawie zupełnie przypominający naturalny. Co się tyczy dawkowania awertyny, jest to moment bardzo ważny dla otrzymania dobrych wyników; sądząc z dyskusji na kongresie chirurgów niemieckich w r. 1928, najlepszą dawką jest 0,1 — 0,125 gr. na kilogram wagi ciała.

Jak się odbywa narkoza awertynowa? Dzień przed operacją chory dostaje łyżkę rycyny, wieczorem tabletkę weronalu i ławatywę. Z rana, 30—45 minut przed operacją — 0,02 pantoponu. Następnie po dokładnem zważeniu chorego i obliczeniu ogólnej ilości awertyny, lekarz przyrządza 3% roztwór wodny o t° 40°. Chorego kładzie się na lewy bok, wprowadza się gumowy kateter do odbytnicy; szprycą wstrzykujemy całą zawartość roztworu awertyny. Po wyjęciu kateteru chorego układa się nawznak, a pod miednicę kładzie się poduszkę tak, aby płyn nie wyciekał. Już po 10 minutach chory śpi spokojnie. Nie wymiotuje, nie dusi się, niema zupełnie podniecenia. Mamy do czynienia z zupełną narkozą, trwającą zwykle 2—3 godziny, podczas których nawet największa operacja może być dokonana. Po trzech godzinach chory budzi się na kilka minut, poczem znów zasypia. Nazajutrz czuje się zupełnie dobrze, nie pamięta nic o operacji, gdyż narkoza awertynowa daje zupełną amnezję. Kompletna narkoza występuje, niestety, tylko w 60—80% przypadkach. Niekiedy przy pierwszym nacięciu skóry chory reaguje na ból, wtedy zalecają dać kilka kropel chlorku etylu, poczem znów zasypia i narkoza przebiega bez zarzutu. W pewnej odsetce przypadków narkoza awertynowa jest niekompletna i musimy się uciec do eteru, ale wtedy ilość potrzebna jest bardzo mała, nie przewyższa nigdy 50 cm<sup>3</sup>. Charakterystyczna rzecz, że eter przy awertynic nie wywołuje ani wymiotów, ani podniecenia. Niektórzy zalecają przy niekompletnych narkozach dodać chorym nieco awertyny, ale większość jest przeciwna temu ze względów aseptycznych. Chociaż narkoza awertynowa przebiega zupełnie gładko, to czasami można zauważyć pewną sinicę, która jednak nie budzi obaw, gdyż szybko mija. Bywa też od czasu do czasu większe krwawienie przy skórze, spowodowane przez cząstkę alkoholu, zawartego w awertynie. Większą uwagę

należy zwrócić na oddech. Przy objawach asfiksji należy choremu zastrzyknąć lobelinę, która drażni ośrodek oddechu lub też dać kilka wdechów  $\text{CO}_2$ , co wywołuje zarumienienie się twarzy chorego i głęboki równomierny oddech. Wiek nie odgrywa roli w narkozie awertynowej. Kilkogodzinne noworodki i 80-letni starce doskonale znoszą awertynę. Dzieci nie wiedzą, że są usypiane, myślą, że robi się im na łóżku zwyczajną ławatywę, a już śpiące sprowadza się na salę operacyjną.

Co się tyczy przeciwwskazań, to nie należy, sądzę, stosować awertyny w żółtaczkę, schorzeniach wątroby oraz nowotworach mózgu, o ile guz leży blisko ośrodka oddechowego. Piśmiennictwo ostatnich 2 lat notuje już 10-tki tysięcy dokonanych narkoz zapomocą awertyny. Wszystkie kliniki niemieckie stosują awertynowe narkozy częściej, niż eterowe. Wobec tego, że awertynowa narkoza nie wywołuje za nych wymiotów, duszenia się, oraz innych przykrych następstw, jakie obserwujemy w znieczulaniu eterowem, bardzo wielu chorych domaga się operacji tylko w narkozie awertynowej. Jest to najbardziej humanitarny sposób usypiania chorego. Jeżeli dodamy do tego jeszcze, że przy użyciu awertyny mamy zupełnie wolną twarz i szyję, to zrozumiemy, dlaczego awertynowa narkoza jest coraz częściej stosowana niż znieczulenie eterowe lub chloroformowe, które zostają, jako niebezpieczne, zarzucane.

W rozprawie Wertheim ostrzega przed zbyt wczesnem rozpowszechnianiem narkozy awertynowej, która, jak dotychczas, ma już nawet i w Niemczech wielu przeciwników. Należy oczekiwać, że ujemny wpływ i powikłania wskutek stosowania tego środka narkotycznego coraz to bardziej będą się uwydatniały, gdyż nigdy nie będziemy w możności ściśle określić stopnia odporności ustroju, która jest przecież w każdym przypadku indywidualna, przekroczenie zaś dawki może pociągnąć za sobą nieobliczalne skutki. Dotychczasowe wyniki z awertyną, zarówno jak i z innymi środkami narkotycznymi, częste w piśmiennictwie, stanowczo nie zezwalają na szerokie zastosowanie ich w praktyce. — W każdym bądź razie nie powinny one jeszcze wychodzić poza ramy doświadczalne. Rozen tal zwraca uwagę, że najlepsze statystyki o narkozie awertynowej wykazują około 40% niepowodzeń w uśpieniu i zachodzi konieczność dodatkowego zastosowania eteru, wzgl. chloroformu. Z ogłoszonych prac o narkozie awertynowej należy poza tem wnioskować, że zachodzi dość często osłabienie działalności serca i upadek ciśnienia krwi, jelita nie opadają w dostatecznej mierze, co przy zabiegach w jamie brzusznej stanowi znaczną przeszkodę dla operującego, ponad to, okres pooperacyjny wymaga ścisłej obserwacji lekarza, gdyż awertyna, wprowadzona do odbyticy, wywiera jeszcze długi czas po ukończonej operacji swoje działanie. Sa id man wy-



raza również pogląd, sprzeciwiający się stosowaniu narkozy awertynowej. Z pośród powikłań S. przytacza przypadek ciężkiego oparzenia śluzówki odbyticy, co widział na klinice w Wrocławiu. G. Bychowski widzi możność stosowania narkozy awertynowej w stanach silnego podniecenia u umysłowo chorych, co doprowadzić może do upragnionego stadium snu, wzgl. drzemania, i pozwalałoby nawiązać bliższy kontakt z chorym. Bornsztajn sprzeciwia się wywodom Bychowskiego. Uważa, że nawet w okresach b. silnego podniecenia należy rzadko i b. ostrożnie stosować metodę usypiania, a już w żadnym razie awertynę, która, jako środek narkotyczny, musi być jeszcze poddana dłuższej próbie klinicznego doświadczenia.

### **Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 25 stycznia 1929 r.**

Przewodniczył B r e g m a n.

#### **P. Goldstein Przypadek operacji wytwórczej sztucznego przełyku w toku leczenia.**

M. K. 11-toletni przed 1½ rokiem poparzył się ługiem. Zwężenie przełyku, potęgujące się aż do zupełnego zamknięcia. Wykonano tu gastrostomię. Później próbowano sondować, ale najcieńsza, nitkowata, sonda nie przechodziła, ani kropla płynu. Wobec tego upadła możliwość leczenia zachowawczego, a więc i sondowania bez końca. Zdecydowano się więc na zabieg operacyjny — sztucznego przełyku — w dł. Roux.

28.IV.28 per laparotomiam z wyłączonej pętli jelita cienkiego odcięto część, pozostawiając ją na krezce; ciągłość jelita odrestaurowano zespoleniem bocznem, zamykając szwem kapiuchowym końce jelit. Następnie wydzieloną część jelita przeprowadzono poprzez więzadło żołądkowo-okrężnicze, zrobiono zespolenie jednego końca z żołądkiem, jak najbliżej wpustu, 2-gi doprowadzono pod skórą aż do okolicy wyrostka miedzykoatego, gdzie przymocowano go do otworu w skórze.

Otwór gastrostomiczny pozostawiono; przebieg dobry. Przy próbie przedostania się do żołądka, stwierdzono jednak, że jelito się zwinęło. Wobec tego 2.VI.28 oddzielono jelito od otaczających tkanek, przeprowadzono sondę do żołądka i pozostawiono. 23.VII.28 przystąpiono do wytworzenia kanału skórneg, jako przedłużenia wylotu jelita. Zrobiono w znieczuleniu miejscowem 2 cięcia równoległe do mostka, prawe na 5 cm. od linii środkowej, lewe zaś na 3 cm. od linii środkowej, idące od szyi do otworu wyżej wspomnianego. Kanał ten jednak nie utrzymał się na całej długości, w dolnej części puścił.

W tem stadium znajduje się obecnie chory; o dalszym przebiegu będzie uzupełnienie.

W rozprawie Lubelski podaje, że w piśmiennictwie

wszechświatowem opisanych jest zaledwie kilkanaście przypadków doprowadzenia plastycznej operacji do końca. L. zwykł traktować podobne sprawy zachowawczo, przyczem po dokonaniu gastrostomji - rozpoczyna stopniowe rozszerzanie przełyku zapomocą specjalnej sondy i to w okresie jaknajwcześniejszym po oparzeniu. Próby rozszerzenia przełyku powodują często skok temperatury; zabiegi te są naogół bardzo kłopotliwe, wymagają ze strony chorego nadzwyczajnej cierpliwości, wielu też ginie, gdyż nie chcą się poddać straszliwym bólom sondowania i rozszerzenia przełyku, ale jednakowoż można tą metodą zachowawczą osiągnąć wyniki pomyślne. Do operacji plastycznej należałoby przystępować po wyczerpaniu innych sposobów postępowania; należy wyodrębnić przypadki z zupełną niedrożnością, t. j. takie, w których próbne płyny zabarwione nie przechodzą zupełnie przez miejsce zwężenia. Orzech podkreśla głównie stronę profilaktyczną sprawy, aby nie dopuszczać do zwężenia przełyku przez zbliżnowacenie. O. jest też za możliwie najwcześniejszym sondowaniem po oparzeniu; przytacza dobre wyniki gastrologów budapeszteńskich, którzy sondują chorych już nazajutrz po oparzeniu specjalnymi sondami, wypełnionymi rtęcią, co umożliwia zsuwanie się aparatu własnym ciężarem w przeciagu doby całej. W ten sposób można, wyjmując i wprowadzając sondę, w przeciagu kilku tygodni, nie dopuścić do zwężenia przełyku.

**Z Rothaub. — Przypadek przemieszczenia trzew, Situs viscerum inversus completus.** (Z oddz. A. Wertheima).

M. K., l. 40, zgłosił się na oddział II C dn. 10/I r. b. z powodu przepukliny pachwinowo-mosznowej lewostronnej. W badaniu: 1) prawa granica serca o 1½ palca na wewnątrz od prawej linii sutkowej, lewa na prawej linii przymostkowej; górna na górnym brzegu III żebra prawego. Tony serca czyste; 2) wątroba niepowiększona, po stronie lewej; po stronie prawej zaś wypukiem stwierdzono żołądek i śledzionę, potwierdziło to zdjęcie Rtg.. Z powodu przepukliny operowany 15/I r. b.; stwierdzono w worku przepuklinowym (lewostronnym) kątnicę wraz z wyrostkiem robaczkowym, który usunięto z powodu znacznych zmian wyrostka i kątnicy. Przebieg gładki; chory opuszcza szpital w stanie dobrym. R. zaznacza, że chory nigdy przedtem nie chorował, w szpitalu dopiero się dowiedział o przemieszczeniu swych narządów wewnętrznych.

**E. Herman. Przypadek ilustrujący znaczenie nakłuc komorowych w nagminnem zapaleniu opon.** (Z oddz. E. Flataua).

6 miesięczny Korn... zapisany 29.XI.28 r. 15 X. 28. nagle wystąpił napad drgawek, odtąd codziennie; główka zaczęła się niepomieranie powiększać.

St. ob. Główka olbrzymia ( $50 \times 32 \times 30$ ), szwy rozeszłe, ciemiączka napięte, kości podatne. Zrenić odczyn wiotki. Tarcze blade. Wzrok, słuch = O. Drobne drżenie w rączkach. Ruchy k. k. zachowane; napięcie > -one. Na ukłucia reaguje. PR — słabe; AR = O; Bab. + obustronnie bez Rossolimo T<sup>o</sup> >.

31. XI. Płyn m-rdz. przezroczysty, bezbarwny; 10 limf. i 10 neut w 1 mm<sup>3</sup>; N - Ap. + +; białka -  $0,3^{10}_{100}$ , 2 1. 29 r. — płyn przezroczysty (p. lumb.). Dano do komory praw. 2 cm<sup>3</sup> roztworu czerwieni fenylowej; po upływie 10' dokonano P. V. Sz.; otrzymano z komory lewej kilka cm. gęstej ropy, niezabarwionej czerwienią, po upływie dalszych 12' dokonano p. l.; (kilka cm<sup>3</sup>); płyn okazał się niezabarwionym. Przypadek ilustruje wagę nakłucia komór. Z wyniku nakłucia tylko lędźwiowego lub nawet komory prawej, możnaby sądzić, że ma się do czynienia z pozostałościami po zapaleniu opon. Ropny płyn z komory lewej wskazał, iż w niej głównie tkwi sprawa. Próby na komunikację (z czerwienią) dowiodły, iż komora lewa była zasklepiona w całości.

W rozprawie Flatau wypowiada się za stosowaniem nakłuć komorowych; u dzieci zwłaszcza nie są one trudne; wstrzykiwania do komór i rdzenia surowic zmniejszy napewno śmiertelność. Flatauowi znane są z piśmiennictwa przypadki, gdzie rdzeń został wyleczony, jedna z komór również, a druga pozostawała długo zajęta. W przypadku danym jedna komora była jakby wyłączona wskutek stanu zapalnego i zamknięcia otworu Monro'ego. Fl. podkreśla ważność diagnostyczną wprowadzania do komór ciał barwnikowych i podaje sposoby postępowania lekarzy amerykańskich, którzy często otwierają komory operacyjnie i endoskopują je. Można również stosować dokomorowo środki chemiczne, odkażające, nprz. roztwór sublimatu.

Poncz podaje, że w 2 przypadkach obserwował różnicę stanu chemicznego płynu z komór i z rdzenia (niejednocześnie choroby w mózgu i rdzeniu). Zachodzą tu również i różnice pod względem bakterjologicznym.

Bregman uważa, że najważniejsze dla wyniku leczenia zapalenia nagminnego opon jest wczesne rozpoznanie sprawy. Wina tu często lekarzy praktyków — niepewność w rozpoznaniu. Co do wstrzykiwań dokomorowych, Br. sądzi, że gdy się spostrzeża poprawę po nakłuciach lędźwiowych, to należy na tem poprzestać; nakłucia komór, wprowadzanie do nich surowic, jako zabieg nieobojętny, należy pozostawić dla przypadków cięższych, opornych w leczeniu zwykłym.

W odpowiedzi Herman zaznacza, że często po nakłuciach lędźwiowych płyn zmienia się szybko na korzyść, a stan dziecka nie poprawia się. Są to przypadki bez nakłucia komory. H. uważa za słuszne sprawdzać stan komór na początku każdego przypadku nagminnego zapalenia opon.



**E. Herman. Przyp. mięsaka kości krzyżowej, leczony pomyślnie promieniami X.** (Oddz. E Flatau).

Mir., l. 27, przybył 1.VII.28 r. Bóle tylne powierzch. ni k. d. l., po kilkutygodniowym nasilaniu się również i w k. praw. d., od krzyża do palców. Po 5 m. choroby zmuszony jest położyć się do łóżka, przyczem jedynie ułożenie na brzuchu czyni mu ulgę. Od 2 m. choroby brak erekcji; zaparcie stolca. St. ob. w VII mies. choroby: obrzęk i wywyższenie w okolicy kości krzyżowej, bolesność z opuku, aż do odbytu; bolesność pni nn. kulszowych; obj. Laségue'a z obu str., a też Fajersztajna i Mackiewicza; oszczędzanie kręgow lędźwiowo-krzyżowych, nieznaczne osłabienie rozgięcia stóp. AR=O; Czuć +; zaznaczony zespół uciskowy w płynie m. rdz.; Rtg.: nieznaczne odwapnienie kości krzyżowej w okolicy krzyżowobiodrowej lewej. Rozpoznano: nowotwór kości krzyżowej, z uciskiem na ogon koński, zwł. na korzenie L<sub>5</sub>, S<sub>1</sub> i S<sub>2</sub>. Lipjodol zatrzymał się u I kręgu krzyżowego; w treści z nakłócia kości krzyżowej: elementy mięsaka olbrzymiokomórkowego. Naświetlanie prom. Rtg. (kilka serji), wybitna poprawa: ustąpienie bólów, dowolnie zmienia pozycję; chodzi.

**Landau i Płoński. Przypadek raka dolnej części przełyku i żołądka.** (Z oddz. G. Lewina).

Przypadek wydaje się ciekawy ze względu na komplikacje rzadko w tych razach spotykane.

Chory, l. 64, od 9 mies. niedomaga. Zrazu: utrata łaknienia, bóle w dolku podsercowym, wymioty w krótkim czasie po jedzeniu ze spożytych pokarmów; stolce zaparte, ciemne. Po pewnym czasie uspokojenie; wrócił do zajęć. Przed 6 tygodniami objawy się porowiły, lecz nieco zmienne: pokarmy zaczęły się zatrzymywać wysoko u dolka podsercowego, pojawiły się ciemne wymioty; stolce były zaparte, stracił apetyt, chudł.

St. ob.: Budowy prawidłowej, odżywienia b. lichego. Skóra pomarszczona, sucha, ziemista. Śluzówki blade. Mięśni zanik. Język suchy, nieobłożony. Gruczoły chłonne nie-macalne. Niskie ustawienie płuc, mała ruchomość dolnych granic, wypuk jawny o charakterze bębenkowym, oddech pęcherzykowy, osłabiony. Serce pokryte płucem, szmer skurczowy najwyraźniejszy u koniuszka, tony głuchawe, tętno drobne, słabo wyczuwalne, miarowe, 80 na min. Brzuch poniżej poziomu klatki piersiowej, w dolku podsercowym, napięty, jak deska i bardzo bolesny. Wątroba i śledziona +. Układ nerwowy +. Mocz +. W kale stale ślady utajonego krwawienia. Treści żołądkowej nie można było otrzymać. Rtg. żołądka: duży ubytek cieniowy w części przyodźwiernikowej, zwięzający, i wywołujący wzmożone ruchy robaczkowe żołądka ze wstęcznem zaleganiem w żołądku (tumor ventriculi-Mesz).

Objawy kliniczne były tak jaskrawo zaznaczone, że diagnozy: carcinoma partis inferioris oesophagi et cardiae ventriculi nie można było zmienić w sensie rozpoznania rentgenologicznego.

W rachubę w leczeniu wchodziłby tu tylko zabieg chirurgiczny — gastroenterostomia — z następową curieterapią. Stan chorego nie pozwalał na wykonanie zabiegu. Wobec tego trzeba się było ograniczyć do leczenia objawowego: środki przeciwbólowe, pobudzające apetyt i akcję serca i t. p.. Stan jednak z każdym dniem pogarszał się, chory podupadał z każdym dniem. Po 5 dniach pobytu w Szpitalu — zmarł. Przez cały czas  $t^{\circ}$  była normalna, przed śmiercią zaczął bardzo uskarżać się na bóle łędźwi i krzyża.

Wynik sekcji potwierdził rozpoznanie: carcinoma permagnum exulcerans partis inferioris oesophagi et cardiae ventriculi. Natomiast cała obdukcja wykazała zmiany, które nie dawały objawów: rak przebił się do trzustki, a tu ropień, przenikający do tkanki przykręgosłupowej (rozległa ropowica). O jej istnieniu mogłyby nasunąć podejrzenie bóle krzyża i łędźwi, które wystąpiły w ostatnim dniu przed zgonem (przypuszczano przerzuty do kręgosłupa, wzgl. tworzenie się odleżyn).

W rozprawie Lubelski potwierdził, że nie było gorączki, pomimo ropienia; zdarza się to u osobników starszych. Badanie krwi wykazałoby utajone ognisko ropne.

#### A. Graber. **Niezwykły przypadek ciała obcego w stawie** (pokaz chorego).

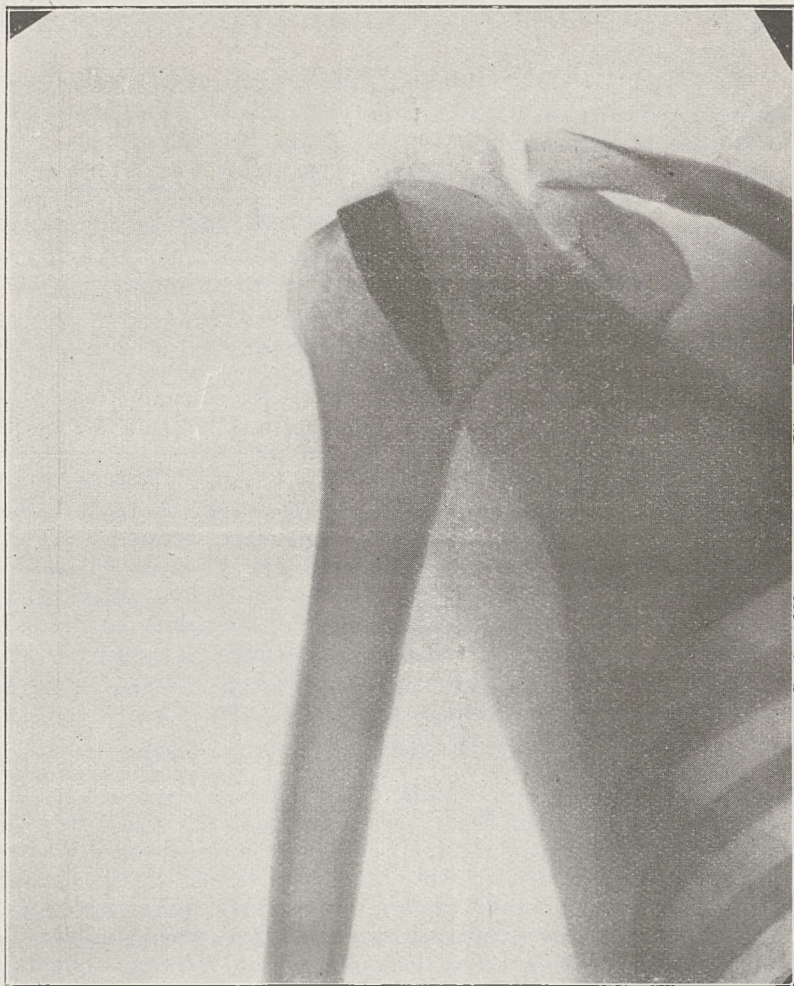
S. K., l. 28, przed 4 mies. uderzony nożem w prawe ramię, udał się na stację Pogotowia, tu był opatrzony; leczony potem w przychodni. Po 7 dniach rana skóry zagojona; pozostały bóle, ograniczone ruchy. W spokoju bez dolegliwości. Po 2—3—4 tyg. wciąż ten sam stan choroby — stosowano mięsienie (!), gimnastykę bierną, kąpiele i naświetlania rozgrzewające — wszystko bez wyniku.

Po 3 mies. — z bólami, zniechęcony bezcelowością leczenia, 4 tyg. nie leczył się wcale. Brak nadal sprawności kończyny w pracy zmusiła jednak chorego do ponownego szukania pomocy.

W l. 29 r. Gr. badaniem stwierdził: staw bez zmian widocznych, nieznaczny zanik m. naramiennego, na skórze blizna długości  $1\frac{1}{2}$  ctm. Ruchy czynne ograniczone, mniej więcej do  $\frac{1}{2}$  rozciągłości skali w poszczególnych kierunkach; ruch bierny możliwy w skali większej ale bolesny.

Zmian w konfiguracji ani sprawności ruchu w skali możliwej nie stwierdza się. Niema trzasków ani tarcia. Na główce kości ramieniowej nieokreślone zgrubienie. Prom. X. (Kryński) wykazano: odłamek noża w samej główce kości ramieniowej (patrz rentgenogram).





Przypadek w chwili obecnej, rozumie się bezwzględnie, do fizjoterapii się nie nadaje, można raczej mówić o przeciwwskazaniu do mechanoterapii. Należy usunąć naprzód odłamek noża, poczem zastosować zwykłe postępowanie<sup>3</sup> po operacjach na stawach.

W rozprawie Lubelski dodaje, że jest w danym wypadku też za operacją: chory ma ciągle bóle; gdy ciało obce nie powoduje powikłań, operować nie należy.



## **Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 22-go lutego 1929 r.**

Przewodniczył Flatau.

A. Krakowski. **Przypadek zapalenia wielonerwowego po durze brzuszny.** (Z oddz. L Bregmana).

Chora l. 22 zapadła w IX.28. Zrazu objawy ogólnego niedomagania, bóle głowy, łamanie w kościach i brak łaknienia. Narastające osłabienie, przerwa w pracy, łóżko; wysoka  $t^0$ ; skierowano chorą do szpitala. St. ob. wówczas: stale narastająca gorączka, w 3-cim tyg. na poziomie do  $40^0$ ; jako febris continua prawie przez cały 3-i tydzień trwa. Powiększona śledziona, dysproporcja tętna i temperatury a bradykardja, leukopenja z limfocytozą, w moczu odczyn diazo +; odczyn Grubera-Widala w rozcięczeniu 1:200, wyhodowano bakterje duru brzusznego Ebertha-Gaffky. Rozpoznano więc dur brzuszny. W końcu 3 go tyg. febris continua zmienia się nagle na febris intermittens o dużych wahaniach dziennej ciepłoty. Stwierdzono pyelitis, zapal. zrazikowe doln. płata l. płuca, głuchotę oraz osłabienie mięśnia sercowego; bóle i osłabienie kkd. trwało kilka tygodni, poczem pozostało z tych wszystkich powikłań tylko osłabienie k. k. d., które b. powoli ustępuje. N. n. czaszkowe +; kkg. +. Odruchy brzuszne +. Zupełna paraplegja wiotka kkd. Ruchy dowolne prawie=O. Bolesność mięśni i pni nerwowych. Odruchy ścięgnowe i podaszczkowe=O. Zaniki mięśni kkd. znaczne, szczeg. podudzi i stóp. Zaburzenia czucia w odcinkach obwodowych. Częściowy odczyn zwyrodnienia w m. m. podudzi. Wasser. — we krwi i płynie m. rdz.—(bez pleocytozy); NA +, białka O, 16%. Rozpoznano zapalenie wielonerwowe. K podkreśla, że układ nerwowy jest szczególnie wrażliwy na właściwe endotoksyny bakterji Eberta, stąd dawna nazwa duru brzusznego febris nervosa, ujawnia się to już w samych początkach choroby (bóle głowy, podniecenia, psychozy). Zapalenie wielonerwowe w przebiegu duru brzusznego należy do b. rzadkich powikłań. Dr. Luxenburg, na którego oddziale chora poprzednio przebywała, nie spostrzegał w przebiegu duru brzusznego zapalenia wielonerwowego ani razu. Na uwagę zasługuje, że porażenie ograniczyło się wyłącznie do kkd.. Głuchota — z podziałania jadu durowego na nn. słuchowe — (badanie ucha środkowego dało wynik ujemny), jak w większości podobnych przypadków ustąpiła całkowicie. W rozprawie Lubliner wyjaśnił, że głuchota, występująca w późniejszym okresie duru brzusznego, jest natury toksycznej; przypomina dawniejsze epidemie, podczas których często spostrzegano nawet zmiany zapalne krtani z objawami duszności tak wybitnej, że musiano dokonywać tracheotomji. Bregman, powołując się na wyczerpującą statystykę rosyjską, stwierdza, że wielonerwowe zapalenie w następstwie duru brzusznego jest b. rzadkie, stąd zasługuje na wyróżnienie.

## Konferencje Neurologiczne Oddziału IX-go.

**Posiedzenie dn. 19 kwietnia 1928 r.** (ciąg dalszy).

Przewodniczył: Bregman.

**Herman i Pinczewski. Guz mózgu z napadami drgawkowymi o charakterze tonicznym i zaburzeniami ze strony źrenic** (Z oddz. E. Flatau).

Jab., l. 27, kawaler, przybył 6.III 28. W XI.26 bóle głowy, bez wymiotów i nudności i bez specjalnego umiejscowienia. Po 2 mies. bóle  $> > >$ , przeważnie w potylicy i ciemieniu, z mdłościami i wymiotami. Od 4 tyg. — napady drgawek, bez przytomności. Od 3 tyg. pogorszenie wzroku oraz двоjenie. Pragnienie  $> >$ ; moczu wydała więcej niż normalnie.

St. ob.: Tętno 66. Czaszka bolesna (skronie i ciemię). Nieznaczna sztywność karku. Lewa źrenica  $>$ ; odczyn jej minimalny, prawej lepszy, chwilami prawie 0. Zastoinowe tarcze (szarawo-żółtawy obrzęk o dużej średnicy, wysięki); wyniosłość 3—4 D; żyły poszerzone, pokręcone, dokoła nich liczne wynaczynienia. Vis. oc. d. — 5/60 (+ 4,0 D sph. conv), oc. sin. — 5/20 (+ 4,0 D sph. conv.). Pole widzenia +

Pares. n. abd. sin. Słaby oczopląs w lewo. Osłabienie l. odruchu rogówkowego. Słaby niedowład dolnej gałązki pr. n. twarz. Kk. górne i dolne +. Asynergji i innych objawów mózdkowych nicma. Odr. okostnowe, ścięgnowe +; podaszewowe — areflexia ped. utr. bez Bab., Ross., Mendel-Bechterewa. R-gram czaszki bez zmian.

P. L. 27.III 28 r. Płyn wodojasny; N. Ap +, bez pleocytozy, B. — 0,16%, ciśnienie zrazu 300, po wypuszczeniu 6 cm<sup>3</sup> płynu—180; wskaźnik 3,4. Wass. we krwi i płynie (—). Pirquet + +. Krew bez zmian. Indolencja; twarz maskowata, głos płaczący. Odpowiedzi krótkie, urywane, W dalszym przebiegu: stała senność, łatwa do przerywania, napady z utratą przytomności, wybitnem prężeniem tonicznym kk. d. i tonicznym zginaniem kk. górnych oraz zwracaniem oczu w lewo. Napady te—wyłącznie toniczne — częste. Zkolei zmiany psychiczne (ciągła konfabulacja, halucynacje, podniecenie) i całkowita ślepota. Rtg-terapia bez widocznej poprawy przedmiotowej (bóle głowy ostatnio mniejsze).

Na pierwszy plan wysuwają się tu zmiany źrenicze, drgawki toniczne, senność oraz zaburzenia psychiczne. Zastoina tarcz nie tłumaczy zniesienia odczynu źrenic (w przyp. zastoiny ich, jak wiadomo, odczyn źrenic jest przeważnie dość dobry). Brak jego tu należy uważać, jako objaw ogniskowy, najprawdopodobniej guza w okolicy ciał czworaczych przednich i III komory. Doświadczalnie wykazali możliwość pochodzenia odruchowej sztywności źrenic z uszkodzeń ścian III ko-

komory jeszcze Gudden i Bechterew; klinicznie potwierdziły to spostrzeżenia nowotworów tej okolicy oraz przyp. nagminnego zapalenia mózgowia. Nowotwór to prawdopodobnie większy; oczopląs może tu być wynikiem ucisku na fasc. longit. post., zaś osłabienie odr. rogówkowego — na jądro n. trig.

K. Poncz. **Przypadek padaczki z mioklonją**  
(Z oddz. L. Bregmana).

W. A., l. 6, wstąpił dn. 31.I 28 r. Od 1-szego r. życia napady drgawek ogólnych z utratą przytomności i oddawaniem moczu 1—2 r. tygodniowo. Dziecku, chowanemu u stryja (alkoholika), dawano codziennie (!) wódkę, po kieliszku (!) przed jedzeniem, a w święta i więcej. W 2-gim roku życia na żądanie stryja już paliło papierosy. Dopiero w 4-ym r. życia zaczęto je odzwyczajać od picia wódki i palenia. 1½ roku temu matka spostrzegła, że dziecko często pada. Po ½ r. błyskawiczne drgawki w kk, w tułowiu, z ruchami mimowolnymi w różnych odcinkach ciała. Ojciec — alkoholik. Brat matki w dzieciństwie miewał napady padaczkowe. Pozostałe 2 dzieci zdrowe. Matka raz roniła w 2-im mies..

St. ob. Budowy prawidłowej, miernie odżywiony, bladawy. Czło. wysokie; nad l. okiem zdarcie naskórka, na lew. powiece siniec, między brwiami guz.

St. ob. Nie odpowiada, zleceń nie spełnia, snutny, z opuszczoną głową. Nie reaguje na pieszczoty, groźby, nie interesuje się zabawkami. Uniesione kkg. utrzymuje dłuższy czas pionowo. Przeważnie odpowiada gestami (z otoczeniem w nieobecności lekarza podobno bawi się). Podaje, że ma 6 lat, nazywa się „Oleś“; liczby 303 nie powtarza, wskazuje ruchami, że nie może powtórzyć. Niekiedy wykonywa ruchy ssące, dźwiękowe, językiem. W kkg, szczeg. prawej, drgania mięśni błyskawiczne, niekiedy po dłuższej przerwie w ramieniu (rzadziej w przedramieniu i dłoni). Drgania te w poszczególnych mięśniach, rzadziej w grupach ich, pozostają bądź bez efektu ruchowego, bądź powodują błyskawiczny ruch kkg.: podrzucanie, skręcanie, zginanie w łokciu, niekiedy rozginanie palców; jednocześnie występuje błyskawiczny ruch głowy ku dołowi i na prawo. Drgania miokloniczne są tu częste w mięśniach tułowia, piersiowym dużym, zębatym przednim, w m. najszerszym grzbietu, z efektem ruchowym lub bez. Niekiedy znów kureczy się klonicznie m. prostownik tułowia; dziecko przechyla się, pada. Nieraz pada nagle i bez wyraźnych kureczów klonicznych ciała.

W kk. d. drgania kloniczne w odcinkach kolanowych, udach, często zbieżne. Poza tem falowanie mięśni (myotymia) w ramionach w tułowiu i mm. brzucha. Na oddziale kilka typowych napadów pa-



daczkowych, często w nocy, tonicznie-klonicznych, z pianą u ust, utratą przytomności.

Żrenice równe, okrągłe, odczyn+. Ruchy gałek+. Dno oczu+. Odruchy spojówkowe i rogówkowe +. Niedowładu kk. niema. Lekka hipertonia w kk. d., zinienna. Odr. kolanowe i ze ścięgien Achillesa >>; podszwowe: w p. k. d. — zgięcie palców, w l. k. d. — bez odruchu podszwowego, natomiast obj. Babińskiego niestały (?).

Wass. we krwi i płynie mózgo-rdzeniowym (—). Płyn mózgo-rdzen.: 8 limf. w 1 mm<sup>3</sup>, N-Ap.= O, cukier+. Mocz+. Pirquet (—). Ostatnio drgawki miokloniczne bardzo skąpe; alkohol, zastrzyki podskórne 0-01 pilicarp. hydrochlor. nie wzmagają ich.

W zestawieniu: u 6-letniego chłopca, od pierwszego roku życia padaczkowego, już 1/2 r. występują drgania miokloniczne. Łącznie ma się tu jednostkę, wyodrębnioną w r. 1891 przez Unverricht'a, a szczegółowo opisaną prz. z Lundborg'a i in. pod nazwą „Myoclonusepilepsie“.

Zmiany wykrywano tu w komórkach piramidowych w przed. rog., a najczęściej w szar. subst., w thalam., nucl. ruber, corn. Amm. n. dentatus (Lafora, Glück, Westphal, Sioli). Podstawą anatomiczną dla drgawek mioklonicznych (według nowszych poglądów) są zaburzenia w mózdzku, a mian. u jądra zębatego (Westphal i Sioli).

Różnorodność lokalizacji powoduje tu tak wielokształtny obraz kliniczny (drgawki b. słabe, bez efektu ruchowego, wreszcie mioklonje gwałtowane, nie tylko poszczególnych mięśni, lecz i grup mięśniowych z błyskawicznymi ruchami).

Czynnikiem etiologicznym pierwszorzędnej wagi było zatrucie organizmu dziecka alkoholem w ciągu pierwszych 4 lat życia. (!). Padaczka wyprzedziła tu mioklonje (jak w przyp. Schon'a i in), lecz b. wa, że zjawiają się one przed padaczkowymi objawami (Westphal, Goldstein) lub jednocześnie (Crouzon, Bouittier i in.). Obciążenia mioklonjo-padaczką tu nie było (Lundborg opisuje 17 przypadków w 9 rodzinach); przypadek ten jest więc sporadyczny. Mioklonje mają tu bieg okresowy (jak i w przyp. Westphala i in.), poza tem wyodrębnić tu jeszcze należy t. zw. napady statyczne (padanie bez drgawek wido-myh—Catalano), jak to bywa w przyp. dyssinergia cerebellaria myoclonica (Hunt).

W rozprawie Flatau przypomina spostrzeżenia takie, opisane przez Zandową. Brom tu nie działa; luminal hamuje mioklonje; wpływ dodatni ma też nirwanol w leczeniu napadów padaczkowych. Bregman tłumaczy, dlaczego w danym przypadku obraz kliniczny odpowiada epilepsji mioklonicznej Unverricht'a.

## **Posiedzenie z dn. 10 maja 1928 r.**

Przewodniczył Flatau.

Bau - Prussakowa. **Przypadek rozmiękczenia mózgu** (Z oddziału E. Flatau).

G. B., l. 53, przybył 4/III 28; zachorował na początku 1927 r.: nasilające się zrazu osłabienie k. gór. pr., a po roku bezwład; nieco później zaburzenia mowy. Od roku bóle głowy; czasami śmiech przymusowy. W 23 r. życia kiła, źle leczona. Palił dużo.

St. ob.: Tony serca głucho, tętno 72. Tętnice promieniowe twarde, wężykowate; ciśnienie 185/110. Żrenice, dno oczu +. Niedowład dolnej gałazki n. VII pr., pozostałe nerwy czaszk. +. Ruchy w odcinkach obwodowych pr. k. g. = 0; w dośrodkowych znacznie ograniczone; siła mięśni <<. K. g. l. i dolne +. Odruchy w kończ. górnej pr. żywsze. Abd. pr. = 0; lewe słabe. CR pr. < 1; PR i AR pr. > 1. Podeszwowe: pr. = 0; l. normalny. Chód +. Niemoła ruchowa, niezupełna. — Apatja. B. dużo sypia. Na oddziale zaburzenia jeszcze większe; zanieczyszczał się. Musiano go karmić. W płynie m.-rdz.: N. — Ap ++, pleocytoza = 0. Wass. ujemny. 18/III. Pto-sis sin. 31/III. Nakłucie Pollacka-Neissera (gdzie ośrodki mowy, twarzy, kończ. górnej) nie wykazało komórek nowotworowych, lecz rozpad tkanki nerwowej. Pogorszenie: zamroczenie, żrenica pr. maksymalnie rozszerzona, bez odczynu na światło. Bezwład k. pr. g. PR słabe; AR pr. słaby, lewy = 0. T<sup>o</sup> 38,4. Tętno 90. 6/IV 1928 exitus. Bad. pośmiertne: miażdżycy tętnic: podstawowej, kręgowych i fossae Sylvii obustr. Pułkula lewa szersza; rozmiękczenia w płatach czołowym i ciemieniowym. Opony miękkie zrosnięte z gyrus centr. ant. i post., zwł. część dolna. Nigdzie krwotoków. Corona radiata w płacie ciemieniowym, a częściowo i skroniowym, wybitnie obrzmiała. Komory nieznacznie rozszerzone. Z danych klinicznych wydało się najprawdopodobniej, że tu rozmiękczenie mózgu na tle miażdżycy. Badanie pośmiertne to potwierdziło.

A. Krakowski. **Zespół podobny do zapalenia wielonerwowego ze zmianami w płynie mózgo-rdzeniowym.** (Z oddziału L. Bregmana).

G., lat 50, chora od 8 tygodni. Nagle gorączka, dreszcze, poczem parestezje i bóle b. silne w pkg., a następnie we wszystkich kończynach i tułowi. Po 3 tyg. przestała chodzić.

St. ob.: Mięśnie i pnie nerwowe bolesne. Ruchy kk. ograniczone, szczeg. w odcinku barkowym i biodrowym. W kkg. i kkd. wybitny bezład. Zaburzenia czucia dotykowego i głębokiego w palcach n. rąk i nóg. Odruchy ścięgnowe w kkd. = 0, osłabione w kkg. — Objawy te zrazu przemawiały za zapaleniem wielonerwowym czuciowo-zaktycz-

nem. Nietypowym był niedowład tylko w odcinkach dośrodkowych i porażenie m. prostego górnego w oku lewym (częściowe zajęcie jądra n. okoruchowego). W płynie m.-rdzen. białka  $>$  [do 0,75  $\frac{0}{\infty}$  i pleocytoza (15 limf. w 1 mm<sup>3</sup>). Wobec danych tych należy raczej przyjąć tu sprawę ogólno-zakaźną, w ośrodkach, w oponach, jak i na obwodzie układu nerwowego. Szybsza poprawa, niż zwykle w zapaleniu wielonerwowem [ból ustąpił, bezład się zmniejszył, zawartość białka w płynie m.-rdzen. stała się normalna], — z drugiej strony trwająca limfocytoza [15 limfoc. w 1 mm<sup>3</sup>] dowodzą, że podrażnienie opon trwa. Wszystko więc przemawia tu za *Encephalomyelitis disseminata*.

W rozprawie W o l f przypomina, że podobny przypadek pokazywał z Simchowiczem na poprzednim posiedzeniu. Higier rozpoznaje tu polineurytyczną postać Enc. leth. [bezsensowność,  $t^o$ , двојение, drgania błyskawiczne w mięśniach, zwiększona ilość białka w płynie m.-rdz.]. Mackiewicz przypomina, że mała pleocytoza przy dużej ilości białka przemawia przeciw Enceph. leth. [Sicard: duża pleocytoza przy małej ilości białka] Bregman dodaje, że objawy porażenia były nieznaczne. Zaburzenia (silne parestezje, ból) są tu charakteru obwodowego. Cała sprawa odpowiada raczej postaci ataktycznej zapalenia wielonerwowego. Zasługuje na uwagę szybka poprawa. Drgań błyskawicznych nie spostrzegano, lecz chory sądzi, że je miał. Ruchy mimowolne spostrzegano w polineuritis. Co do двојения, to bywa ono w zapaleniu wielonerwowem.

E. Herman i J. Pinczewski. **Pokaz mózgu chorego, demonstrowanego na poprzednim posiedzeniu. (Przypadek guza mózgu z napadami drgawkowymi o charakterze tonicznym i zaburzeniami ze strony zrenic).** (Z oddziału E. Flatau).

Okolica circuli arter. Willisii wypełniona torbielami o cienkich przezroczystych ścianach, z płynem kanarkowym. W torbieldzi pr., w tylnym jej biegunie, ślady krwotoku. Z tyłu od skrzyżowania nn. wzrokowych (wypiętych i ułożonych pionowo do podstawy mózgu), po str. prawej, twór wielkości grochu, szarawy, odosobniony wyraźnie od torbieldzi. Skrzyżowanie nn. wzrok. przylegało do jednej z torbieldzi; ku przodowi skrzyżowania był wypięty jakby pęcherz, przeświecający, niejednolicie zabarwiony, tu mętny, tam jasno szary. Pęcherz przedni w części bocznej przechodzi w sub.t. perforata ant.. Pajęczynówka ponad torbielami tylnymi nie zrosnięta z nimi. Szypuły mózgowe — po bokach torbieldzi — nieznacznie spłaszczone. Płyn w torbielach o barwie bursztynowej. Na cięciu czołowym, w linii środkowej, duża torbiel (wielkości kasztana), o ścianach do 1 mm., szara, konsystencji



żelatynowatej, z drobniutkiemi naczyniami. U podstawy tej torbieli masa, jakby kalafiorowata — skupione w jedno twory pęcherzykowate. Poprzez przednią ścianę dużej torbieli widać ciało modzelowate i sklepienie. Torbiel ta wypełnia komorę III, rozsuwa tu przednie części wzgórz wzrokowych, uciska dolną część torebki wewnętrznej, wzgl. pasma wzrokowe. Tyłaa ściana całej tej torbieli dochodzi do wodociągu Sylwiusza.

W części intermillarnej — szarawa masa w kształcie klina; podunculus corp. mamill. sin. jakby szarawy. Ściana guza od str. prawej odcina się ostro od tk. pr. wzgórza wzrokowego; po str. lewej przenika dość ostrym klinem w subst. subthalamica. Sondą, przez otwór Magendi, IV komorę i wodociąg Sylwiusza, przenika się do III komory; koniec pokrywa przeświecająca tylna ściana torbieli.

W rozprawie Flatau podkreśla, że sekcja w zupełności rozpoznanie potwierdziła pod względem lokalizacyjnym. Stała senność, zapadanie w sen, u chorych z guzem mózgu, zawsze powinno nasuwać myśl o guzie okolicy III komory. Żrenice nie reagowały, wzgl. tylko minimalnie; wskazywało to na zajęcie przedniej części nn, okoruchowych. Dokonana — post mortem — operacja Dandy'ego pokazała, że sonda, wprowadzona aż do III komory, prześwieca poprzez tylną ścianę torbieli, która była wciśnięta w wodociąg Sylwiusza i to właśnie nie dało objawy ze strony żrenic. Skurcze toniczne były spowodowane uciskiem na wielkie węzły. Higier podaje, że napady toniczne były tu pochodzenia podkorowego, a senność jest przecież tak znamienna dla cierpień przysadki i u wodociągu Sylwiusza. Goldflam tłumaczy, że przy zastoinie zachowana jest zazwyczaj reakcja żrenic. Zła reakcja żrenic, jako też senność, są objawem, według Mauthnera, wskazującym na ucisk w okolicy wodociągu Sylwiusza, gdzie leży ośrodek snu. Mackiewicz wyjaśnia, że Cushing i Bayley w 40 przyp. zapomocą badania płynu bursztynowego, stwierdzili obecność glejaka (alkohol absolutny strąca w dużej ilości osad białkowy, powstaje wówczas piana żółtawa nad płynem bursztynowym). Samo stwierdzenie żółtego płynu nie pozwala jeszcze na rozpoznanie glejaka.

Bau-Prussakowa i Solnik. **Przypadek guza kąta mostomóżdżkowego z napadami senności.** (Z oddz. E. Flatau).

W. L. I. 37. Przybył 21.V 28. Zachorował XII.27: bóle głowy, silne w potylicy, budziły ze snu nad ranem; po kilku godzinach znikły, poczem występowały z przodu czaszki; trwało tak 4 miesiące, a później i napady osłabienia wzroku i dwojenie; ostatnio są częściej. Od 2 mies. chwiejny chód; napady senności, do kilkunastu minut, po kilkanaście razy dziennie. Od paru miesięcy częściowe zatrzymanie moczu. Ostatnie 10 dni mdłości; raz wymioty. Przed 6 tygodniami osłabł

słuch z lew. str.; ból w lew. dłoni. St. ob.: Czaszka przy opukiwaniu najbardziej bolesna w części potylicznej. Żrenice +. Tarcze zastoinowe z drobnymi krwotoczkami i poza niemi. Wyniosłość tarczy pr.  $\pm 3$  D., lewej 1, D. (Zamenhof). Siła wzroku, pole widzenia +. Dwojenie niezależne od niedowładu mięśni gałek, lecz od braku równowagi pomiędzy mięśniami — hyperphoria — (Zamenhof). Ny w lewo i prawo, ku górze (w str. l. — szybszy, w str. pr. amplituda większa). Nieznaczne osłabienie górnej gałązki l. n. VII. Podniebienie miękkie unosi się słabo przy fonacji. Odr. gardzielowy = 0. Czucie (ból, dotyk, ciepłe) zniesione w obrębie jamy nosowej i ustnej po str. l., oraz na l. połowie języka. Odruch rogówkowy l. = 0. Węch i smak po str. l. > pr. Wybitne < < słuchu (o 75%) i pobudliwości błędnika po str. l. (Karbowski). Drżenie palców u dłoni po str. pr.. Dysmetrja i diadochokineza zaznaczona w k. g. l.. Odruchy k. k. g. średnio żywe, Abd. i Cr. R. minimalne. PR wzmożone, pr. > (lewy wahałowy). AR wzmożone, pr. >. Podeszwowe — zgięcie podeszwowe z pr.. Rossolino zaznaczony po str. pr.. Chód z lekka asynergiczny. Tętno 78. Napady senności w czasie pobytu na oddziale częste (czasami podczas badania). Rtg. podstawy czaszki bez zmian. W kilka dni po naświetlaniu Rtg. (kąt mózdzko - mostowy po str. lewej, okolica III komory) bóle głowy). Dwukrotnie napad padaczkowy. — Tak więc jest tu zespół charakterystyczny dla guza kąta mózdzkomostowego (niedowład n. VIII, częściowe uszkodzenie n. V., nieznaczne n. VIII, ny, lekkie objawy mózdkowe po tej samej str., objawy piramidowe po przeciwnej stronie). — Na podkreślenie zasługują napady senności, charakterystyczne raczej dla guzów komory III, napady te — prawdopodobne następstwo wodogłowia, uciskającego na dno tej komory.

W rozprawie Bregman zastanawia się nad zjawiskiem senności w danym przypadku i skłania się do tłumaczenia przyczyny jej tu tak, jak referenci. Flatau podkreśla, że senność tu występowała napadowo, a nie trwała ciągle, jak w guzach mózgu. Promieniami Rtg. często nie udaje się ujawnić nowotworów mózdzku. Chory będzie poddany operacji.

**L. E. Bregman. Polycythaemia rubra z rozległymi zmianami układu naczyniowego.**

M. R., l. 45, przybył na oddział 24.V. 28. Pod względem etjologicznym zasługuje na uwagę: ciężka praca fizyczna (tragarz), alkoholizm od wielu lat (ojciec także alkoholik), u r a z w r. 1913: został p. kłuty nożem na wysokości I kręgu piersiowego, poczem nastąpiło porażenie l. kd. i od tego czasu utykał na l. nogę (w pracy nie przeszkadzało). Na wojnie postrzał w l. ucho; źle słyszy na to ucho. Przed 4 miesiącami nastąpił nagle niedowład l. k k., nie mógł chodzić bez oparcia, l. ręką nie mógł trafić na wskazane miejsca,

przedmioty wypadają mu z ręki. Twarz o zabarwieniu sino-czerwonym. Chory podaje, że barwę taką miał zawsze. Badanie krwi wykazało: ciałek czerwonych 6,100,000, białych 11,600. Hemoglobiny 95%, neutrofilów 67%, limfocytów 24%, eozynofiliów 7,5%. Badania te potwierdza przypuszczenie polycythaemiae. Niedowład lewostronny był po przybyciu do szpitala b. nieznaczny; ruchy w palcach i l. stopie nieco ograniczone, siła ruchowa nieco zmniejszona, bezład zaledwie zaznaczony, zaburzeń czucia nie było. Odr. ze ścięg. Ach. lewy żywszy. Babiń. ujemny (—). Rossolimo +; minimalny udział w porażeniu l. połowy twarzy. Obecnie stan l. kk. jeszcze lepszy. Od początku zastanawiały ciężkie objawy naczynioruchowe w kk. gg.; chory podawał, że palce mu często bieleją. Przedmiotowo obok białości palców środkowych sinica dłoni (asphyxia localis). U palucha pr. nogi owrzodzenie troficzne. Brak tętna w A. pediaci i A. tibialis postica, obustronnie, również w l. Art. radialis i A. brachialis. W pr. Art. radialis tętno wyczuwa się; tętnica ta wężkowata, twarda. Na rentgenogramach tętnice nie widoczne. W sercu—tony głuchawe. Ciśnienie maksymalne 100. W moczu ślady białka, ciężar gatunkowy 1010. Badanie dna oczu wykazuje Neuritis optica incipiens. Pole widzenia obwodowe normalne, względne mroczki środkowe na barwę czerwoną. Siła wzroku ok. pr.  $\frac{5}{5}$  ok. l.  $\frac{5}{10}$  (kol. Zamenhof). Bólów głowy niema. Płyn mózgodzeniowy wypływa pod dużym ciśnieniem; N. — Ap. +; białka 0,16%, bez pleocytozy. Wass. (—). Śledziona nie macalna. Rentgenogram czaszki wykazuje wprawdzie, obok lekkiego ścięczenia kości sklepienia, powiększenie siódła w wymiarze przednio-tylnym. Pomimo neuritis optica guz mózgu należy wyłączyć. Powiększenie ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, zwykle w polycythemi, tłumaczy te objawy. Mamy tu postać hipertoniczną polycythemi. Jako powikłanie tej choroby, mamy rozległą arteriosklerozę, oraz zmiany naczynioruchowe i troficzne. Arterioskleroza w opisach polycythemi zazwyczaj nie występuje na pierwszy plan, stwierdzono nawet, że w mózgu przy rozległych zmianach anatomicznych naczynia pozostają prawie niezmienione. Natomiast kapillaroskopja wykazała wydatne zmiany w naczyniach włoskowatych skóry.

W rozprawie Sterling Wł. podkreśla, że zmiany na dnie oczu, tarczach, nie są rzadkością w chorobach krwi. St. przypomina własne spostrzeżenie zmian takich w blednicy. Higier też tak sądzi, mówi o zakrzepach na dnie oczu w blednicy, tarczach zastoinowych w anemii pernicioso. — W polycythaemia rubra zastoiny prawdziwiej się nie spostrzega. H. badał chorego przed laty, nie było wówczas objawów claudic. interm., dziś są niewątpliwe objawy endart. obliterans. H. nie łączyłby u objawów nerwowych z przypuszczalną potłoglobulją. Goldflam uważa, że liczba krwinek czerwonych, nie.



wielka, nie upoważnia jeszcze do rozpoznania tu Polycythaemia rubra, przy tem zmiany na dnie oczu nie są bynajmniej charakterystyczne. Niedowład kończyn lewostr. wywołany tu został zmianami naczyńniowemi, miażdżycowemi, dziedzicznymi i z zatrucia przewlekłego wysokiemi., Flatau również wątpi, aby rozpoznanie pierwotnej Polycythaemia rubra było tu dosyć uzasadnione; liczba czer. krw. nie jest zbyt wielka, może to tylko polyglobulia objawowa. Należy rozróżniać pierwotną i wtórną postać tej choroby. Tu na plan pierwszy występują ciężkie zmiany naczyńniowe, jako podłoże dla zespołu zmian nerwowych. W odpowiedzi Bregman omawia różne postaci polycythaemiae: z powiększoną śledzioną, hipertoniczną, z marskością wątroby. Tu B. rozpoznaje postać hipertoniczną. — W rozwoju całokształtu cierpienia rolę ważną grał moment dziedziczny i alkoholizm — stąd zmiany naczyńniowe; zmiany na dnie oka nie we wszystkich przypadkach Polyc. rubrae są jednolite; tu zmiany wywołane zostały przez zwiększone ciśnienie wewnątrzczaszkowe. Wciąż słabszy niedowład lewostronny nie przeczy tu też rozpoznaniu Polycyth. rubrae. — Zamenhof uważa też, że w danym przypadku zmiany na dnie oczu nie są charakterystyczne dla Polycythaemia rubra.

### Od Redakcji.

Redakcja przypomina, że w dniach od 26 — 29 września obradować będzie w Wilnie XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich.

Redakcja podaje do wiadomości Szan. Kolegów, że termin nadsyłania prac na „Konkurs im. Kwartalnika Klinicznego Szpitala na Czystem“ o nagrodę stu złotych za najlepszy artykuł oryginalny (wzgl. zestawienie zbiorowe), z pogranicza chorób wewnętrznych, nerwowych (lub duchowych) a ginekologii, został przedłużony do 1 listopada 1929 r.

### Nadesłane.

Szanowni Koledzy!

Ciężkie warunki pracy w zbiedzonej przez wojnę i dźwigającej się z gruzów Niepodległej naszej Ojczyźnie dotknęły narówni ze wszystkimi pracującymi ludźmi i stan lekarski. Każdy inny zawód w kilku szczęśliwych posunięciach życiowych może zrobić z człowieka niezamożnego człowieka zabezpieczonego na stare lata. Zupełnie inaczej i st z lekarzami. Ludzie ci mruwczą swoją pracą z narażeniem życia i zdrowia spełniają swe wielkie posłannictwo, nie dbając i nie myśląc o jakichkolwiek korzyściach materialnych. I dlatego rodzina lekarska z chwilą utraty swego żywiciela pozostaje nieraz w oplakanych, a bardzo często tragicznych warunkach. Trudno jest wyliczyć wszystkie wypadki tych cichych dramatów, które miały i mają miejsce wśród rodzin lekarskich. Fakty obłąkania, odbierania sobie życia z nędzy, zamieszkiwania z łaski kątem w izdebce stróżowskiej, śmierć od gruźlicy i wycieńczenia, a nieraz wyciągania ręki po datkę, same mówią za siebie. Byłe Zrzeszenie Wdów i Sierot po Lekarzach, przemianowane decyzją Walnego Zebrania z dnia 3 marca 1929 roku na „Rodzinę Lekarską“, posiada zbyt szczupłe fundusze, by nieraz zapobiedz grożącej katastrofie. Wydawane zapomogi nie przekraczają 30 zł. miesięcznie. Dlatego też, pamiętając, że „res sacra miser“, powinniśmy ożywić szlachetne uczucie ofiarności, by przez zapisywanie się do „Rodziny Lekarskiej“ i wpłacanie składek otrzeć gorzką łzę niedoli z powiek tych, które były najdroższymi naszych najbliższych.

Ufni, że inkasentki nasze (wdowy i sieroty po lekarzach) będą przychylnie przyjęte przez Was i przez Wasze Panie, wzywamy Was do zapisywania się w poczet członków „Rodziny Lekarskiej“.

Przewodniczący:

(—) Dr. W. Rogalski gen.

UWAGA: Wpisowe wynosi Zł. 5.—, składka miesięczna Zł. 1.—. C. to P. K. O. 15922. Warszawa, Podwałe Nr. 18.

## KONKURS.

Koło Lekarzy Towarzystwa, „Pomoc Lekarska”, przy ul. Grzybowskiej Nr. 11, egzystującego od roku 1906 i mającego na celu niesienie pomocy lekarskiej ubogim bez różnicy wyznania, ogłasza konkurs za najlepszą pracę z biologii lub patologii Żydów. Nagroda wynosi 1.000 złotych.

### WARUNKI KONKURSU.

1. O nagrodę mogą się ubiegać wszyscy lekarze Państwa Polskiego.
2. Praca, o rozmiarze dowolnym, winna być napisana maszynowo na jednej stronie arkusza kancelaryjnego z marginesami, podpisana obranem godłem. Wraz z pracą należy nadesłać zamkniętą kopertę, opatrzoną tem samem godłem, a wewnątrz zawierającą imię, nazwisko i dokładny adres autora.

Prace należy przysłać w 3-ch egzemplarzach.

3. Termin nadsyłania prac upływa z dniem 30 czerwca 1930 r.

4. Gdyby żadna z prac nie została zakwalifikowana, nagroda 1.000 zł. zostanie podzielona na dwie mniejsze po 500 złotych za prace najwięcej wyróżnione.

5. W razie zakwalifikowania do nagrody kilku prac jednakowej wartości pięć wszeństwo przyznane będzie pracy lekarza pracującego przy Twie „Pomoc Lekarska”.

6. Wynik konkursu ogłoszony będzie dnia 1 października 1930 r.

7. Koło Lekarzy przy Twie „P. L.” zastrzeżę sobie prawo ogłoszenia nagrodzonych prac w swym ewentualnym pamiętniku.

### TREŚĆ NUMERU.

*J. Milejkowski.* Wacław Sterling (wspomnienie pozgonne). *Wcl. Sterling i J. Milejkowski.* Sadze, jako allergen w rumieniu posalwarsanowym. *A. Wiłeczyk.* O zmienności grzybka siolkowego. *J. Rosenberg.* O leczeniu przymiotu zimnicą. *B. Frydman.* Próby leczenia wiewióra parami formaliny. *E. Birzowski.* O psychopochodności niektórych zaburzeń czynnościowych w sferze rodnej kobiety. *A. Graber.* Badania doświadczalne nad zmianami w układzie kostnomięśniowym pod wpływem unieruchomienia stawu. Sprawozdanie z posiedzeń naukowych Szpitala (1928-29).

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

*J. Milejkowski.* Wacław Sterling (1871 — 1928). *Wcl. Sterling i J. Milejkowski.* La Suie Comme allergen dans l'érythème postsalvarsanique. *A. Wiłeczyk.* Sur la transformation des champignons violets. *J. Rosenberg.* Le traitement de la syphilis par la malarie. *B. Frydman.* Les essais du traitement de la bl.-norragie par les vapeurs de la formaline. *E. Birzowski.* Des troubles fonctionnels des organes génitaux de la femme en rapports avec leurs troubles psychogeniques. *A. Graber.* Recherches expérimentales sur les modifications qui se produisent dans le système musculoosseux sous l'influence de l'immobilisations de l'articulation.

Comptes-rendus des Séances cliniques à l'hôpital israélite a Varsovie.

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **L. Bregman, E. Flatau, G. Lewin, M. Lubelski, L. Lubliner, A. Natanson, J. Sz wajcer.**

Adres Redakcji i Administracji:

**Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapii Fizycznej, tel. 507.12 Dr. J. Rotstadt.**

**Skład Główny: Księgarnia Gebethnera i Wolffa. Krakowskie Przedmieście 15, tel. 4-12.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU.