

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE
WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

Z Oddziału Położniczego. (Ordynator: A. Natanson).

Nadmierne wymioty ciężarnych

P O D A Ł

S. Zamkowy.

Nadmierne wymioty ciężarnych są jednostką chorobową napozór dość nieskomplikowaną, zarówno pod względem rozpoznawczym, jak i leczniczym, lecz w praktyce codziennej wymagają od lekarza rozważnej oceny krytycznej i jak najdokładniejszego zastanowienia nad etiologią każdego pojedynczego przypadku.

Wiemy, że w warunkach fizjologicznych 40 — 60% kobiet ciężarnych cierpi na wymioty; dla wielu z nich objaw ten stanowi wraz z zatrzymaniem miesiączki pierwszy nieomylny zwiastun ciąży. A więc i tu, jak i w całej zresztą patologii ludzkiej, nie zawsze łatwo określić, gdzie się kończy fizjologia ciężarnej kobiety, gdzie się zaczynają objawy prawdziwie chorobowe.

Wymioty ciężarnych (*Emesis gravidarum*) występują w pierwszej połowie ciąży, przeważnie między 2-m a 4-m miesiącem, częściej i intensywniej u pierwiastek niż u wieloródek. Charakterystyczną postacią jest tu *vomitus matutinus*, gdy ciężarna zrzuca z rana, naczczo, nagromadzoną przez noc w żołądku rzadką, śluzową, niekiedy z domieszką żółci, wydzielinę, która jest skutkiem hipersekcji gruczołów żołądka. Często jednak wymioty występują kilka razy dziennie, czasami po niektórych tylko potrawach, $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ godz. po jedzeniu; ma to duże znaczenie, gdyż większa część pokarmu opuszcza już w tym czasie żołądek, odżywianie więc ciężarnej naogół nie bywa upośledzone.

Aby zrozumieć pochodzenie wymiotów ciężarnych, przypomnimy tu pokrótce niektóre wiadomości z dziedziny fizjologii tego

zjawiska. Otóż wymioty są aktem odruchowym, który traktować należy jako objaw samoobrony ustroju przed czynnikami szkodliwymi. Odruch ten wywołany bywa — najczęściej — podrażnieniem zakończeń nerwowych u nasady języka, tylnej ściany gardzieli, śluzówki żołądka i t. innych. Ośrodek wymiotny, według zgodnych zapatrywań badaczy, parzysty, umiejscowiony jest w głębokich warstwach rdzenia przedłużonego (w okolicy calamus scriptorius). Ośrodek ten może być drażniony nie tylko na drodze odruchowej, lecz i bezpośrednio, jak to spostrzegamy w różnych sprawach chorobowych mózgu lub jego opon. Wiemy nadto z doświadczenia życia codziennego, że wymioty mogą być wywołane przez niemiłą woń lub wstrętny widok. Odśrodkowym szlakiem tego odruchu są nerwy błędne. Wykazał to doświadczalnie Miller, który po przecięciu nerwów błędnych nie mógł wywołać wymiotów u zwierzęcia doświadczalnego przez drażnienie dośrodkowego kikutu przeciętego nerwu.

Stąd przypuszczenie Albrechta, że skłonność do wymiotów u ciężarnych wiązać przedewszystkiem należy ze wzmożoną pobudliwością nerwu błędnego czyli vagotonją.

Najmniejsze znaczenie w tem, zdaje się, odgrywa u ciężarnych moment czysto odruchowy. Dawne przypuszczenie, że w ścianie macicy znajdują się czuciowe zakończenia nerwów, analogicznie do tylnej ściany gardzieli, których drażnienie na drodze odruchowej wywołuje wymioty, nie znalazło potwierdzenia doświadczalnego.

Z pewnem zastrzeżeniem można jeszcze niekiedy wiązać to zjawisko z tyłozgięciem macicy ciężarnej, — odprowadzenie tyłozgiętej macicy oraz założenie kółka niejednokrotnie kładło kres wymiotom, ale kto wie, czy w tych przypadkach nie przeważa raczej bodziec psychopochodny wykonanego zabiegu.

O wiele ważniejszym wydaje się właśnie ten moment psycho-neuropatyczny. Liczne doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne wykazały, jak dalece czynność żołądka uzależniona jest od przeżyć duchowych. A tych przeżyć, i to przeważnie o zabarwieniu przykrem, nie brak u kobiety ciężarnej: lęk przed porodem, szczeg. w pierwszej ciąży, skomplikowane warunki ekonomiczne i społeczne i t. p.. Te wpływy neuropsychiczne, którym Kaltenbach, Ahlfeld i inni przypisują znaczenie za-

sadnicze, należy niewątpliwie uwzględnić w ocenie momentów etjologicznych, a psychoanaliza, wzgl. psychoterapia, w leczeniu nadmiernych wymiotów ciężarnych nie jest do pogardzenia. Nie należy jednak zapominać, że wymioty ciężarnych są zbyt pospolitem zjawiskiem, aby tłumaczyć je li tylko zjawiskami psychopochodnemi. Wymioty stwierdza się ponadto u zwierząt ciężarnych (psów, kotów). Stąd słusznie na pierwszy plan wysunęła się teoria samozatrucia, która tłumaczy nadmierną pobudliwość n. błędnego i ośrodka wymiotnego, a co za tem nadmierną skłonność do wymiotów, działaniem krążących we krwi jądów ustrojowych.

A więc, wielu autorów francuskich (Pinard, Potett) i niemieckich (Hofbauer) — widzi powód wymiotów w niedostatecznej czynności ciała żółtego, którego wydzielina ma na celu zobojętnianie jądów łożyskowych, — stąd częste hyperemesis w zaśniedziałym groniastym (na 27 przypadków zaśniedziałości groniastego Pinarda w 19-tu były nadmierne wymioty), oraz w ciąży bliźniaczej. Tem też tłumaczą Pick, Mangiagalli, że w przypadkach przerwania ciąży wymioty ustają dopiero po odejściu łożyska. Inni znów autorzy wskazują na obniżenie, wzgl. zaburzenie czynności gruczołu tarczowego.

Najsłuszniejszym jednak wydaje się pogląd, że w pierwszym rzędzie samozatrucie w ciąży spowodowane jest przez szkodliwe produkty przemiany materji, zarówno ustroju matczynego, jak i płodowego, na skutek mniejszej lub większej niedomogi narządów wydzielniczych, obarczonych nadmierną pracą. Umiarkowana, nieprzekraczająca pewnego maximum, ilość tych jadowitych produktów, przy sprawnem działaniu narządów wydzielniczych i odtruwających, uchodzi bezkarnie dla organizmu matki, dając najwyżej pospolite wymioty ciężarnych w granicach t. z. fizjologicznych, nie wpływa jednak na stan ogólny chorej. Wystarczy jednak dopływ większej ilości tych jądów lub też osłabienie odporności na te jady organizmu matki, aby spowodować przejście pospolitych wymiotów w nadmierne, o ciężkim nieraz obrazie chorobowym.

Etjologia więc nadmiernych wymiotów ciężarnych, jest ta sama, co i pospolitych, fizjologicznych, wymiotów — różnica jest tylko ilościowa, polega jedynie na stopniu nasilenia czynnika chorobotwórczego.

Pomijając drugorzędne momenty etjologiczne, jak wpływy neuro-psychiczne lub miejscowe, o charakterze odruchowym, o czym mowa była wyżej, przechodzę obecnie do szczegółowego omówienia zaburzeń przemiany materji w *hyperemesis gravidarum*, jako istotnego momentu przyczynowego tej jednostki chorobowej.

Już u zdrowej kobiety ciężarnej widzimy pewne obniżenie sprawności przemiany materji. W wydalinach znajdujemy amoniak, kw. aminowe, kreatynę, kreatyninę, polipeptydy i t. p. związki, stanowiące produkt niedokładnego spalania białka. To samo da się powiedzieć o tłuszczach, które rozpadają się wolniej i słabiej, przeciążając ustroj niedopałkami tłuszczu. Co się tyczy węglowodanów, zaznaczyć należy skłonność u ciężarnych do glikozurji. Nadmiar tych nieprawidłowych produktów przemiany wywołuje zaburzenia chemicznej i fizyko-chemicznej równowagi zarówno krwi, jak i komórek ustrojowych.

Zwalczenie tych szkodliwych wpływów jest czynnością przedewszystkiem narządów wydzielniczych (nerek) oraz odtruwających (w pierwszym rzędzie wątroby). Lekkie upośledzenie tych funkcji w postaci, t. z. nerki ciężarnych, lub lekkiego nacieczenia tłuszczowego wątroby, nazwanego przez Hofbauera „wątrobą ciężarnych“, w przypadkach nadmiernego przeciążenia ustroju szkodliwymi produktami przemiany, nabiera cech zmian głębokich, destrukcyjnych, co z kolei przyczynia się do coraz większego i niebezpieczniejszego przeładowywania krwi jadowitymi produktami przemiany. Wytwarza się błędne koło, gdzie przyczyna staje się skutkiem, a skutek — przyczyną.

Niepowściągliwe wymioty, które są wynikiem ciągłego drażnienia n. błędnego i ośrodka wymiotowego przez substancje trujące, utrudniają ustrojowi przyjęcie pokarmów — wygłodzony organizm zaczyna spalać przedewszystkiem węglowodany własne, zdeponowane w postaci glikogenu, w dalszym ciągu przychodzi kolej na tłuszcze i wreszcie na białko ustrojowe. W moczu zjawiają się substancje patologiczne, właściwe stanom charłącym, jak ciała ketonowe (aceton, kw. acetoctowy, kw. oxy-masłowy) duże ilości amonjaku, czasami leucyna, tyrozyna. Krew traci swoją zasadowość, ulega coraz większemu zakwaszeniu przez niedopałki przemiany materji. W parze z temi zmianami postę-

puje proces zwyrodnieniowy wątroby, który doprowadzić może do ostrego, żółtego zaniku (*atrophia acuta hepatis flava*) o rokowaniu prawie beznadziejnym. I gdy rzucawce porodowej towarzyszą w pierwszym rzędzie zmiany zwyrodnieniowe w nerkach, przy nadmiernych wymiotach ciężarnych przeważają przede wszystkim zmiany w wątrobie.

Bardzo ważnym miernikiem sprawności czynnościowej wątroby, który w każdym wypadku *hyperemesis* daje nam możliwość określenia stopnia zatrucia ciążowego, — jest badanie moczu na zawartość urobiliny, a krwi — na bilirubinę.

Już oddawna zauważono wzmożoną urobilinurję w zatruciach ciążowych. *Fiszler*, *Nurnberger*, *Seitz* uważali określenie urobiliny za sprawdzian zatrucia ciążowego. *Barsony* — z kliniki budapeszteńskiej — badał en masse mocz ciężarnych na zawartość urobiliny: na 21 przypadków *hyperemesis* w 18 (czyli w 85%) odczyn wypadł mocno dodatni, w 3 (czyli 15%) — dodatni. Ta urobilinurja dowodzi, że w *hyperemesis* wątroba nie potrafi przerobić w całości urobilinogenu, który wobec tego dostaje się w większej ilości do krwiobiegu przez kapilary wątrobowe. Zauważono dalej, że równoległe z polepszeniem ogólnego stanu chorej zmniejszała się też zawartość urobiliny w moczu, spadając w przypadkach całkowitego wyleczenia do minimalnych śladów w 4 przypadkach, a w 14 do zera.

W ostatnich czasach klinika *Seitz*a zapoczątkowała badanie krwi na zawartość bilirubiny przy wymiotach niepowściągliwych. Określenie jakościowe odbywa się zapomocą odczynu *Hijman-van-den-Bergh*'a. Do surowicy krwi dodaje się dwuazowy odczynnik *Erlicha* i parę kropel amonjaku — w obecności bilirubiny, powstaje ceglasty osad oraz czerwone zabarwienie płynu. Jest to t. zw. odczyn bezpośredni, który wykrywa bilirubinę pochodzenia żółciowego i analogicznie, jak w żółtaczkach hepatogennych, świadczy o uszkodzeniu komórek wątrobowych.

Istnieje pozatem odczyn pośredni, do uzyskania którego, prócz odczynnika 2-azowego *Erlicha* i amonjaku, dodaje się jeszcze do surowicy alkohol, celem jej odbiałczenia. Ten drugi odczyn ma na celu tak, jak w żółtaczkach hematogennych, wykrycie bilirubiny, powstającej z rozpadu czerwonych ciałek krwi

i dostającej się do krwiobiegu nie z dróg żółciowych, lecz z układu siateczkowo-śródbłonkowego. Świadczy więc to 1) o zaburzeniu tego układu, w którym dochodzi do wzmożonego rozpadu krwinek i wytwarzania bilirubiny, jako produktu tego rozpadu oraz 2) o niedomodze wątrobowej, która nie daje sobie rady z tą wzmożoną ilością bilirubiny. Krótko mówiąc — odczyn bezpośredni dowodzi ciężkiego uszkodzenia miąższu wątroby, zjawiska, które *Browicz* określił, jako „dysocjację komórek wątrobowych“, pogarszającą rokowanie w hyperemesis; odczyn pośredni dowodzi — obok zaburzenia układu siateczkowo-śródbłonkowego — jedynie lekkich zmian zastoinowych w wątrobie — pozwala więc na mniej poważne rokowanie.

Niemniejsze znaczenie posiada określenie ilościowe bilirubiny, do czego posługujemy się metodą kolorymetryczną (kolorymetr Helliga). U zdrowego człowieka ilość ta nie przekracza 1/2 jednostki bilirubinowej, w przypadkach patologicznych sięgać może kilku a nawet kilkunastu jednostek.

Eufinger i *Bader*, współpracownicy *Seitza*, zbadali metodą *Hijman—van—den Bergh'a* (123 zdrowe ciężarne kobiety; odczyn pośredni wypadł dodatnio u 30%, wykazując ilościowo nadmiar bilirubiny, nieco ponad 0,5 jednostki; odczyn bezpośredni u wszystkich wypadł ujemnie. We wszystkich natomiast przypadkach ciężkich zatruc ciężowych badacze ci uzyskali mocno dodatni, szybko występujący, bezpośredni odczyn, — a ilościowo duży nadmiar bilirubiny.

Barsony (Budapeszt) na 95 badanych w ciąży kobiet, tylko u 7 uzyskał mocno dodatni bezpośredni odczyn — były to 3 przypadki rzucawki porodowej, 2 przypadki nadmiernych wymiotów oraz 1 przypadek kamicy żółciowej z żółtaczką, która, jak wiadomo z poprzedniego, daje również bezpośredni odczyn dodatni. Również inni badacze, jak *Heinemann*, *Süstrunk* przyszli do zgodnych wyników.

Reasumując powyższe, stwierdzić należy, że zwiększona ilość urobiliny w moczu oraz bilirubiny we krwi zawsze świadczy o ciężkich zaburzeniach czynnościowych wątroby. Odczyn jakościowy i ilościowy powinien być wykonany w każdym ciężkim przypadku *hyperemesis*, posiada bowiem doniosłe znaczenie

prognostyczne i ułatwia nam orientację w wyborze metody leczniczej.

Podkreślić pragnę jeszcze jeden szczegół, który spostrzegamy w przypadkach zatruc ciężowych — jest to zmniejszona ilość cholesteryny we krwi, która — wgł. zapatrywań B e n d y — stanowi substancję obronną przeciwko rozpadowi czerwonych ciałek krwi, a której zawartość u zdrowej kobiety ciężarnej na podstawie badań P r i b i a m a, L i n d e m a n a i innych, wzrasta się do 0,2 — 0,3% (norma — 0,12%). Otóż w ciężkich przypadkach *hyperemesis* ilość ta spada do 0,07%.

Zatrzymałem się nieco dłużej i dokładniej na chemji patologicznej ustroju w *hyperemesis gravidarum*, posiada to bowiem nie tylko znaczenie teoretyczne, lecz, jak się dalej przekonamy, bardzo ważne w zastosowaniu praktycznym.

Mówiąc o etiologii *hyperemesis*, nie możemy pominąć milczeniem nowej, a znamiennej teorii, która tłumaczy zatrucia ciążowe antagonizmem biologicznym, między krwią matki a płodu, inaczej mówiąc, zatrucie ciążowe miałoby przypominać pod wielu względami ciężki wstrząs, spostrzegany dawniej po transfuzjach, gdy badanie krwi na grupy nie było jeszcze rozpowszechnione. Halban i Landsteiner dowiedli niezbicie, że krew płodu pod względem zawartości substancji aglutynujących i hemolizujących, zachowuje jak najdalej idącą samodzielność w stosunku do krwi matki. Mac Quarrie z 40 badanych przypadków zatruc ciężowych znalazł w 28 wyraźny odczyn aglutynujący pomiędzy krwią matki a płodu. Wyniki natomiast innych badaczy (Zotterman, Wildner) są mniej przekonujące, a niektórych (Ohnesorge) wręcz sprzeczne z powyższą teorią, która wymaga jeszcze dokładnego opracowania i żmudnych badań na licznych materiałach.

Przechodzimy obecnie do obrazu klinicznego niepowściągliwych wymiotów ciężarnych. Seitz odróżnia 2 okresy chorobowe: I — nadmiernej pobudliwości i II-gi — ciężkiego zatrucia. W pierwszym okresie objawy chorobowe są niezbyt intensywne: chora ma nieregularne, częste wymioty, którym towarzyszy obfity ślinotok i zwiększone wydzielanie śluzu w żołądku na niekorzyść kwasoty; skarży się na pragnienie, ogólne osłabienie; stwierdza się lekki spadek wagi, bez poważnych dolegliwości.

Już w tym okresie jednak, jako zjawisko stałe, znajdujemy zwiększenie urobiliny w moczu i bilirubiny we krwi. Morfologiczne badanie krwi niejednokrotnie wykazuje lekką leukocytozę obojętnochłonną, wielojądrzastą, objaw, któremu przypisuje dużą wagę Czyżewicz.

Mniejsze lub większe przesunięcie wzoru Schilling-Arneth'a na lewo jest zresztą objawem, towarzyszącym każdemu zatruciu, zarówno zewnątrz—jak i wewnątrzpochodnemu. Widzimy więc, że naogół ten okres stanowi niejako przejście od fizjologicznych, pospolicznych, do niepowściągliwych wymiotów ciężarnych. Olbrzymia większość przypadków trwa pewien czas w tym okresie, przyczem wraz z rozwojem ciąży następuje całkowite wyleczenie. Z 200 przypadków wymiotów nadmiernych, obserwowanych w klinice frankfurckiej do 90% nie wyszło poza ten okres.

Są jednak liczne przypadki, gdy okres nadmiernej pobudliwości przechodzi w okres ciężkiego zatrucia, a zdarza się nawet tak, że ten ostatni rozwija się odrazu. Objawy chorobowe są tu dość poważne: uderza ogólna błądź chorej, czasami z odcieniem żółtaczkowym, wiotkość mięśni, znaczny spadek na wadze, który pg. Czyżewicza ujawnia się przy 2-krotnem ważeniu w 3-dniowym odstępie czasu. Tętno—przyśpieszone, czasami do 130; język—obłożony, suchy, foetor ex ore. Skargi nieraz na bóle w mięśniach, kościach i stawach. Obok niepowściągliwych wymiotów, obfity ślinotok. Wymioty trwają przez cały czas choroby, czasami ustępując na parę dni przed zejściem śmiertelnem. Mocz skąpy, zawiera małe ilości białka, natomiast dużo antonjaku, acetonu, kw. acetoctowego, kw. β oxymasłowego, urobiliny, leucyny, tyrozyny, w osadzie — często wałeczki.

Morfologiczne badanie krwi wykazuje znaczne przesunięcie obrazu Arneth'a na lewo, czyli wzmogoną leukocytozę, obojętnochłonną, wielojądrzastą. W najbardziej ciężkich przypadkach dołączają się objawy mózgowo: śpiączka, majaczenia. Czasami następuje samoistne poronienie.

Rozpoznanie *hyperemesis*, jak widzimy stąd, nie następcza większych trudności. Przedewszystkiem należy wyłączyć wymioty wtórne, objawowe, towarzyszące różnym chorobom, zarówno związanym z ciążą, jak i zupełnie od niej niezależnym. Należą tu wymioty, znamienne dla okresu przedzrucawkowego, wymioty

przy spastycznym skurczu dróg żółciowych podczas ciąży, dalej wymioty w rozmaitych chorobach zakaźnych, zatruciach, schorzeniach przewodu pokarmowego, chorobach mózgowych i oponowych, moczniczy, przewlekłym zapaleniu otrzewny, najczęściej na tle gruźliczem, i przy wielu innych sprawach chorobowych.

Po wyodrębnieniu pierwotnych niepowściągliwych wymiotów ciężarnych, należy jeszcze uświadomić sobie, z jaką postacią tej choroby ma się do czynienia, czy nie wkroczyła ona w okres ciężkiego zatrucia,

Zgoła nieusprawiedliwionym wydaje się nam popierany przez niektórych autorów podział nadmiernych wymiotów na prawdziwe i rzekome, zresztą zupełnie nieuwzględniony w poważnych pracach Seitz'a, Heinemana i Barsony'ego. Tło psychoneuropatyczne, które jest wskazywane jako najczęstszy moment etjologiczny hyperemesis spuria, — w większości przypadków da się wykryć również w typowych nadmiernych wymiotach ciężarnych o charakterze wybitnie zatruciowym — i stanowi tu współczynnik pomocniczy, usposabiający i wyzwalający chorobę.

Wspominaliśmy już, że w r. 1890 Kaltenbach skłonny był sprowadzić wszystkie bez wyjątku przypadki hyperemesis do etjologii psychopochodnej. Niektórzy znów zaliczają do hyperemesis wymioty z podrażnień otrzewny, w cierpieniach żołądka i t. p. chorobach, nie mających nic wspólnego z hyperemesis gravidarum.

Jako najważniejszy moment różnicowy pomiędzy hyperemesis vera a spuria, wskazywano na brak objawów zatruciowych w postaci rzekomej (brak acetonu w moczu, brak typowych zmian w obrazie morfologicznym krwi). Badania jednak Seitz'a dowiodły niezbicie, że wzmóżona bilirubinemia i urobilinuria, jako jeden z wczesnych objawów zatruciowych, dają się wykryć w każdym przypadku hyperemesis, nawet w tych wczesnych okresach, gdy poza niepowściągliwymi wymiotami brak jakichkolwiek objawów samozatrucia. Z drugiej strony, wymioty nadmierne, niezależnie od etjologii, prawdziwe czy rzekome, mogą same przez się doprowadzić — wcześniej czy później, do wygłodzenia organizmu, do trawienia przez ustrój własnego białka, a co zatem idzie — do zjawienia się w moczu składników patologicznych w postaci ciał ketonowych, dużej

ilści amonjaku i t. p. Obecność tych składników niekoniecznie świadczy o zatruciu, spostrzegamy je bowiem zawsze w moczu głodomorów, niemniej stanowi objaw bardzo poważny, o wysoce ujemnem znaczeniu prognostycznym i upoważnia do bardzo energicznego postępowania leczniczego.

Dziwną pozatem wydaje się okoliczność, dlaczego wymioty u chorej z hyperemesis spuria miałyby występować tylko w ciąży, i to w pierwszej jej połowie, o ile tło ma być pochodzenia wyłącznie psychopochodnego, a momenty etiologiczne charakteru zatruciwego nie odgrywałyby tu żadnego znaczenia. Wszak już pospolite wymioty ciężarnych (emesis gravidarum) w świetle najnowszych badań są również objawem zatrucia ustroju.

Możemy więc najwyżej mówić o dwóch okresach choroby, jak to robi Seitz, okresie nadmiernej pobudliwości i okresie ciężkiego zatrucia, lecz nie o dwóch odrębnych jednostkach chorobowych, o zupełnie odrębnej etiologii.

Przystępując do sprawy leczenia *hyperemesis gravidarum*, musimy przedewszystkiem zastanowić się, jak zapobiec samozatruciu ustroju ciężarnej kobiety, szczeg. takiej, która już w czasie poprzedniej ciąży zapadała na hyperemesis, oraz gdy ma się do czynienia z konstytucją neuropatyczną, usposabiającą do wybuchu choroby. Zalecamy więc w takich wypadkach od samego początku ciąży: spokojny tryb życia, zmianę otoczenia, wyjazd na wieś, dłuższy pobyt na powietrzu, umiarkowany ruch oraz najważniejsze — dietę wybitnie węglowodanową przy jaknajmniejszej ilości białka i tłuszczów — oszczędzamy w ten sposób narządy odtruwające. Godną uwagi jest okoliczność, że sam organizm ciężarnej broni się przeciwko nadmiarowi białka i tłuszczów w pożywieniu, dzięki częstej idiosynkrazji ku mięsnym i tłustym potrawom.

Aby zaspokoić potrzebę ustroju ciężarnej, podajemy jej kw. solny w kroplach oraz związki wapnia (najlepiej w połączeniu z żelazem, np. Ca. phosph z Ferr. lact. w postaci pigułek). Z preparatów narządowych autorzy francuscy zalecają wyciągi z ciała żółtego (Luteoglandol, Sistomensinę), inni znów tyreoidynę w tabl. — wychodzą bowiem z założenia, że *hyperemesis* jest następstwem hypofunkcji ciała żółtego, wzgl. gruczołu tarczowego. Pozatem wskazane jest podawanie preparatów bromowych, aby obniżyć pobudliwość układu nerwowego.

Rzecz jasna, że z chwilą stwierdzenia nadmiernych wymio-
tów u ciężarnej postępowanie zapobiegawcze nie wystarcza.
W pierwszym rzędzie kierujemy naszą uwagę na możliwe unie-
szkodliwienie jądów, zatruwających organizm chorej. Wchodzą
tu w rachubę przedewszystkiem podskórne i dożylnie wlewania
płyru Ringera, zalkalizowanego nieco mocniej przez dodanie
sody, lub też wlewania zwykłego płynu fizjologicznego. Kirs-
tein zastrzykiwał dożylnie, podobno z powodzeniem, 5 cm³ 10%
hipertonicznego roztworu soli kuchennej, a po pewnym czasie
podawał per os 3 proszki po 0,5 gr. tej soli.

Zbawienny wpływ na zбочoną przemianę materji wywie-
rają duże półlitrowe wlewania dożylnie cukru gronowego, który
w ciągu 5—6 dni, włg. obserwacji Hardinga i Potta, powo-
duje zahamowanie rozpadu białka ustrojowego, a co za tem idzie
odkwaszenia krwi.

Aby przyspieszyć ten proces odkwaszenia krwi, Talheimer
zapropozował w r. 1924 jednocześnie podawanie cukru grono-
wego i insuliny. Organizm otrzymuje doraźnie duże ilości wę-
lowodanów, ulegających łatwo szybkiemu spalaniu we krwi,
dzięki podawanej jednocześnie insulinie, rozpad zaś białka ustro-
jowego natychmiast ustaje. W ciężkich przypadkach hyper-
remesis Talheimer stosował dożylnie wlewanie 200—300 cm³
cukru gronowego, a w kwadrans później zastrzyk insuliny — do-
chodził do łącznej dawki dobowej 1 litr roztworu cukru grono-
wego i 10—30 jednostek insulinowych. King dawał na każde
2½ grama cukru 1 jednostkę insulinową. Z 9 ciężkich przypad-
ków hyperremesis, traktowanych przez Barsony'ego zapomocą
wlewań cukru gronowego i jednoczesnych zastrzyków insuliny —
w 8 osiągnięto całkowite wyleczenie przy szybkim cofnięciu się
daleko posuniętych objawów toksycznych; w 1 tylko przypadku
nastąpiła śmierć, mimo przerwania ciąży — było to do przewi-
dzenia, gdyż mocno dodatni, szybko występujący odczyn bez-
pośredni Hijman van — den Bergh'a utrzymywał się bez wahań
przez szereg dni; zawartość bilirubiny ciągle wzmagala się, prze-
kraczając 2½ jednostki; zawartość zaś cholesteryny we krwi
spadła do 0,1%.

Niemniej ważna jest kwestja odżywiania chorej. Większość
autorów, aby uniknąć drażnienia żołądka, zaleca na pierwsze

kilka dni całkowitą głodówkę, zastępując karmienie ławatywkami kroplowymi z płynu Ringera lub soli fizjologicznej z dodaniem 1 łyżki alkoholu i 2 łyżek cukru; rzecz celowa dodanie 1 — 2 gr. bromku potasu. Dittermanowi udało się na takiej głodówce utrzymać ciężko chorą z hyperemesis przez 21 dobę i doprowadzić do wyleczenia.

Dużą uwagę należy zwrócić na psychikę chorej; b. często dokładne zorientowanie się lekarza w stanie lękowym pacjentki i odpowiedni wpływ psychoterapeutyczny doprowadzić może do wybitnej poprawy. Widoki powodzenia idą w parze z autorytetem i zdolnościami sugestywnymi lekarza. Statystyka niektórych lekarzy, np. Wintera, pod tym względem wygląda imponująco — należy jednak oceniać je cum grano salis, gdyż gros wypadków hyperemesis pod wpływem kilkudniowej głodówki ulega samostnemu wyleczeniu, przez wzmożenie odporności organizmu. Każdej chorej z hyperemesis należy bezwzględnie doradzać zmianę otoczenia i przeniesienie do zakładu leczniczego — tylko w warunkach klinicznych bowiem chora o usposobieniu psychoneuropatycznym daje się ująć w karby i łatwiej ulega wpływowi lekarza.

Leczenie objawowe polega przedewszystkiem na obniżeniu pobudliwości układu nerwowego, głównie zapomocą preparatów bromowych, validolu i innych. Doświadczenie jednak wykazuje, że w większości przypadków hyperemesis chora nie toleruje żadnych leków, podawanych per os, zwłaszcza bromowych, o smaku dość przykrym. Podawanie w ławatywce nie jest zbytnio pewne. Za najbardziej celowy sposób uważam praktykowaną stale z dobrem powodzeniem na oddz. Dra Natansona w każdym niemal przypadku hyperemesis dożylną injekcję 10 gr. 10% Calc. brom., czyli 1 gr. bromu. Zastryk ten powtarzamy codziennie i prawie zawsze obserwujemy natychmiastowe uspokojenie wymiotów, które trwa przez kilka godzin. Aby nie przeładowywać organizmu bromem, a jednocześnie podtrzymywać stan uspokojenia po zastrzyku dożylnym bromu, radzę na podstawie własnego doświadczenia zastryk ten wykonywać codziennie z rana, w południe zaś stosować zastryk domięśniowy medinalu (Scheringa), bardzo dobrze znoszonego przez chore. Środki te można stosować naprzemian przez dłuższy czas z bardzo dobrym wynikiem

lecniczym. Pamiętać należy, że chodzi tu bardzo często jedynie o zwłokę, o wypoczynek dla wyniszczonego organizmu. Zmniejszenie pobudliwości nerwowej i kilkudniowa głodówka wystarczy częstokroć do opanowania sprawy chorobowej.

Są atoli przypadki nadmiernych wymiotów, wprawdzie niezbyt częste, gdzie leczenie zachowawcze zawodzi. Mamy wówczas obraz ciężkiego zatrucia ciążowego, które omówiliśmy szczegółowo w symptomatologii klinicznej *hyperemesis*, a który upoważnia nas do przerwania ciąży, jako *ultimum refugium*. Zbyt często widzimy nieogłędne i nieuzasadnione wskazania do przerwania ciąży w przypadkach *hyperemesis*, gdzie samo przewiezienie chorej do zakładu i kilkudniowe postępowanie zachowawcze daje świetne wyniki. Nie należy jednak przesadzać *in plus* i stawiać wskazanie dla przerwania ciąży dopiero wówczas, gdy stan ogólny chorej przedstawia się beznadziejnie, a narządy wewnętrzne ujawniają stan daleko posuniętych zaburzeń. Uważam więc, że nie wolno wyczekiwać, aż będą takie objawy krańcowego zatrucia, jak szybkie, nieregularne tętno, podniesienie t^0 , foetor ex ore, śpiączka, majaczenia, delirium i t. p. Nie należy też zapominać, że bynajmniej nie czas trwania nadmiernych wymiotów stanowi o niebezpieczeństwie i stopniu natężenia sprawy chorobowej.

Obok obserwacji klinicznej niezastąpione usługi przy decydowaniu o przerwaniu ciąży z powodu *hyperemesis* oddają badania biochemiczne. Mocno dodatni, szybko występujący, odczyn bezpośredni *Hijman—van—den—Bergh'a* na bilirubinę, utrzymująca się przez szereg dni wysoka jej zawartość we krwi, określona zapomocą kolorymetru; *hypocholesterynaemia*, zmiany w moczu, właściwe dla stanów charłacznych (aceton, kw. aceto-octowy, kw. β -oxy masłowy, dużo amonjaku, urobilina, leucyna, tyrozyna) oraz dla zwyrodnienia mięłszowego nerek (wałeczki), obserwowany z dnia na dzień spadek na wadze, znaczne przesunięcie obrazu *Arneth'a* na lewo przy wymiotach niepowściągliwych, nie poddających się opanowaniu przez szereg dni — dają łącznie bezwzględne, usprawiedliwione, wskazanie do przerwania ciąży. O ile do tych objawów dołączają się wyżej wspomniane objawy kliniczne krańcowego zatrucia, to z przerwaniem nie należy zwlekać minuty.

Wskazać jeszcze należy pozatem metodę Freya, polegającą na badaniu azotu resztkowego w surowicy krwi oraz obciążeniu ustroju cukrem gronowym (20 gr. per os); następnie czynnościową próbę wątroby zapomocą tetra-chlor-fenoltaleiny, zalecaną przez lekarzy amerykańskich—zarówno jedna, jak i druga, mają służyć do oceny stopnia zatrucia ciążowego i określania właściwego momentu dla ewentualnego przerwania ciąży.

O ile chodzi o statystykę przypadków hyperemesis, w których dojść musiało do przerwania ciąży, to przedstawia się ona dość pocieszająco.

Winter podaje wśród 63 przypadków, leczonych z powodu nadmiernych wymiotów ciężarnych — 8 przypadków leczniczego przerwania ciąży, w tem 3 z wynikiem śmiertelnym, gdyż interwencja nastąpiła zbyt późno.

Heinemann z 55 przypadków hyperemesis przerwał ciążę tylko w 2 przypadkach, Nurnberger z 14 przypadków w jednym; wyników niepomysłnych zarówno jeden, jak i drugi, nie notują.

Przez oddział D-ra Natansona, w okresie od 1926 — 1930 r. włącznie, przeszło 17 chorych z hyperemesis gravidarum, większość w stanie dość ciężkim. Ciążę przerwano w 4 przypadkach. Wszystkie chore wyszły zdrowe z wyjątkiem jednej, którą wypisano nazajutrz po przybyciu na oddział w stanie beznadziejnym na żądanie rodziny.

Zestawiając powyższe, widzimy, że nadmierne wymioty ciężarnych przy odpowiednim postępowaniu leczniczem dają rokowanie naogół dobre, a bezwzględne wskazanie do przerwania ciąży powinno być w leczeniu hyperemesis zjawiskiem wyjątkowym, wynikiem dokładnych badań laboratoryjnych i uważnej obserwacji klinicznej, przyczem gdy trzeba, — zabieg ten wykonany być winien we właściwym czasie, aby się stał naprawdę celowym.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1. *L. Seitz*. Schwangerschaftstoxikosen. (Biologie u. Patbol. des Weibes. B. VII. I).
2. *Tb. Heynemann*, Uber die Prognose u. die Indicationsstellung zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Hyper. Gravid. (Zentr. f. Gyn 1928 S. 2417).

3. *E. Barsoony*. Über Toxizitätsgrad u. Behandlung der Hyper. Gravid (Zentr. f. Gyn. 1928 S. 1251).
4. *King*. Glykose and Insulin in the treatment of the vomiting of pregnancy (Journ. amer. med. assoc. 1926 S. 1417).
5. *Winter*. Die Indikationen zur Künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft (Urb. u. Schwarc 1918).
6. *Czyżewicz A.* Położnictwo — wykłady kliniczne.

Z Oddziału otolaryngologicznego i płucnego (Ordynator: L. Lubliner)
i z Prosektorjum Szpitala (Kierownik: M. Płoński).

Z kazuistyki raków tchawicy.

Podali

L. Lubliner i M. Płoński.

Raki tchawicy są naogół dość rzadkie. Według zestawienia C. Harta i E. Mayera¹⁾ dotychczas opisano szczegółowo około 50 przypadków raków tchawicy. W większości przypadków raki te spostrzegano u starszych mężczyzn; usadawiają się one w środkowym i dolnym odcinku tchawicy, rozrastają się przeważnie z części błoniastej, niszcząc stopniowo ściankę tchawicy; dość często naciekają tkanki i narządy otaczające — gruczoły limfatyczne, naczynia krwionośne, przełyk, tarczycę. Dalekie przerzuty raków tchawicy są bardzo rzadkie.

Z wielu względów pouczający jest też przypadek raka tchawicy, który poniżej podajemy:

Dn. 30.7.30 przybyła do Szpitala na oddz. V-ty 24-letnia panna. Od 2-ch miesięcy miewała ataki duszności, które stale się wzmagaly; przed miesiącem zauważyła krew w płwocinie. Przedtem nigdy na płuca nie chorowała.

St. ob.: Nad płucem prawem oddech ledwo słyszalny na całej przestrzeni, a w górnej części zupełnie zniesiony. Tętno serca głucho. Badanie krtani wykazuje porażenie prawej struny głosowej prawdziwej. Tylne ściana tchawicy (część błoniasta) wypina się ku światłu tchawicy. Głos słaby, nieco ochrypły, bezdźwięczny; chora niechętnie odpowiada na pytania. Odruchy rogówki zniesione. Sinica w nieznacznym stopniu.

1.VIII-30 chora była badana rentgenologicznie, prześwietlenie wykazało powiększenie gruczołów przytchawicowych i przyoskrzelowych.

Tegoż dnia chora zmarła po kilku atakach bardzo silnej duszności.

Wynik badania pośmiertnego (Protokół sekcyjny L. p. 1298).

Carcinoma partis inferioris tracheae. Metastases lymphoglandularum tracheobronchialium, lymphoglandularum profun-

¹⁾ Handb. d. spez. path. Anat. u. Histol., Henke-Lubarsch T. III/1.

darum dextr. colli. Metastases durae matris et ossis parietalis sin. Pneumonia hypostatica lobi inf. pulmonis utriusque. Adhaesiones fibrosae pleurae dextrae. Tonsillitis follicularis. Venostasis renum. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Thymus persistens.

Budowa prawidłowa, odżywienie niezłe; skóra blada, gładka, napięta.

Czaszka ciężka, z lewej strony w okolicy ciemieniowej mocno zrosnięta z oponą na niewielkiej przestrzeni: po oddzieleniu zrostów widać na powierzchni wewnętrznej pokrywy czaszki okrągławy ubytek wielkości monety 1-złotowej, o brzegach nierównych, wypełniony miękką, szaro-różową tkanką nowotworową. (P. ryc. 1)



Ryc. 1.

Wewnętrzna powierzchnia pokrywy czaszki; z prawej strony u dołu (kość ciemieniowa lewa) przerzutowe ognisko nowotworowe.

Opona twarda gładka, napięta; w miejscu zrostu z czaszką widać tylko na jej powierzchni zewnętrznej niewielkie ognisko miękkiej tkanki nowotworowej.

Sródpiersie przednie zawiera mało tkanki tłuszczowej; w górnej części, po nad rozwidleniem tchawicy, znajduje się niewielki, spoisty guz, o granicach niewyraźnych i o powierzchni dość gładkiej.

Grasica zachowana.

Oplucna prawa w mocnych zrostach, lewa wolna.

Tarczycza mała, dobrze odgraniczona, spoista, na przekroju błyszcząca, ziarnista.

Migdałki niewielkie, płaskie, zawierają na przekroju liczne białawe czopy.

Przełyk pusty, o śluzówce gładkiej, bladej, o ściance miękkiej, ruchomej, niezrosniętej z otaczającymi tkankami.



Ryc. 2.

Tchawica widziana z tyłu, tylna ścianka tchawicy rozcięta, w głębi widoczna śluzówka z ubytkami, poprzeczne zarzasy chrząstek w dolnej części niewidoczne.

Tchawica w górnej i środkowej części odpowiednio szeroka, o śluzówce bladej, gładkiej, błyszczącej; zarysy chrząstek wyraźnie widoczne poprzez śluzówkę. W dolnej części światło tchawicy dość znacznie zwężone, ścianki przerosnięte przez spoiste masy nowotworowe, otaczające całkowicie ten odcinek tchawicy. Nowotwór zajmuje na przedniej ścianie przestrzeń długości 5 cm., a na tylnej ścianie 4 cm. (p. ryc 2 i 3) Dolna granica nowotworu leży 2 cm. powyżej rozwidlenia tchawicy. Ścianka tchawicy, przerosnięta nowotworem, jest na przekroju blada, spoista, ziarnista, i ma grubość 1 cm. Na



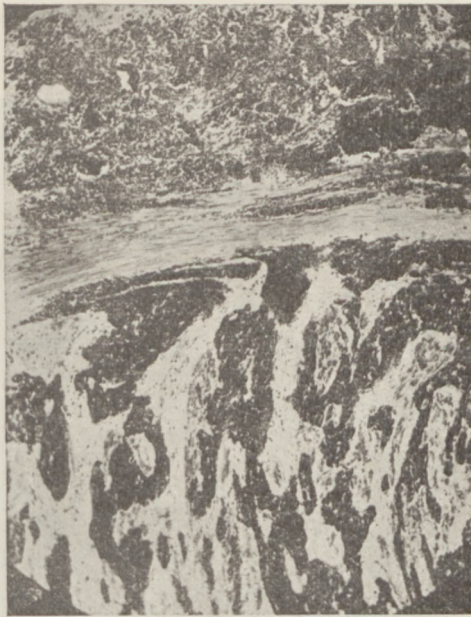
Ryc. 3.
Tchawica widziana z przodu, w dolnej części guz i powiększone gruczoły.

całej przestrzeni zajętej przez nowotwór śluzówka tchawicy jest zrosnięta z guzem, postrzępiona, szaro różowa, miejscami sina z licznymi drobnymi ubytkami, szczególnie na przedniej ścianie; zarysy chrząstek są niewidoczne. Z przodu i z boku nowotwór jest zrosnięty z tkanką otaczającą. Gruczoły limfa-

tyczne przyoskrzelowe i wnątkowe są znacznie powiększone, spoiste, na przekroju blade, zrośnięte z nowotworem i z tkankami otaczającymi, z trudnością dają się wypreparować. Gruczolę szyjowe, głębokie, są powiększone, szczególnie po stronie prawej; gruczolę pod — i nadobojczykowe prawe są znacznie powiększone, spoiste, na przekroju blade, ziarniste.

Płuca dość ciężkie szczególnie w dolnych płatach, na przekroju w górnych częściach wiotkie, powietrzne, w dolnych spoiste, zalewają się ciemnym, mało powietrznym, mętnawym płynem.

Badanie mikroskopowe guza tchawicy, gruczolów limfaticznych oraz wycinków z pokrywy czaszki i opony twardej dało następujące wyniki.

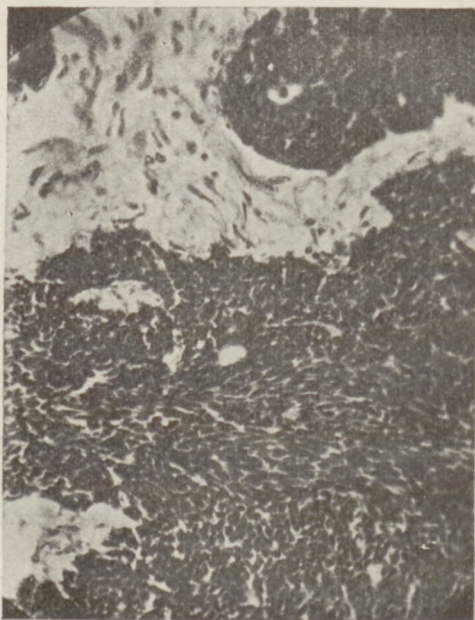


Ryc. 4.

Obraz mikroskopowy wycinka z dolnej części tchawicy, (śluzówka, nacieczona elementami nowotworowymi, w dole rozległe masy nowotworowe, przeraśnięte głębsze warstwy ścianki, ciemne ogniska komórek nowotworowych wyraźnie odcinają się od jasnego podścieliska.

Guz tchawicy składa się z rozległych, różnokształtnych ognisk nowotworowych, leżących wśród obfitego podścieliska. Komórki nowotworowe są drobne, miejscami cylindryczne, przeważnie owalne lub podłużne, o bardzo skąpej, prawie niewidocznej zarodki, o jądrach ciemnych, okrągławych lub podłużnych; figury podziału są dość liczne. Na obwodzie ognisk

nowotworowych, zaródź komórek jest obfitsza, granice wyraźniejsze — bliżej do środka ognisk układ komórek staje się chaotyczny, a wygląd ich bardziej różnokształtny, nietypowy. Wewnątrz ognisk często widać drobne, okrągławe lub owalne pola, niebarwiące się zupełnie lub też zawierające nieznaczną ilość jednolitej masy, barwiącej się dość mocno eozyną. Najczęściej masa ta tworzy wąskie pasmo, leżące na obwodzie i bezpośrednio przylegające do komórek otaczających; miejscami wydaje się, że masa ta jest częścią składową (zarodzią?) komórek otaczających. Komórki nowotworowe, leżące na obwodzie, układają się promienisto, a zresztą są podobne do innych komórek. Podścielisko nowotworu składa się z tkanki łącznej z dość licznymi włóknami klejodajnymi; w tych miejscach, gdzie ogniska nowotworowe są drobniejsze i gęściej skupione obok siebie, tkanka łączna pomiędzy ogniskami jest często szklisto zmienna. (P. ryc. 4 i 5)



Ryc. 5.

Obraz mikroskopowy nowotworu pod dużym powiększeniem: granice pomiędzy ogniskami komórek nowotworowych i podścieliskiem bardzo wyraźne, (z lewej strony w górze), w środku jasna, owalna niezabarwiona przestrzeń, z prawej strony w górze druga z ciemniejszym tworem w środku.

Budowa śluzówki tchawicy w okolicy guza i jej granice są zupełnie zatarte, śluzówka jest nacieczona elementami nowotworowymi, naogół podobnymi do wyżej opisanych; komórki

nowotworowe są tu jeszcze drobniejsze, a układ ich bardzo chaotyczny; miejscami leżą w drobnych skupieniach podobnych do tworów gruczolowych. W głębszych warstwach ścianki tchawicy elementy nowotworowe wraz z swem podścieliskiem leżą pomiędzy resztkami poszczególnych warstw; gdzie niegdzie widać ogniska tkanki chrząstnej, niekiedy dobrze zachowane, otoczone elementami nowotworowymi, w kilku miejscach widać tylko drobne resztki chrząstki.

W wycinkach z gruczolów limfatycznych, opony twardej i pokrywy czaszki widać podobne elementy nowotworowe; wśród resztek tkanek normalnych leżą ogniska drobnych, ciemnych komórek, otoczone własnym podścieliskiem, jak w guzie głównym.

We wszystkich wycinkach charakter komórek nowotworowych jest mało zróżniczkowany; miejscami jednak wygląd komórek świadczy wyraźnie o pochodzeniu nabłonkowym guza; przemawia również za tem stosunek ognisk nowotworowych do podścieliska.

Guz należy tu zaliczyć do raków, pochodzących z komórek podstawnych nabłonka — z komórek mało zróżniczkowanych i posiadających rozległe możliwości rozwojowe; w nowotworze opisanym istnieje skłonność do wytwarzania okrągławych lub owalnych cylindrycznych przestrzeni. (p. w.) Rozpoznanie histologiczne: *Carcinoma basocellulare, cylindromatosum.*

Śród raków tchawicy rozróżniamy makroskopowo następujące postacie:

1. płasko naciekającą ściankę tchawicy,
2. guzowatą, dobrze odgraniczoną, wystającą do światła,
3. nieregularną, guzkowatą,
4. brodawczakowatą.
5. o kształcie polipów.

Śród nich najrzadsza jest postać 5-a: w przypadkach opisanych guzy miały makroskopowo wygląd łagodnych polipów (nieraz wykrztuszonych podczas kaszlu). Najczęstsza jest postać 1-sza. Podany tu przypadek trudno jest włączyć w ramki którejkolwiek z wymienionych postaci. Rak rozrastał się guzowato nazewnątrz tchawicy; od strony wewnętrznej ściana była płasko nacieczona elementami nowotworowymi. Zwężenie światła tchawicy wystąpiło pośrednio pod wpływem guza, który od zewnątrz uciskał zniszczoną ściankę tchawicy. Wraz z stopniowym zwężeniem się światła jej wzmagala się duszność chorej. Rozpad śluzówki tchawicy, nacieczonej elementami nowotworowymi, powodował krwioplucie.

Na szczególną uwagę w opisanym przypadku zasługują poza tem jeszcze dalekie przerzuty raka (w czaszce), spostrzegane bardzo rzadko w przypadkach raków tchawicy — oraz bardzo młody wiek zmarłej (24 lata).

Z pracowni chemiczno-bakterjologicznej szpitala na Czystem
(Kierownik: J. Dworecki)

Hemogram Schillinga w zapaleniu wyrostka robaczkowego.¹⁾

Pod ała

Marja Landau

Schilling w dziele o zastosowaniu obrazu krwi w badaniach klinicznych podaje wiele przykładów znamiennej ewolucji w stanie ostrym i przewlekłym zapalenia wyrostka robaczkowego.

W ciągu kilku lat badań w tej dziedzinie, w pracowni diagnostycznej szpitala, zdobyliśmy dość duży materiał kliniczny własny, aby uzupełnić niektóre dane Schillinga.

Celem badań było tu sprawdzenie:

1) czy istotnie istnieje zależność między przebiegiem klinicznym a stanem hemogramu (liczba leukocytów w 1 mm³, obraz krwi);

2) czy istnieje równoległość między ciepłotą, tętnem a zmianami obrazu krwi;

3) czy hemogram jest bardziej subtelnym i klinicznie bardziej miarodajnym wskaźnikiem zmian w organiźmie, niż wahania ciepłoty i tętna, czy — jako znamię w ewolucji — wyprzedza inne objawy kliniczne;

4) czy zdarzają się przypadki nietypowe, wzl. niezgodność hemogramu ze stanem klinicznym;

5) i wreszcie, czy i jak dalece można opierać rokowanie, wzgl. wskazania do zabiegu, na podstawie hemogramu.

Według Schillinga wyrazem zależności między stanem chorobowym a liczbą leukocytów i całym obrazem krwi jest tu w 1-ym rzędzie absolutne powiększenie białych ciałek krwi, ze wzrostem liczby obojętnochłonnych, przyczem obok postaci o jądrach dojrzałych (podzielonych) spostrzega się nadmierną (zależnie od ostrości sprawy) liczbę postaci młodszych (form o jądrach pałeczkowatych (normalnie do 4%) postaci młodszych i myelocytów, w normalnej krwi niespostrzeganych. Jest to t. zw „przesunięcie

¹⁾ Składam tu podziękowanie panu dr-wi J. Dworeckiemu, kierownikowi pracowni, za zachęte i pomoc w pracy tej oraz wszystkim pp. chirurgom oddziału II B i II C za dostarczenie odpowiednich przypadków do opracowania.

wzoru wlewo“, które łącznie ze zmniejszoną liczbą limfocytów i eozynochłonnych znamionuje fazę o tendencji myeloidalnej, walki organizmu z czynnikiem chorobotwórczym. Gdy działanie bodźca, wywołującego te zmiany, ustaje, następuje faza limfocytowa czasu zdrowienia: liczba leukocytów wraca do normy, w obrazie krwi widzimy zmniejszoną liczbę obojętnochłonnych (przyczem zanika regeneracyjne przesunięcie jąder, wzrasta natomiast liczba limfocytów i eozynochłonnych). Przejściowo daje się jeszcze często zauważyć wzrost monocytów — odpowiadający klinicznie przełomowi — i uważany przez Schilinga, jako III czas monocytowy przełomu.

To prawo trójfazowe zostało sprowadzone przez hematologów niemieckich, w pierwszym rzędzie Hoffa i Müllera, także do stanów fizjologicznych. Bieg leukocytozy i obraz krwi w stanach fizjologicznych jest ten sam w głównych zarysach, co w stanach patologicznych. Różnica jest tu raczej natury ilościowej niż jakościowej. Np. praca fizyczna, duży wysiłek mięśniowy, przebiegają z neutrofilją i lekkim przesunięciem wlewo. W spokoju mięśniowym następuje z kolei spadek leukocytozy i limfocytoza w obrazie krwi. Podobnie przedstawia się hemogram w okresach fizjologicznych ciąży i menstruacji.

Już w r. 1900 zwrócił uwagę Japha, nast. Arneth, na wahania, jakim ulega liczba leukocytów w ciągu dnia u jednego i tego samego osobnika. Wahania te przebiegają (A. Kobryner) w postaci krzywej falistej, okresowo powtarzają się. W stanach fizjologicznych liczba leukocytów waha się u jednego i tego samego osobnika w granicach od 4000-10000 (krew brana co godzina naczczo). Podanie pokarmu nie ma wpływu na przebieg leukocytozy. Kobryner, ani następnie F. Müller, który stwierdził również falistość przebiegu leukocytozy w stanach fizjologicznych, nie badali jednocześnie obrazu krwi. Można z niejakiem prawdopodobieństwem przypuścić, że w okresie wznoszenia się fali występuje obraz krwi o tendencji myeloidalnej, przeciwnie opadaniu fali towarzyszyć będzie nieznaczna limfocytoza i eozynofilja. Różnice nie występują tu w sposób tak jaskrawy, jak w stanach chorobowych. Jak wytłumaczyć tę okresową fizjologiczną leukocytozę z następczą leukopeniją?

Obecnie większość badaczy widzi w leukocytozie odbicie stopnia napięcia układu wegetatywnego, którego czynność, jak

wiadomo, jest zależna od centralnego układu nerwowego z prawdopodobnym ośrodkiem w międzymózdz. Hoff stwierdził, że leukocytoza, wywołana u królika przez zastrzyk bakteryjny, nie dochodziła do skutku, gdy przecięto drogi nerwowe ośrodkowe; Rosenow wywołał doświadczalnie leukocytozę przez nakłócia okolicy międzymózdz. Do tych samych wniosków doszedł F. Müller: badając wahania liczby leukocytów we krwi obwodowej, stwierdził, że każdorazowemu zwężeniu naczyń pochodzenia współczulnego towarzyszy leukocytoza, odwrotnie — rozszerzeniu i zwiększonej sekrecji — leukopenja.

Zależność pomiędzy układem roślinnym, wzgl. czynnikami, mającymi nań wpływ, a leukocytozą i obrazem krwi, można w zarysach przedstawić w sposób następujący. Wzrostowi leukocytów na obwodzie i przewodzie w obrazie krwi tendencji myeloidalnej (wzrost obojętno-chłonnych ze zmniejszeniem liczby limfocytów i eozynochłonnych) odpowiada w układzie nerwowym zwiększone napięcie układu współczulnego z jednoczesnym zakwaszeniem tkanek i przewagą jonów Ca. Natomiast leukopenja wraz z tendencją limfatyczną w obrazie krwi daje odwrotne ustosunkowanie (przewaga układu parasympatycznego, zwiększony zasób zasad, przewaga jonów K).

Należy jeszcze raz podkreślić, że przedstawione wyżej ujęcie hemogramu, jako ogniwa wśród wielu innych zjawisk biologicznych, przebiegających w pewien określony sposób, zarówno w stanach fizjologicznych jak i patologicznych, jest zbyt schematyczne. Niektóre przypadki, niżej przytoczone, mogą być tego dowodem.

U 55 chorych wykonano 440 badań, w ciężkich przypadkach codziennie, w stanach przewlekłych co kilka dni. Zgodnie z doświadczeniem Kobrynera i szeregu innych autorów (o nieistnieniu leukocytozy trawiennej), nie uwzględniliśmy czasu brania krwi. Liczbę białych ciałek obliczano w komorze Türka; wzory badano według Schillinga, barwiono barwnikiem May — Grünwalda i Giemsy.

W czasie ostrego stanu zapalnego wyrostka robaczkowego (jak zresztą podczas wszelkich ostrych spraw zapalnych) widzimy w hemogramie dużą liczbę białych ciałek krwi, znaczne przesunięcie „wlewo“ wzoru z zanikiem eozynochłonnych. Mechanizm powstawania ropienia tłumaczy się, jak wiadomo, silnym miejscowym zakwaszeniem tkanek, wywołanem

przez czynnik chorobotwórczy, a niewyrównaniem przez ustrój. Wg. Mossakowskiego stopień zakwaszenia ropy zależy od rodzaju drobnoustroju, przyczem objawy kliniczne występują tem burzliwiej im większe jest zakwaszenie ogniska miejscowego. Kwasicą, jak wyżej wspominaliśmy, wpływa na wzmożoną produkcję białych ciałek szpiku kostnego. Wg. Schadego (który spostrzegal poza organizmem wędrówkę leukocytów w kierunku najsilniejszej koncentracji jonów wodorowych) ognisko zapalne, będąc jednocześnie miejscem najsilniejszego zakwaszenia, działa chemotaktycznie na leukocyty. — O ile więc, przy niezbyt podwyższonej temperaturze ciała, stwierdzimy dość znaczną leukocytozę z dużym przesunięciem „wlewo“, można taki obraz uważać za znamię istniejącego ogniska ropnego.

Leukocytoza będzie oczywiście tem znaczniejsza, im silniejszą staje się sprawa zapalna, im większą obejmuje przestrzeń. Sprawy, szerzące się na dużej przestrzeni, dobrze chłonej, nprz. otrzewny, znajdują we krwi obwodowej odbicie swe naogół w stopniu bardziej znacznym niż ograniczone ognisko ropne.

Hirszfeld i Kothe obserwowali, np. w app. perforativa leukocytozę do 60000-190000.

Liczby, przez nas ustalone, wahały się od 15-35000.

Aby ułatwić i zestawić wnioski praktyczne z oceny naszego materiału hematologicznego, uważaliśmy za celowe wyodrębnić następujące postaci klinicznego przebiegu *appendicitis*.

- 1) *Appendicitis simplex (catarrhalis)*;
- 2) *Appendicitis acuta plastica (lub abscedens) cum peritonitide localisata*;
- 3) *Appendicitis acuta cum peritonitide generalisata*.

Przytoczymy tu po kilka przypadków typowych i nietypowych. Największe odchylenie w przebiegu hematologicznym spostrzegaliśmy w przypadkach app. acuta cum peritonitide generalisata; z liczby tych podajemy tu tylko 5 przypadków. Wskazujemy tu też jeden przypadek appen. simplex; pozostałe dawały mniej więcej tensam obraz krwi.

Przejdziemy teraz do omówienia poszczególnych przypadków:

I. F. I. 16. Zachorowała nagle. Bóle brzucha, wymioty, temp. 38,8°. Stan obecny: t. 38 4; tętno 100; język wilgotny, obłożony, brzuch wzdęty, wybitne napięcie mięśni po prawej stronie. W okolicy kątnicy nacieki wielkości męskiej pięści.

T a b l i c a 1.

Hemogram tego dnia 20000; tętno 100; t° 38,4 nazajutrz rano 8600; tętno 120; t° 37,3	Z. E.	Obojętnochłonne				L. T. FpT
		M.	Ml.	Pał.	Śg.	
o o	o o	o	1,3	27,4	57,4	7,2 6,4 0,3
o o	o o	4,5	28	35,5	18,5	9 3,5 1

Przesunięcie jąder w obojętnochłonnych aż do myleocytów wskazuje na groźny stan zapalny (peritonitis?), a spadek ogólnej liczby b. ciałek da się wytłumaczyć zahamowaniem działalności wytwórczej narządów leukotwórczych przez zbyt silne działanie bodźca. Hemogram zbiegł się z innymi objawami klinicznymi; w dniu badania chora poczuła nagle silne bóle u kątnicy; wymioty; brzuch był twardy, napięty, bolesny. [Rozp. kliniczne app. perforativa. — Zabieg wykonany tego dnia ujawnił w jamie otrzewnej dużą ilość płynu surowiczoroznego (gęstą ropę) w okolicy Douglasa: powierzchnia jelit była w ostrym stanie zapalnym. W miejscu wyrostka masa zgangrenowana. -

Hemogramy z dnia od 11/6 — 20/6 znamionują nieznaczną tendencję ku polepszeniu sprawy (przesunięcie odrodcze jąder w komórkach obojętnochłonnych zmniejsza się) natomiast hiperleukocytoza i aneozynofilia przemawiają za nieukończoną sprawą ropną lub za powstaniem nowego ogniska ropnego.

T a b l i c a 2.

B. c. krwi	Temp.	Z. E.	M.	Ml.	Obojętnochłonne			
					Pał.	Śg.	L. F.	FpT.
11 6 24000	37,6	o o	0,5	13 5	47, 24 5	7,5 6	1	
12 6 23000	37	o o	o	4,5	17 67	6 5,5		
13/6 24000	37,2—37,4	o o	o	0,5	13,5 76,5	4 5,5		
14 6 18600	37,4—37,6	o o	0,4	0,8	17,4 72,4	8 3,6	0,4	
15 6 24800	37,8	o o	o	0,8	18,2 61	12,4 7,6		
16 6 27500	37,6	o o	o	o	13 6 67,2	13,6 5,6		
17 6 23400		o o	o	0,4	10,8 60,4	21,2 6,8	0,4	
19/6 22000	37,2—38,2	o o	o	1	10,5 63,	18 7,5		
20 6 17000		o o	o	o	6 68,5	20 5	0,5	

Istotnie dn a 20/6 stwierdzono u chorej zapalenie płuc wysiękowe. Hemogramy od 20 6 do 29 6 znamionują lekki przebieg zapalenia i stopniowe polepszenie stanu chorej, zgodnie najzupełniej z danymi klinicznymi.

II. Z. lat 42. Rozpoznanie app. acuta purulenta. Przybył do szpitala w stanie ciężkim. Zachorował nagle; silna gorączka, bóle brzucha, wymioty, zatrzymanie stolców i wiatrów. St. obecny: wyniszczony, t. 39°, tętno 120, słabo napięte. Język suchy, obłożony. Brzuch silnie wzdęty, cały bolesny, powłoki napięte, szczeg. po prawej str. brzucha. Per rectum wyczuwa się naciek duży, zajmujący małą miednicę. Następnego dnia pogorszenie, leukocytoza tego dnia 8600 b. c. (wzoru nie określono). Wobec groźnych objawów klinicznych wykonano zabieg (laparotomię). Stwierdzono, że powierzchnia cienkich jelit była w stanie zapalnym, kątnica przyrośnięta do bocznej ściany brzusznej. Przy wyłączeniu kątnicy z małej miednicy ujawniono gęstą cuchnącą ropę, również między boczną ścianą brzucha a kątnicą. Wyrostka nie odnaleziono. Po operacji stan wciąż groźny, zamroczenie. Wymioty kałowe, język suchy, brzuch wzdęty, bez wiatrów i stolców, temp. normalna. Hemogramy, brane kilka dni po operacji:

Tablica 3.

B. c. krwi	Z.	E.	Obojętnochłonne				L.	F.	FpT.
			M.	Ml.	Pał.	Sg.			
22/3 17080	o	o	o	o	16,5	76,5	5	1,5	0,5
23/3 11140	o	o	o	o	26	63	6	5	
21/4 17800	o	o	0,5	3,2	62,5	25	5	3,5	

Wieczorem dnia 24/3 chory zmarł.

III. A. lat 22. Przybył do szpitala w stanie bardzo ciężkim z objawami zapalenia otrzewnej po przebicciu wyrostka roboczkowego. Zachorował nagle przed 5-u dniami. Bóle napadowe brzucha, z wymiotami. Ciężota wysoka, brak stolców i wiatrów. Mocz oddaje z trudem. St. ob.: budowa prawidłowa, odżywienie dobre, język zlekka obłożony, t° 37,5, tętno 135, miarowe, miernie wypełnione. Brzuch wzdęty, bolesny, zwł. kątnica. Słumienie w okolicy kątnicy.

Tablica 4.

Hemogram: B. c. krwi	Z.	E.	M.	Obojętnochłonne			L.	F.
				Ml.	Pał.	Seg.		
15800	o	o	o	1	24,5	71	3	0,5

Z zabiegiem czekano ze względu na przewlekły bieg sprawy (6-y dzień choroby). Niebawem chory oddał mocz i gazy, tętno wieczorem lepsze -- 120, bardziej wypełnione, język wilgotny.

Nazajutrz r a n o samopoczucie chorego lepsze, temp 37,2
tętno 120.

Tablica 5.

Hemogram r a n o	B. E.	Obojętnochłonne				L.	F.
		M.	Ml.	Pał.	Sg.		
9425	o o	0,5	2,5	37,5	39	11	9,5

O godz. 18-ej tego dnia stan znacznie gorszy, wymioty, tętno przeszło 140. Zabieg; w jamie brzusznej dużo cuchnącej ropy; w małej miednicy wyrostek zropiały, u wierzchołka przebity.

Nazajutrz stan b. ciężki: t. 38,9, tętno 140; język suchy, wymioty.

Tablica 6.

Hemogram	B. E.	Obojętnochłonne.				L.	F.	FpT.
		M.	Ml.	Pał.	Sg.			
7000	o o	2	5	21	53,5	5,5	12,5	0,5

Na 3-i dzień po operacji chory zmarł.

Hemogramy brane w ciągu tych 2 dni

8/5 temp. 39,3; tętno 140, L—5800

9/5 „ 38,9; „ przeszło 140, L—9700

Tablica 7.

	B.	E.	Obojętnochłonne				L.	F.
			M.	Ml.	Pał.	Sg.		
8/5	o	o	2	6	45	27,7	9,7	9,6
9/5	o	o	2,5	7	35	40	12,5	3

IV. B. zachorowała nagle z objawami zapalenia wyrostka robaczkowego, po 2 dniach skierowana do szpitala. Stan obecny: budowa prawidłowa, odżywienie mierne. T. 37,5, tętno 120. Brzuch wzdęty, silne napięcie mięśni po stronie prawej. Duża bolesność z dotyku.

Tablica 8.

Hemogram L—30000	B. E.	Obojętnochłonne				L.	F.	FpT.
		M.	Ml.	Pał.	Sg.			
	o o,6	o	o	20	57,3	16,6	4,9	0,6

Nie czekano z zabiegiem. Stwierdzono: znaczną ilość cuchnącej ropy w małej miednicy, wyrostek zgangrenowany.

Hemogramy, brane po operacji, dały tu ze względu na zmniejszającą się leukocytozę oraz zanikające przesunięcie

„w lewo“ w ciałkach obojętnochłonnych — a przedewszyst-
kiem dzięki trwałej obecności eozynochłonnych — dobre
rokowanie.

Istotnie przebieg pooperacyjny był bardzo dobry.

V. L., lat 28, został w nocy skierowany do szpitala z po-
wodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego z przebieciem,
do operacji. W szpitalu zrazu zabiegu nie wykonano. Stan
obecny (dnia następnego): budowa, odżywienie dobre. Brzuch
wzdęty, cały bolesny, szczeg. po str. prawej. Powłoki napięte,
język wilgotny, nieobłożony. Blumberg dodatni; bolesne od-
dawanie moczu. T. 37,8, tętno 90—100.

Hemogram (w godzinę przed operacją).

Tablica 9.

		Obojętnochłonne						
L.	B.	E.	M.	Mł.	Pał.	Sg.	L.	F.
15750	o	o	o	o	16,5	69,5	4,5	9,5

Po otwarciu jamy brzusznej spływała gęsta ropa: wy-
rostek na zwykłym miejscu, w części środkowej zgorzel
i otwór (w tym kamień kałowy); gęsta ropa w małej miednicy.

Nazajutrz po operacji b. osłabiony, przytomny, temp. nor-
malna, tętno 90, brzuch wzdęty, bolesny; wiatry nie odchodzą;

Tablica 10.

Hemogram:		B.	E.	M. Mł. Pał. Sg.			L.	F.	
6900		o	o	o	1,5	27	44	11,5	16

W ciągu następnych dni temp. nadal normalna, tętno 80,
dobrze napięte, miarowe. Samopoczucie dobre. Brzuch wciąż
wzdęty i twardy. Gazy skąpe. Piątego dnia zmarł. Hemo-
gram w przeddzień śmierci wykazał normalną ilość leukocytów:

Tablica 11.

L.	Zas.	E.	M. Mł. Pał. Sg.			L.	F.	
9500		o	o	o	13,5	54,5	10,5	21,5

Sekcji nie było.

Gdy zestawimy powyższe przypadki appendicitis perfora-
tiva, widać, że pierwszy z nich przebiega w sposób typowy, opi-
sany niejednokrotnie (Schilling, Bauer, Volk i inni), a mianowi-
cie z hiperleukocytozą, aneozynofilją, hiperneutrofilją z dużem
odrodczem regeneracyjnem przesunięciem jąder, do myelocytów

włącznie. Objaw ten jest w zgodzie z innymi objawami klinicznymi, ciepłotą, tętnem, nadczułością uciskową, wahaniami samopoczucia. W przypadku Nr. II przebieg hemogramu był taki, jak w przypadku Nr. I, lecz przesunięcie regeneracyjne jąder nie występuje tu w sposób tak wybitny, jak się tego spodziewać należało (ogólny ciężki stan chorego). Podkreślić należy, że hiperleukocytoza i hiperneutrofilja utrzymały się w stanie agonalnym przy normalnej ciepłocie.

W hemogramie Nr. III zaznaczyć należy przewagę obrazu krwi, jako objawu znamiennego, nad innymi klinicznymi. Hemogram rano, w okresie pozornego polepszania się stanu chorego, wykazywał w porównaniu z hemogramem z dnia poprzedniego, szeregienie się stanu zapalnego (obecność myelocytów — peritonitis diffusa), a spadek liczby leukocytów jest wskaźnikiem załamania się sił obronnych organizmu i daje rokowanie najgorsze. Poza tym przebieg, jak w przypadku Nr. I.

Przypadek Nr. IV należy do nietypowych: tu obraz kliniczny wyprzedził obraz krwi (brak przesunięcia „w lewo“ w ciątkach obojętnochłonnych), zastanawiająca obecność eozynochłonnych — przy dość dużej leukocytozie. Przebieg pooperacyjny w tym przypadku był bardzo dobry. Rany goją się szybko, brak powikłań.

Przypadek Nr. V należy do bardzo rzadkich. Już w pierwszym hemogramie, przed operacją, zastanawiająca była liczba monocytów wobec klinicznie złego stanu. Następne hemogramy wykazywały dalszy wzrost % i bezwzględny monocytów i limfocytów, przy leukocytozie normalnej i zmniejszającym się przesunięciu jąder oraz aneozynofilji. Objaw ten, jak i inne, tętno dobre, t.^o normalna, samopoczucie dobre, był w rozdzwisku z takimi danymi, jak brzuch wzdęty, twardy, cały bolesny. Przypadki, w których ciężkie zapalenie otrzewnej, wywołane przebicciem wyrostka robaczkowego, przebiega bez podniesionej ciepłoty i leukocytozy, nie są tak rzadkie. W r. 1922 opisał Schilling 2 ropne zapalenia otrzewnej, w których w badaniu klinicznym nie stwierdzono groźnego stanu. Jedynym wówczas objawem peritonitis było wzmagające się przy normalnej liczbie leukocytów przesunięcie „w lewo“ obojętnochłonnych. W naszym przypadku było, poza brakiem leukocytozy, zahamowanie aparatu obojętnochłonnego (brak form regeneracyjnych) i wzrost monocytów, co stanowi jego odrębność.

Przechodzimy teraz do omówienia przypadków bez widocznego zapalenia otrzewnej.

VI. Chora P., lat 16. Objawy wystąpiły nagle: silne bóle brzucha, gorączka, nudności. Budowa, odżywienie dobre. Powłoki brzuszne miernie napięte, odruchy żywe po lewej str., po prawej słabe. Pod prawym łukiem zebrowym bolesność znaczna.

T a b l i c a 12.

Hemogram	L.	1300	B. E.	Obojętnochłonne				L.	F.
				M.	Mł.	Pał.	Sg.		
			0 0,5	0	2	28	49	13,5	7

Hemogramy w ciągu dni następnych wykazują stopniowe zmniejszenie stanu zapalnego. Opadanie liczby białych ciałek krwi, mniejsza liczba obojętnochłonnych, zanik form młodych i stopniowe narastanie eozynochłonnych. Zmiany te lepiej dają się zauważyć w liczbach bezwzględnych. Procentowo nie zawsze dadzą się uwidocznić. Tak np. 13 6 — przy ogólnej liczbie leukocytów 4550-eozynochłonnych było 0,5%, t. j. 23,5; 14 6 leukocytów 5100 — 1,5% eozynochłonnych czyli 76,5; 16 6 L. 6050 — 1 5% eozynochł., czyli 90 75; 17 6 6800 — 2% eozynochł., czyli 136; 18 6 7300 — 2% eozynochł. czyli 146. Liczba limfocytów w tym, jak i w innych naszych przypadkach % wzrasta, po przeliczeniu na liczby bezwzględne widzimy, że nie ulega większym zmianom. W hemogramach codziennych u tejże chorej uderza w zestawieniu ze stanem klinicznym objaw z a n i k a n i a, bądź też p o w i ę k s z a n i a się e o z y n o c h ł o n n y c h, przyczem objaw ten wyprzedza znacznie w czasie inne oznaki gorszego, bądź na zmianę, lepszego stanu. Tak np. w czasie od 1 6 — 6 6 samopoczucie było lepsze, napięcie mięśniowe nieco osłabło, temp. cały czas normalna, tętno od 80—90. Hemogramy z tych dni:

T a b l i c a 13.

		B.	E.	Obojętnochłonne				L.	F.
				M.	Mł.	Pał.	Sg.		
2 6	13050	0,25	1,75	0	0,5	15,5	53	20,5	8,5
3 6	15700	0	0	0	0,5	10,5	67,5	18	3,5
4 6	13450	0	0	0	0	9,5	65	22,5	3
6 6	14150	0	0	0	0	6	69,5	21	3,5

6 6 nagle pogorszenie, naciek w okolicy lędźwiowej znacznie większy; od 6 6—11 6 chora czuje się niedobrze, bóle znaczne. Stolców nie oddaje; t. 37,4 — 39, tętno 100 — 110 słabe, mia-

rowe. Wbrew tym danym klinicznym hemogramy w tym czasie wykazują stałą tendencję do poprawy, brak hiperleukocytozy i hiperneutrofilji z odrodczem przesunięciem jąder; eozynochłonne ukazują się. Istotnie od dnia 13/6 następuje wyraźne polepszenie. Ciepłota ciała normalna, tętno dobre. 27/6 zabieg: wyrostek przyrośnięty z kątnicą do tylnej ściany jamy brzusznej. Po wyłączeniu kątnicy ukazała się niewielka ilość ropy.

VII. Z., lat 55. Pierwszy napad bólów przed tygodniem. Obecnie bez bólów. W kątnicy naciek wielkości małej mandarynki, temp. 37,2, tętno 104 na 1'. Hemogram 12900.

Tablica 14.

		Obojętnochłonne				L.	F.
B.	E.	M.	Ml.	Pał.	Sg.		
0,5	1,5	0	0	10	64,5	16,5	7

Następne hemogramy wskazują dobitnie okres poprawy, zwiększenie eozynochłonnych i zmniejszenie obojętnochłonnych, przy jednoczesnym spadku białych ciałek krwi.

Tablica 15.

		B.	E.	M.	Ml.	Pał.	Sg.	L.	F.
11/7	t. 36,6	9250	0 1,5	0	0	13,5	57	18	10
12/7	37,2	5650	0 1,5	0	0	12,5	65	15,5	5,5
16/7	norm.	4400	0 5,5	0	0	10,5	55	25,5	3,5
18/7	„	3600	0 5,5	0	0	5,5	49,5	36	3,5

Gdy przeliczymy otrzymane liczby procentowo na liczby bezwzględne, to zauważymy, że w porównaniu z pierwszym okresem silnego natężenia choroby mamy w okresie podostrym znamienne zmniejszenie ilości obojętnochłonnych z zanikiem regeneracyjnego przesunięcia jąder oraz wzrost eozynochłonnych.

Limfocytoza — mimo pozornego wzrostu liczby limfocytów — utrzymuje się na poziomie poprzednim. W zabiegu stwierdzono niewielką ilość ropy u wierzchołka wyrostka; przebieg pooperacyjny dobry.

VIII. B., l. 25. Przed 6 tyg. pierwszy typowy napad bólów brzusznych z gorączką do 38,5°. W szpitalu przebywał dwukrotnie, raz 6 dni; wówczas brano krew codziennie — potem wypisano go do domu. Po miesiącu wrócił do szpitala, tu usunięto wyrostek: duże zrosty. Hemogramy w okresie ostrego nasilenia sprawy wskazywały ostry stan zapalny, o szybkiej poprawie.

Tablica 16

	B.	E.	Obojętnochłonne				L.	F.
			M.	Ml.	Pał.	Sg.		
L—14000	o	o	o	2	20,5	52	16,5	9
nazajutrz 10000	o	o	o	0,5	14,5	64,5	12	8,5
4-go dnia 6000	o	0,5	o	0,5	10	63	17	9

p- miesiącu (dzień przed operacją)

Tablica 17

L. 6300	B.	E.	Obojętnochłonne				L.	F.
			M.	Ml.	Pał.	Sg.		
	o	3,5	o	o	4	59	30	3,5

Jak widzimy, przebieg obrazu krwi jest tu taki, jak w przyp. VI-ym.

IX) P. 1. 16, przybył ze szpitala w Brześciu, gdzie przebył 6 tyg. z powodu ostrego zapalenia wyrostka. Wyniszczony, t. 37,6; brzuch zapadnięty, w okolicy kątnicy naciek prawie w całym talerzu małej miednicy. Hemogramy co kilka dni, w przeciągu 3 miesięcy, wskazywały, jak w przypadku VI-ym, tę samą skłonność do wyprzedzenia innych objawów klinicznych.

Np od 20/6—10/7 temp. normalna, naciek wciąż mniejszy, jedynie w okolicy Poupart'a chelbotanie. Samopoczucie dobre. Natomiast trwająca cały czas znaczna leukocytoza: 15000—20000, z miernym przesunięciem „w lewo“ obojętnochłonnych oraz zanikiem eozynochłonnych, przemawiała za tworzeniem się lub nieznikaniem ogniska ropnego. Stosunkowo nieznaczne przesunięcie regeneracyjne jąder jest dobrym znakiem. Istotnie, 10/7 — w okolicy Poupart'a — ujawniono małe ognisko ropne. 29/7 znaczne pogorszenie, t. — 37, 2 — 37,8 — 39; tętno 90 — 100. Brak stolców, brzuch wzdęty; ponowne cięcie w okolicy Pouparta nowego ogniska ropnego nie ujawniło.

Leukocytoza i neutrofilja nadal znaczne. Obecność jednak eozynochłonnych (0,5 — 1%) i małe przesunięcie regeneracyjne jąder w obojętnochłonnych przemawia za umiejscowieniem sprawy ropnej. Przebieg potwierdził słuszność wskazań hemogramu. Kątnica wraz z wyrostkiem była w silnych zrostach, wyrostek leżał poza jelitem ślepym, wtłoczony w tkanekę łączną, pokrywającą talerz miednicy.

X. M., l. 4, skierowana do szpitala z rozpoznaniem: app. acuta. Z prawej strony brzucha naciek, wielkości dużej po-

maranńczy. T. do 39. W ciągu 4 tyg. w szpitalu proteino-
rapja; naciek znikł. W zabiegu stwierdzono zmiany w krezce,
była krucha, pokryta ropnymi granulacjami; ropień u wierz-
chołka.

Hemogram w stanie ostrego nasilenia choroby:

Tablica 18

	B.	E.	M.	Ml.	Pał.	Sg.	L.	F.
temp. — 37:	L.	15400	0	0	21	65	9	5
po miesiącu przed poeracją								
temp. norm. L.	10050	0	1	0	0	1.5	69	24,5 4

XI. L. lat 32. Dwa dni przed przybyciem do szpitala silne bóle w okolicy prawego dołu biodrowego. T do 37,5, tętno 120. Brzuch wzdęty, silne napięcie mięśni po stronie prawej, połączone z dużą bolesnością; tu wyczuwał się guz wielkości dużej pięści, twarde i bolesny.

Leukocytoza 18000 (wzoru nie określono), nazajutrz t. 37,2, tętno — 90, bóle słabsze.

Tablica 19

Hemogram	22000	B.	E.	M.	Ml.	Pał.	Sg.	L.	F.
		0	2	0	0,5	26	51,5	12,5	7,5

W ciągu 2 następnych dni liczba leukocytów w hemogramach większa, eozynochłonne zanikają, w obojętnochłonnych duże przesunięcie w lewo. (3-7% post. młodocianych). Laparotomia; wypuszczono dużą ilość cuchnącej ropy, przebieg pooperacyjny dobry.

XII. D. lat 17, zachorował nagle przed 3-ma dniami. Silne bóle brzucha w prawym dole biodrowym, Wymioty, zaparcie stolca, brak wiatrów, temp. do 38. W szpitalu ustalono zapalenie otrzewnej, przystąpiono do zabiegu. Hemogram przed operacją wykazywał przy temp 38,2 tętno 110.

Tablica 20

L.	15300	B.	E.	obojętnochłonne				L.	F.
				M.	Ml.	Pał.	Sg.		
		0	1,5	0	0	9.5	73	10,5	5,5

W jamie brzucha surowiczo-ropny płyn, sieć w stanie zapalnym, ropa w łożysku wyrostka: ten w ostrym stanie z a-

palnym, przyrośnięty wierzchołkiem poza jelitem ślepem do ściany miednicy. Przebieg pooperacyjny dobry; hemogramy znamionują stałe polepszenie.

XIII. K. lat 19. Objawy pierwsze przed 4 miesiącami. St. ob.: bolesność nieznaczna w okolicy prawego dołu biodrowego, bez objawów nacieku. Temp. norm., tętno dobre.

Hemogram 2 dni przed zabiegiem:

Tablica 21.

		Obojętnochłonne					
L.	B. E.	M.	Mł.	Pał.	Sg.	L.	Mon.
5650	o 2,5	o	o	4,5	65,5	22	5,5

Zabieg ujawnił zrosty o charakterze zapalnym.

XIV. R. lat 25. Do szpitala przybyła z bólami brzucha i temp. 37,5; opór w okolicy prawej strony. Po 2 dniach temp. norm. Zabieg: krezka skurczona i nacieczona, wyrostek napięty i zaczerwieniony. Hemogramy przed zabiegiem wykazywały normalną leukocytozę.

Tablica 22.

		Obojętnochłonne					
L.	B. E.	M.	Mł.	Pał.	Sg.	L.	F.
10000	o 2	o	o	7	62	22	7

Widzimy tu analogię z hemogramem Nr. 13.

XV. K. lat 20. Przybył do szpitala ze skargami na bóle w brzuchu: kilka dni przedtem pierwszy napad bólów w prawej okolicy brzucha, temp. wówczas do 37,4. Obecnie temp. norm., nieznaczna bolesność i napięcie mięśni w prawym dole biodrowym. Hemogramy przed operacją nie wskazywały stanu zapalnego: normalna leukocytoza, bez przesunięcia, była wskazaniem przeciw zabiegowi. Mimo to wykonano operację, która wykazała słusność obrazu krwi wbrew klinicznemu objawom.

XVI przypadek jest podobny do poprzedniego:

Dziecko, lat 10, dostało kilka dni przed przybyciem do szpitala — typowego napadu, z gorączką do 38°. Hemogram wskazywał znaczną eozynofilję—9,5% i dość znaczną limfocytozę—41%, bez zmian w przesunięciu jąder w komórkach obojętnochłonnych i bez leukocytozy.

Było to dowodem, że w danym przypadku napad, poprzedzający chorobę, nie mógł być wywołany zapaleniem wyrostka robaczkowego; przesunięcie jąder w b. c. obojętnochłonnych powraca wraz z zanikaniem stanu ostrego szybko do normy, jednak

nie spostrzegano dotąd, by liczba eozynochłonnych mogła tak nagle podskoczyć. W zabiegu stwierdzono wyrostek bez zmian.

XVII. S. lat 24, miewała dwukrotnie typowe napady appendicitis (gorączka), wymioty, nudności, zaparcie stolców, bóle w prawym dole biodrowym. W szpitalu bólów ani gorączki nie było. Nie było też zapalenia narządów rodnych. Hemogram podobny do Nr. 16 (6% eozynochłonnych), bez przesunięcia, był tu wskazówką przeciw operacji. W zabiegu nie stwierdzono zmian w wyrostku.

Gdy zestawimy te 3 ostatnie przypadki błędnego rozpoznania z przypadkami VIII, IX i X przebytego zapalenia wyrostka robaczkowego, to zauważymy, że na zasadzie hemogramów, branych w stanie zupełnego uspokojenia sprawy zapalnej, nie można stwierdzić, o ile się niema dokładnej wskazówki w wywiadach, że istotnie miało tu miejsce zapalenie wyrostka robaczkowego.

Co się tyczy wpływu wieku na leukocytozę i obraz krwi w wypadkach appendicitis, to zauważyliśmy, że istotny wpływ na hemogram ma jedynie nasilenie sprawy chorobowej — wiek nie odgrywa tu roli (doświadczenie nasze pod tym względem jest zgodne z zapatrywaniem Volka). Wypadek nietypowy (p. Nr. IV) zdarzył się u osobnika dorosłego; natomiast 2 przypadki appendicitis purulenta, z powikłaniami w postaci peritonitis diffusa, u dzieci w wieku lat 6 i 8, przebiegały naogół, jak w przypadkach Nr. I, t. z. z wysoką leukocytozą (17000—30000), aneozynofilją, przesunięciem jąder w komórkach obojętnochłonnych, aż do myelocytów włącznie. W obu przypadkach rychłe zjawienie się eozynochłonnych, mimo dużej ilości leukocytów i nadal utrzymującego się przesunięcia jąder, znamionowało w ciężkim klinicznie stanie chorych dobre rozwiązanie. Pomyślny przebieg choroby istotnie potwierdził w obu wypadkach wskazanie obrazu krwi.

We wszystkich przypadkach, badanych bezpośrednio przed operacją, nazajutrz lub kilka godzin po niej i wreszcie po paru dniach, spostrzegliśmy pewien typ w przebiegu hemogramów. Kilka przykładów unaoczni tę sprawę.

XVIII. B., lat 13, przybyła do szpitala 10/7; nagle objawy zapalenia wyr. robaczkowego: gorączka 38, bóle w prawym dole biodrowym; wymioty, zatrzymanie stolców. St. ob.: t. 37,2; tętno miarowe. Bolesne i napięte mięśnie w prawym dole biodrowym. Krew brano codziennie, począwszy od 13/7 do dnia operacji 19/7. W przeciągu tygodnia chora czuła się dobrze, gorączka ustąpiła.

Tablica 23

13/7	B. c. krwi	B.	E.	Obojętnochłonne				L.	F.
				M.	Mł.	Pał.	Sg.		
	6350	o	2	o	o	6	26,5	57,5	8

18/7 Dzień przed operacją

Tablica 24.

B. c.	B.	E.	Obojętnochłonne				L.	F.
			M.	Mł.	Pał.	Sg.		
5950	o	5,5	o	o	4,5	33,5	50	6,5

19/7 W godzinę po operacji

Tablica 25

B. c.	B.	E.	Obojętnochłonne				L.	F.
			M.	Mł.	Pał.	Sg.		
15.300	o	0,5	o	0,5	7,5	62,5	25	4

Tablica 26

23/7	B. c.	B.	E.	Obojętnochłonne				L.	F.
				M.	Mł.	Pał.	Sg.		
	9150	o	0,5	o	o	5	69	21,5	4

29/7 Operacja: Wyrostek w zrostach, zgrubiały, przekrwiony.

Rana goi się dobrze, bez powikłań

XIX. Sz. 1.14-przybył do szpitala 21/5; objawy zapalenia wyrostka, ciepota do 38°, wymioty, bóle w prawem podbrzuszu; 6 tygodni temu również napad. St. ob.; brzuch płaski, miękki, ból uciskowy w prawej połowie podbrzusza

W szpitalu samopoczucie dobre, gorączki nie było.

28/10 Operacja: wyrostek przekrwiony

Tablica 27

23/10	Hemogram	B.	E.	Obojętnochłonne				L.	F.
				M.	Mł.	Pał.	Sg.		
	8600	o	5.	o	o	1,5	36,5	51	6.
27/10	6300	o	6.	o	o	1,5	36,5	57,5	4.

28 10 2 godz. po oper.							
24950	o	0,5	o	1	19,5	60	15. 4
30 10 2 dni po oper.							
5000	o	2	o	0	12	47,5	31 7,5

XX G., l. 19, 229 przybył z rozpoznaniem app. acuta; w szpitalu dwukrotnie napady bólu z gorączką do 39°. Ból znaczny w okolicy coecum i pęcherza.

Brzuch wzdęty, bolesny, naciek. Po 3 tyg. zabieg: duże zrosty, wyrostek znacznie zmieniony, wydłużony, z naciekiem ropnym u wierzchołka.

Hemogram przed operacją:

Tablica 28

			Obojętnochłonne					
L. 10350	Z.	E.	M.	Ml.	Pał.	Sg.	L.	F.
	0,5	0,5	o	o	4,5	60	27,5	7
2 godz. po oper.								
L. 15000	0,5		o	o	o	14,5	70,5	12 2,5

We wszystkich przytoczonych wyżej przypadkach przebieg pooperacyjny był bardzo dobry, bez powikłań.

Jak widzimy, bezpośrednio po operacji mamy zawsze wysoką leukocytozę od 13-1800, przyczem we wzorze widać lekkie przesunięcie „w lewo“ w obojętnochłonnych, ze znacznem zmniejszeniem, rzadziej z zanikiem zupełnym, eozynochłonnych.

Po 2 dniach (gdy niema powikłań) leukocytoza i wzór wracają do normy. Zjawisko to — leukocytoza i obraz o tendencji myelinowej — bezpośrednio po operacji — jest w zgodzie z zaobserwowanym ostatnio przez Mossakowskiego faktem zakwaszenia ustroju podczas i czas jakiś po zabiegu operacyjnym.

Jeżeli w 2—3 dni po operacji leukocytoza nie wraca do normy, neutrofilja oraz aneozynofilja utrzymują się nadal, przyczem przesunięcie „w lewo“ w obojętnochłonnych może się zmniejszać — będzie to oznaką mogących tu nastąpić powikłań. (przyp. Nr. I)

A teraz zestawimy pod względem hematologicznym różnorodne klinicznie postacie appendicitis.

App. simplex (p.Nr. XV) daje naogół małe zmiany we krwi. Liczba leukocytów rzadko kiedy przekracza 15000, liczba eozyno-

chłonnych zmniejsza się, przeważnie jednak nie znika zupełnie (0,5 do 2%). W obojętnochłonnych widzimy nieznaczne przesunięcie na lewo (6—10 form o jądrach pałeczkowych). Według Volk'a, przy ilości form o jądrach pałeczkowych większej ponad 15%, należy myśleć o głębszych zmianach wyrostka. Postacie o jądrach młodocianych i myelocyty tu nie występują.

Postać kliniczna *App. acuta plastica* lub *abscedens* przebiega, że znacznie większą leukocytozą — 15000 — 25000 oraz neutrofilją wraz z dużym przesunięciem „w lewo“; liczba pałeczkowych powyżej 15%; zjawiają się postaci młodociane, myelocytów nie widać. (patrz Nr. VI VII RIII i XI).

Eozynochłonne zazwyczaj zupełnie zanikają. Granica między ciężkim stanem w *appendicitis plastica*, z miejscowym zapaleniem otrzewnej, a poczynającą się postacią kliniczną *appendicitis cum peritonitide generalisata*, jest oczywiście w obrazie krwi płynną. Zaznacza się ona wzmożoną liczbą leukocytów, z bardzo znacznym odrodczem przesunięciem jąder (myelocyty!!) w obojętnochłonnych. Eozynochłonne w ostrych stanach *app. acuta plastica*, jak i *gangraenosa*, zanikają. Spostrzegaliśmy jednak kilka przypadków (X, XI i XII), gdy — mimo ostrej formy zapalnej—komórki eozynochłonne utrzymały się, zauważyliśmy też, że we wszystkich tych przypadkach gojenie szło szybko, bez powikłań. Czy ta długo utrzymująca się eozynofilja może być wskaźnikiem łagodnego przebiegu sprawy chorobowej, wzgl. poczynającego się otorbienia ropni (we wszystkich naszych przypadkach np. VI, VII i X ropnie otorbione nie dawały dużych zmian we krwi)? Pytanie to wymaga obszerniejszej statystyki. Volk, Schilling nie wspominają o podobnych przypadkach. Przy zanikaniu sprawy zapalnej, odgradzaniu się ropni otoczka, krew wraca szybko do *no.my*—daje obrazu krwi, jak w *appendicitis simplex*. Co się tyczy limfocytów i monocytów to—jak wiadomo—Schilling uważa powiększenie ich liczby wraz z jednoczesnym wzrostem eozynochłonnych za właściwy objaw zdrowienia. Nasze doświadczenie wskazuje, że powiększenie liczby limfocytów nie jest istotne. Po przeliczeniu ich w odsetkach, na liczby bezwzględne, okazuje się, że liczba ich nie wzrasta w porównaniu z okresem silnego natężenia choroby. Volk również spostrzegał znaczną zmienność liczby limfocytów i nie uważa, by ich zwiększenie miało być znakiem

zdrowienia (w 2 jego przypadkach peritonitis w okresie agonalnym wystąpiła nagle znaczna limfocytoza). Co do monocytów, to raz jeden spostrzegaliśmy w okresie poczynającego się zdrowienia trzykrotny ich wzrost w porównaniu ze stanem ostrym choroby. Podobny przypadek w appendicitis opisał Hoff. Natomiast ani Bauer, ani Volk nie spostrzegali fazy monocytowej „przełomu“. Jak widzimy, sprawa udziału limfocytów i monocytów w czasie zdrowienia jest dotąd sporna. Najbardziej rątomiał znamienym i miarodajnym objawem pogarszającego się, wzgl. polepszającego, stanu — jest znikanie lub też narastanie liczby eozynochłonnych.

Według Schillinga eozynofilja jest odczynem układu leukotwórczego na czynniki zakaźne, wzgl. jady. Zjawisko zanikania eozynochłonnych we wszystkich stanach, przebiegających z zakwaszeniem ustroju (kwasicy cukrowej, uremji, stanach zapalnych ropnych etc), a wzrost w stanach, w których stwierdzono alkalozę (np. w wago-tonji, epilepsji), dają nam podstawę do przypuszczenia, że mamy, być może, w eozynofilji bardzo subtelny wskaźnik niewyrównanego Ph krwi. Rzecz jeszcze nie ustalona, czy przy pewnej określonej granicy zakwaszenia tkanek ustroju zostanie zahamowane tworzenie się eozynochłonnych, czy też jak przypuszcza J. Dworecki (praca dotąd nieogłoszona), na zasadzie badań pooperacyjnych, histologicznych wyrostka robaczkowego, ma się tu do czynienia z wybiórczem chemotaktycznym działaniem ogniska zapalnego (w myśl poglądów Jacobiego i Goldscheidera następuje tu przemieszczenie eozynochłonnych, aneozynofilja w naczyniach obwodowych i duże gromadzenie się ich w miejscu zapalenia tkanek). Po uspokojeniu się stanu zapalnego eozynochłonne komórki przedostają się z ogniska z powrotem do krwi obwodowej, stąd stale wzrastająca w okresie zdrowienia eozynofilja.

Wnioski:

1) Hemogram w appendicitis należy naogół uważać za objaw kliniczny bardziej elastyczny, a często bardziej miarodajny, wyprzedzający w czasie inne.

2) Podniesienie ciepłoty ciała i przyśpieszenie tętna przebiega zazwyczaj ze wzrostem leukocytozy. W appendicitis widzimy niekiedy przy niezbyt podniesionej ciepłocie znaczną leu-

kocytozę (20000); liczba ta wraz z obrazem krwi, o tend. myeloidalnej, wskazuje na istniejące ognisko zapalne, ropne.

Przypadki, w których hemogramy były w sprzeczności z innymi objawami klinicznymi, zdarzają się niezmiernie rzadko, należy zawsze jednak liczyć się z możliwością nietypowego przebiegu hematologicznego.

Wartość hemogramu w rokowaniu znajduje najszersze zastosowanie w przypadkach zapalnych ropnych, o ostrym przebiegu; rola zwiastuna pogorszenia, wzg. polepszenia, przypada w udziale komórkom eozynochłonnym oraz przesunięciu odrodczemu jąder w ciątkach obojętnochłonnnych.

4. *Appendicitis acuta cum peritonitide generalisata* znamionuje liczba leukocytów powyżej 20—30000, brak eozynochłonnnych i znaczne odrodcze przesunięcie jąder w obojętnochłonnnych do myelocytów włącznie.

5. W *appendicitis acuta cum peritonitide localisata* liczba leukocytów wynosi 15—20000, brak eozynochłonnnych, dość duże odrodcze przesunięcie jąder w komórkach obojętnochłonnnych, pozatem zjawiają się tu postacie młodociane, liczba form pałeczkowych do 15%—20%, bez myelocytów.

6. *Appendicitis simplex* — liczba leukocytów 10—15000; w obrazie krwi widzimy zmniejszoną liczbę eozynochłonnnych (0,5—2%), nieznaczne przesunięcie w lewo w komórkach obojętnochłonnnych. Liczba form o jądrze pałeczkowym nie przekracza 10—12%.

Ropnie dobrze odosobnione oraz sprawy pozapalne nie dają zmian we krwi.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Arnelb*. Qualitative Blutlehre
Arnelb Inkonstan des morphol. Blutbildes Kl. W. 30 1927 1431
2. *Bauer Bruns* Beitrage 1926 137 9130
3. *Ertlich Maria* Hematologja dziecięca
4. *F. Hoff* Kritik u praktische Bedeutung des Blutbildes
5. *Kobryner* O niestałości morf. składu krwi w zdrowieniu i chorobie
W. Cz. L. 1927.
6. *Kuncewicz* Wartość kl. bad. krwi metodą *Arneth—Schillinga*
7. *Schilling* Das Blutbild.
Schilling D. Med. Woch. 423 1922.
8. *Müller u Peteroon* Bedeutung der physiologischen Schwankungen.
9. *Volk* Ztschr. f. Chir. 1926 194.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 13 marca 1931 roku. (Ciąg dalszy).

Przewodniczył Natanson.

B. Erlich. Przypadek przedziurawienia macicy z wyciągnięciem jelita i sieci przez drogi rodne; leczenie operacyjne. (Z oddz. położniczego A. Natansona).

7.XI.30 przywieziono chorą M. Ł. (Nr. karty 1144) z powodu krwawienia z narządów rodnych. Chora była nieprzytomna, tętno niewyczuwalne; ogólny stan odpowiadał bardzo ciężkiemu wykrwawieniu. Ostatni peroid 5 miesięcy temu.

Badanie stwierdza wolny płyn w jamie brzusznej. Przez pochwę wystaje nazewnątrz kilkanaście centymetrów sieci brzusznej. Macica wielkości dużej pięści; sklepienia nieuszkodzone, cz. pochwowa przepuszcza palec do jamy macicy, w której wyczuwa się pętlę jelita. Poddano chorą operacji brzusznej. Stwierdzono obecność znacznej ilości krwi i skrzepów; w dnie macicy — uszkodzenie długości 3 cm., o brzegach równych. W otworze tym znajdowały się wyżej wymienione: pętla jelita i sieć brzuszna. Podwiązano sieć ponad macicą, odcięto ją poniżej przewiązki, poczem wyciągnięto sieć przez pochwę. Zwolniono jelito z macicy i odprowadzono je do jamy brzusznej. Otwór macicy zaszyto szwem lambertowskim. Zasztyto powłoki z pozostawieniem sączków. Przebieg pooperacyjny naogół niezły. Wstrzyknięto surowicę przeciwpaciorkowcową. W ciągu pierwszych 12 dni chora gorączkowała do 39^o, przy tętnie do 120. W końcu drugiego tygodnia stan się poprawił, a po czterech tygodniach wypisała się zdrowa z raną zagojoną zupełnie.—Należy przypuścić, iż powyższe uszkodzenie powstało podczas przerywania ciąży i że wykonane zostało narzędziem chwytmem, najprawdopodobniej abortcangą.

W rozprawie S o ł o w i e j c z y k, nie wchodząc w rozważanie mechanizmu powstania tu uszkodzenia macicy, zaznacza, że — analogicznie do ran postrzałowych klatki piersiowej, względnie i jamy brzusznej —, kiedy część płuca lub jelita może wypaść przez nieduży otwór, może też i przez względnie nieduży otwór w ścianie macicy wypaść nazewnątrz

jelito pod wpływem tylko ciśnienia wewnątrzbrzusznego. Tak samo sądzi i Lubelski. Natanson, przeciwnie, nie widzi tu analogii tych zjawisk patologicznych.

Płóńskier. Pokazy anatomopatologiczne.

1. Bardzo znaczne rozszerzenie łuku tętnicy głównej u kobiety 60-letniej na tle miażdżycy.
2. Całkowite zwapienie zastawki dwudzielnej u mężczyzny 26-letniego przy jednoczesnem wrzodziejącem zapaleniu zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej.
3. Guz czerniaczkowy na podstawie czaszki po stronie prawej u kobiety 50-letniej, której przed 10 laty wyluszczone prawą gałkę oczną.
4. Podwójna pochwa oraz podwójna macica u 24-letniej dziewczyny.

Kobryner. Pokaz chorej ze szmerem śledziony

W rozprawie Szour zwrócił uwagę, że wysłuchiwanie okolicy śledziony jest od pewnego czasu stale wykonywane na oddziałach chorób wewnętrznych. Szczególnie często wysłuchuje się szmery w przewlekłych sprawach zapalnych torebki śledziony, powstających na tle zawałów śledziony. Bywają one zazwyczaj szorstkie, chrapawe, ale bardziej delikatne i analogiczne do szmerów osierdziowych, nie zawsze mogą być różniczkowane jako takie. Nad śledzioną, a jednocześnie i nad wątrobą, można wysłuchiwać szmery w przypadkach schorzeń sercowych, jak niedostateczność ujścia żylnego prawego wzdędną, absolutna, w przypadkach niedomykalności zastawek tętnicy głównej, zrostów osierdziowych i t. p. Pozatem, analogicznie do choroby Basedowa, gdy nad wolem wysłuchujemy szmery wskutek nadmiernej przyspieszonej czynności serca, możemy również w odpowiednich okolicznościach szmery takiegoż pochodzenia niekiedy słyszeć i nad wątrobą, względnie nad śledzioną. Szour oponuje przeciwko wysuniętej koncepcji prelegenta, jakoby szmer śledzionowy przemawiał za guzem śledziony i pozwalał wyłączyć guz nerki, gdyż raczej guzy sąsiednich narządów, a więc i nerki, uciskając na tętnicę śledzionową, mogą ten szmer wywołać. Podobnie tętniaki tętnicy brzusznej oraz jej rozgałęzień mogą powodować szmery słyszalne w okolicy śledziony. Wszystko powyższe osłabia w znacznej mierze wartość rozpoznawczą szmerów śledziony. Landa u zaznacza, że szmery śledziony o charakterze tarcia występują dość często w perisplenitis podobnie, jak szmery wątrobowe w perihepatitis. W odpowiedzi Kobryner podkreślił, że w ramach pokazu³⁾ nie miał zamiaru, ani możności, rozwinąć teorii powstawania szmerów śledziony, — demonstro-

wanie chorej było wykonane jedynie w celu zwrócenia uwagi na istnienie podobnych szmerów i uznanie ich jako czynnika pomocniczego, rozpoznawczego, w diagnostyce guzów nerki, nadnercza i śledziony. Co się tyczy szmerów tarcia, to mogą one ustępować tylko podczas oddychania, gdy chodzi zaś o schorzenia sercowe, to prelegent specjalnie podkreśla, że od dłuższego już czasu wysłuchuje u wszystkich tych chorych okolicę śledziony, a rzadko kiedy stwierdza szmer śledzionowy.

Lubelski i Pomper. **Pokaz powtórny przyp. Gangrene foudroyante narządów płciowych po 1-ym czasie operacyjnym** (Streszczenie ukaże się po zakończeniu chirurgicznego postępowania leczniczego).

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 10 kwietnia roku 1931.

Przewodniczył Rotstadt.

J. Hauswirt. **2 przypadki gruźlicy skóry. Tuberculosis cutis colliquativa et verrucosa et dermatitis tuberculosa luposa.** (Z oddz. St. Markusfelda).

1. Chory lat 34, rolnik, zgłosił się na oddział z powodu bolesnego guza na pośladku lewym, rozwijającego się od 2 miesięcy. Podobne guzy mniejszych rozmiarów chory miewa od 10 lat.

Stan w dniu zgłoszenia. 16 III. Na pośladku lewym, w jego części górnej, wygórowanie guzowate, chelboczące, wielkości główki noworodka; skóra na nim napięta i niezmierniona. Na plecach, na wysokości 4-6 kręgu piersiowego, spostrzega się bliznę twardawą; na jej brzegu górnym mieści się ujście przetoki, wielkości grochu polnego; z ucisku wydobywa się z niej rzadka ropiasta treść. Blizny i przetoki o podobnym charakterze mieszczą się dokoła odbytu i na mosznie. Wielkość blizn, jak 2-5 złotych. Na grzbiecie stopy prawej oraz na jej brzegu przyśrodkowo-podeszwowym spostrzega się blaszkę z rozrostami brodawkowatymi, pokrytymi warstwą rogową.

Leczenie. Z ropnia wypuszczono dużo ropy i wprowadzono 20 cm³ emulsji jodoformowej i 1 cm³ roztworu Chlumskiego. W rozpoznaniu różnicowym mogłyby tu wejść pod uwagę: brodawki pospolite, brodawkowaty liszaj płaski, kila, grzybica drożdżowa, sporotrychoza, głęboka postać liszaja strzygącego oraz wilk pospolity.

2. Chora, lat 16. Na skórze pleców, ponad spojeniem łonowym, na udach i pośladkach, wykwitły kształtu obrączkowatego, koloru sino-czerwonego, wielkości od jaja kurzego do główki noworodka. Przy ucisku diaskopem stwierdza się

wiele guzków. Na dolnej części przedramienia prawego, obrzękłego i zniekształconego, widać 2 owrzodzenia od wielkości złotówki do 5 złotych, zrosnięte z podłożem, o dnie pokrytym bladą ziarniną, łatwo krwawiąca, z szaro-żółtym nalotem. Ruchy w stawie nadgarstkowym upośledzone.

W rozprawie Lubelski czyni zastrzeżenie, że oba przypadki należałoby nazwać nieco inaczej, gdyż w przyp. I-ym występuje również ropień opadowy, drążący z kręgosłupa, a w przyp. II-m ma się do czynienia ze zmianami stawu nadgarstkowego—tuberculosis cutis et ossium byłoby tu zatem bardziej odpowiednim rozpoznaniem.

Bieleńki. Przypadek powtarzającej się odmy samoistnej. (Pneumothorax spontaneus recidivans).

Chory N. L., lat 25, przybył do szpitala dn. 2.III 1931 r. z powodu klucia w boku prawym, duszności — szczególnie przy ruchach — i ogólnego osłabienia. Zachorował 15 II r. b. Po wypoczynku poobiednim chory pochylił się ku podłodze i od razu odczuł silne klucie w boku prawym oraz z przodu klatki piersiowej po tejże stronie; było to klucie o charakterze przesywającym ku łopatce. Wyszedł jednak jeszcze na ulicę, ale powrócił po kilku godzinach do domu z powodu silnej duszności i bólu w boku prawym. Nazajutrz z wzrastającą, jak podaje chory, dusznością wystąpił niepokój w okolicy serca, połączony z nadmiernem biciem. — Chory nie kaszle; był wogóle zdrowy; pochodzi z rodziny zdrowej; jako student politechniki często miał zajęcia praktyczne, związane z pracą fizyczną. Palił dość dużo. Przed 4 laty przechodził odmę samoistną prawostronną i wtedy przez czas jakiś gorączkował; był na wsi 4 tygodnie, świetnie się poprawił, dobry ten stan trwał do obecnej choroby.

St. ob.: Chory budowy prawidłowej, odżywienia dobrego. Pozostaje stale w pozycji pochylonej, podpierając się lewą ręką; nie gorączkuje; tętno 80, miarowe, oddechów 20 — na minutę. Przy opukiwaniu na całej połowie prawej klatki piersiowej, zarówno od tyłu — jak od przodu, odgłos bębenkowy, dochodzący z tyłu do 12 żebra, z przodu do 7 żebra u dołu; drżenie głosowe nieco osłabione. Przy wysłuchiwaniu — oddech wyraźnie amforyczny na całej przestrzeni; serce przesunięte znacznie wlewo, do lewej linii pachowej przedniej. Uderzenie koniuszkowe o 2½ palca wlewo od linii sutkowej. Tętno nieczyste, pierwszy ton rozdwojony. Na całej lewej połowie klatki piersiowej wypuk normalny, oddech nieco wzmożony. Wątroba macalna i bolesna, jak również okolica prawej nerki. Rtg., wykonany dnia 27.II i 10.III: płuco prawe zupełnie uciśnięte — szczególnie górny płat, płat zaś środkowy i dolny,

blizej linii środkowej i śródpierścia, jak również i serce, daleko przesunięte wlewo; płuco lewe bez zmian widocznych. W mo-
czu kale i krwi bez zmian; odczyn Biernackiego do 3 godzin;
Pirquet — ujemny.

Na zasadzie badań klinicznych oraz zdjęcia rentgeno-
wskiego rozpoznano odmę samoistną, powtórzną (pneumothorax
spontaneus recidivans), gdyż — jak widać ze zdjęcia Rtg.
w roku 1927 — i wtedy była odma samoistna. Ma się więc
do czynienia w danym przypadku z odmą samoistną, powta-
rzającą się u osobnika poprzednio zupełnie zdrowego, która
wystąpiła bez widocznego wysiłku. B. sądzi, że doszukiwanie
się w tych przypadkach etiologii gruźliczej jest poniekąd, jak
mniema i większość klinicystów, nieuzasadnione, gdyż 1) nie
stwierdza się w tych przypadkach ani klinicznie, ani rentgenolo-
gicznie gruźlicy; 2) nie obserwuje się tak często odmy samo-
istnej u chorych gruźliczych, gdzie są tak różnorakie i rozległe
zmiany w płucach oraz często kaszel męczący; 3) łagodne
i stosunkowo prędkie zanikanie sprawy chorobowej i powrót
do zupełnego zdrowia przemawia również przeciw etiologii gru-
źliczej. Należy natomiast przypuścić, że ma się w takich przy-
padkach do czynienia z jakąś anomalią konstytucyjną, z jakimś
wrodzonym osłabieniem i małą odpornością tkanki płucnej.
I. rzeczywiście — w danym przypadku odma się powtarza po
4 latach. Locke, Loufer i inni przytaczają analogiczne
przypadki powtarzającej się odmy. Przemawiają za powyższem
przypuszczeniem i fakty, podane między innymi przez Alt w o-
od'a — gdy odmy samoistne bywały u członków tej samej
rodziny, u ojca i syna.

W danym przypadku chory podczas kilkutygodniowego
pobytu w szpitalu znacznie się poprawił, duszność ustąpiła, od-
dech utracił charakter amforyczny — jest tylko na całej prze-
strzeni nieco słabszy. Rozdwojenie pierwszego tonu znikło,
a jak widać ze zdjęć kolejnych — serce powraca do normal-
nego swego położenia, płuco się rozpręża. Chory wogóle nie
kaszle, nie gorączkuje, wraca do zupełnego zdrowia.

W rozprawie Lubelski przytacza między innymi spo-
strzegany przezeń przyp. odmy samoistnej u gruźlika, za-
kończony całkowitem wyzdrowieniem. Me sz objaśnia szczegó-
łowo rentgenogramy danego przypadku i podkreśla, że przesu-
nięcie się linii powietrznej w lewo jest tu wynikiem ucisku
śródpierścia przedniego przez wypełnioną powietrzem opłucną
prawostronną. Jak wiadomo, śródpierście przednie, zarówno
jak tylne, zawiera dużo luźnej tkanki łącznej, przez co łatwo
ulegają one przesunięciu w lewo lub prawą stronę. Płuco na
ostatnim rentgenogramie wydaje się mniej ściśnięte z powodu
zrostów z przeponą.

M. Orliński. **Przypadek choroby Schildera.** (Z oddz. E. Flataua).

S. M., 3 lata, przybyła na oddz. 3.III.31 z powodu niemoty i osłabienia umysłowego. Dziecko jest 2-giem z rzędu, urodziło się do czasu, żywe. Matka podczas ciąży była zdrowa, karmiła. Przed rokiem dziecko zaczęło już stąpać, mając rok zaczęło mówić, zapas słów powiększał się stopniowo; było naogół rozumne, rozwijało się wogóle normalnie. Gdy miało 2 lata przechodziło zapalenie płuc. W X.30 stan dziecka zaczął się zmieniać bez widomej przyczyny, zaczęło mniej mówić, jak mówi matka „głupiało“; wieczorami miało napady płaczu, biegało bezcelowo po pokoju. Napady takie występowały nagle, trwały kilka minut, po czym dziecko zasypiało; było b. blade. Mimowolnego oddawania moczu, stolca, podczas napadów (lub po nich), kaleczenia języka nie było. Napadów takich spostrzegano 4. Po jakimś czasie dziecko miało bezsenne noce. Przed 2 tygodniami u dziecka zaczęły występować napady, które matka określa w następujący sposób: *śród zabawy nagle zaczyna płakać, wykonywa rzuty k. k g., jakby załamywanie rąk.* Napady takie trwały kilka minut. Po napadzie dziecko nadal się bawiło. Niekiedy matka spostrzegala, że dziecko robi „dzikie oczy“. — Rodzice nie spokrewnieni. Matka zdrowa, ojciec — ma objawy choroby Charcot-Marie-Tooth'a; siostra jego miewa napady maniakalne.

St. ob.: dziecko wzrostu 86 cm., budowy prawidłowej, odżywienia dobrego. Skóra, śluzówki — różowe. Uzębienie+. Narządy wewnętrzne bez zmian. Tⁿ normalna. Tętno 96. Pirquet — ujemny. Mocz i kał oddaje prawidłowo; w moczu — bez zmian.

Wymiary czaszki prawidłowe: obwód 52 cm., strzałkowy — 31, dwuskroniowy — 29. Ciemiączka zupełnie zarosnięte. Ruchy głowy we wszystkich kierunkach zachowane. Objawów oponowych niema; źrenice równe, okrągłe, odczyn +. Dno oczu bez widomych zmian. Dziecko jakby widziało, chociaż nie zawsze śledzi za światłem. Słuch — na mocne uderzenia, klaskanie przy uchu niekiedy zwraca główkę, często zupełnie nie reaguje, nie zaciska powiek. W zakresie innych nerw. czaszkowych, o ile to było możliwe do zbadania — zmian widocznych nie stwierdzono. K K. górne i dolne pod względem siły ruchów i napięcia bez zmian. Odr. z triceps i okostnowe umiarkowane. PR — podczas silniejszego płaczu — słabe, AR — niekiedy b. słabe, często wywołać je trudno. Podszwowe — areflexia (?). Rossolimo — O. Czucie bólu — zachowane.

Chód prawidłowy: asynergji nie stwierdzono. Mowa — słów członkowanych, zrozumiałych, nie wymawia. Niekiedy, jakby niezadowolone, wydaje jakieś dźwięki, lub też spokojnie bawi się samo, lecz bez wszelkiej inicjatywy, wykonywa stereotypowo godzinami ten sam ruch poprawiania butów (ojciec szewcem) i wciąż przytem siedzi na podłodze, trzymając but, kiwa się nad nim, od czasu do czasu rączką uderzając w obcas; odwrócenie uwagi od tej czynności stereotypowej, jedyne go przedmiotu zabawy — nie udaje się. Dziecko jest obojętne, do rodziców bez przywiązania; może zostawać samo zupełnie bez ludzi. Matka ma wrażenie, że dziecko ją poznaje, lecz ojca nie. Gdy je wołać po imieniu, nie reaguje, trudno powiedzieć, czy słyszy, zleceń nie wykonuje, jest jakby zupełnie odcięte od świata zewnętrznego. Wass. w krwi, płynie —. Rtg. czaszki bez zmian.

Biorąc pod uwagę normalny poród, normalny rozwój dziecka pod każdym względem w ciągu prawie $2\frac{1}{2}$ r., a późniejsze zahamowanie rozwoju dziecka pod względem umysłowym, niemotę jego, może i głuchotę, napady o charakterze epileptycznym, postępujący charakter cierpienia, O. rozpoznaje tu chorobę Schildera. Już od dłuższego czasu sprawą rozlanej sklerozy tkanki mózgowej zajmuje się wielu badaczy. Była ona opisana przez Kelp'a, Schnele'a, Schmaussa, Heubner'a — a szczególnie opracował swe przypadki Schilder (1912 r.), wskazując na duże pokrewieństwo między tem cierpieniem a postacią ostrą stwardnienia rozsianego. Z nowszych prac należy wymienić artykuł Flatau'a w *Encephale* (1925), wprowadzający nazwę dla tej choroby — *encephaloleucopathia scleroticans progressiva*, oraz pracę Anstregesilo, Galotti i Ary Borgesa (*Revue Neurolog.* 1930. N. X).

E. Salma n. **Przypadek objawowej moczówki prostej.** (Z oddz. G. Lewina).

Chory lat 43, bez określonego zajęcia, zgłasza się do szpitala na oddział wewnętrzny d-ra Lewina 18/XII 1930 roku z typowymi skargami, jak we wrzodzie żołądka. Poza tem podaje, że przed 5-ciu laty usunięto mu w szpitalu tasiemca, podobno, bez główki.

Innych chorób nie przechodził.

Stan obecny: chory budowy wątłej, wzrostu niskiego; odżywienie upośledzone. Skóra i śluzówki blade. Obrzęków nie stwierdza się. Język wilgotny, nieco obłożony. Tarczycyca nie powiększona, gruczoły pachwinowe macalne. W narządach wewnętrznych poza głuchemi tonami serca, oraz lekkiej bolesności uciskowej w okolicy dolka podsercowego — zmian nie stwierdza się.

Układ nerwowy bez widocznych zmian patologicznych. Badanie narządu wzroku — *dacryocystitis purulenta* oka lewego.

Stan psychiczny chorego — poza gadatliwością oraz pośpiesznością — żadnych specjalnych zaburzeń nie wykazuje.

Badanie treści żołądkowej wskazuje nadkwaśność. Rentnogramami stwierdza się wrzód w górnej części krzywizny dużej. Pasożytów oraz krwi utajonej w kale nie stwierdzono. Od pierwszej chwili zwraca uwagę bezbarwny, wodnisty mocz, o utrzymującym się stale niskim ciężarze gatunkowym. Ilość przyjmowanych płynów — 15 — 20 szklanek, ilość moczu — 3 — 3,5 l. na dobę.

Próba wodna prawidłowa, w próbie koncentracyjnej mocz stęży się z 1003 do 1025. Próba z phenolsulphophthalainą wykazuje prawidłową czynność nerek. Podawane doustnie — wdłg. Strauss'a — 10 gr. soli kuchennej wydzieliły się w ciągu doby.

Odczyn wodny skóry (próba Aldricha i Mc. Clure'a) wykazuje zwiększoną wodochłonność skóry.

Po zastosowaniu diety jarskiej ilość chlorków naczcho, biorąc na litr płynów: w moczu i w ślinie — zmniejszona, w treści żołądkowej i we krwi — zwiększona. Inne składniki krwi: wapień, woda, cukier, mocznik, zasób zasad, oraz ciśnienie krwi i próba sedymentacyjna Biernackiego — normalne.

Cytologiczne badanie krwi wykazuje wtórną anemię. Odczyn Wassermana we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym — ujemny. Pl. m-rdz. bezpleocytozy. Przemiany podstawowej po 2-krotnej próbie dokładnie nie udało się przeprowadzić (chory źle oddychał). Próba Danielopolu wykazuje zmniejszone napięcie nerwu błędnego.

W danym przypadku ma się do czynienia ze współistnieniem wrzodu żołądka z objawami moczoówki prostej: poliurją, polidipsją i niskim ciężarem gatunkowym moczu. Nasuwa się pytanie, czy należy uważać, że wrzód żołądka i objawy moczoówki prostej są tu przypadkowo współistniejącymi objawami, czy też przyczyny szukać należy we wspólnym źródle, a mianowicie w zaburzeniach metabolizmu chlorowego w ustroju, co też było głównym motywem pokazu chorego.

Powyższy obraz kliniczny z łatwością daje wyłączyć poliurję na tle cukrzycy, na tle marskości nerek, tak zwaną poliurję Volhard'a, również poliurję na tle przerostu gruczołu krokowego, na tle ostrych chorób zakaźnych, na tle wchłaniania wysięków, względnie przesieków. Na pierwszy rzut oka poliurja, polidipsja i niski ciężar gatunkowy moczu zdawałoby się jaskrawo przemawiają tu za moczowką prostą, istotną. Jednak tak nie jest: próba koncentracyjna, próba Strauss'a, ujemny odczyn Wassermana we krwi i w płynie mózgowo-

rdzeniowym, normalny Rtg. czaszki, ujemny wynik leczenia hypophysiną, brak objawów chorobowych ze strony innych gruczołów dokrewnych i centralnego układu nerwowego, pozwalają wyłączyć również moczówkę prostą, istotną.

Natomiast zwiększona ilość chlorków we krwi, przemawiająca przeciwko poliurji na tle polidipsji psychogennej, przeciw której przemawia również zwiększona diureza — 1900 cm³ — przy ograniczeniu ilości przyjmowanych płynów do 4-ch szklanek na dobę, pozwala myśleć tu o sprawie chorobowej na tle zaburzenia przemiany chlorowej. Nasuwa się pytanie, w którym ogniwie łańcucha gospodarki chlorowej tkwi tu zaburzenie. Dodatnia próba nowasurolowa (zwiększona diureza po zastrzyknięciu dożylnie 1.0 cm³ nowasurolu o 10 cm³ w porównaniu z dniem poprzednim) wyłącza niedomogę wątroby. Mamy zmniejszoną ilość chlorków w ślinie, a to według Landberga stale towarzyszy przesoleniu ustroju, co i w naszym przypadku przemawia za zaburzeniem w depot chlorowym — w tkankach, na co wskazuje również przyspieszony odczyn wodny skóry. Nasuwa się przypuszczenie, że w danym przypadku ma się do czynienia z zaburzeniem przemiany chlorowej w tkankach, które wyrzucają większą ilość chlorków do krwi.

Z prac Weil'a i Ambard'a wiadomo, że krew uporczywie broni swego poziomu soli kuchennej, wszelki nadmiar zostaje wydany z moczem nawet niewspółmiernie, z nadwyżką.

Chory — pomimo zwiększonej ilości chlorków we krwi — wydała na dobę tylko normę i to przy zwiększonej ilości wody, stąd niski ciężar gatunkowy moczu, poliurja, a jako następstwo polidipsja. Mamy tu prawdopodobnie na tle skazy chorobowej niedomogę nerek w stosunku do wydzielania chlorków.

Wiemy również, że czynność wydzielnicza żołądka zależy w dużym stopniu od gospodarki chlorowej ustroju. Świadczy o tem cały szereg faktów i spostrzeżeń klinicznych, jak naprz. badania Bünheima dotyczące upośledzenia czynności wydzielniczej żołądka w stanach wybitnej demineralizacji ustroju, spowodowanej charactwem, oraz doświadczenia Pawłowa, o wzrastaniu ilości kwasu solnego przy nadmiarze chlorków w ustroju.

Jeżeli związek powyższy istnieje, to przypuścić należy że w danym przypadku powstanie ulcus ventriculi również, ma miejsce na tle zaburzenia metabolizmu chlorowego. Hyperchloremja sprzyjała tu rozwojowi nadkwaśności, która odegrała prawdopodobnie główną rolę w powstawaniu wrzodu żołądka. Co się tyczy leczenia, to stosowano objawowe: dietę małowodorową, preparaty żelaza i t. p. Rokowanie — ze względu na głęboko tkwiącą przyczynę — niezbyt pomyślane co do wyzdrowienia zupełnego.

J. Rotstadt. **Przypadek guza czaszki.**

B. B., lat 43, zgłosiła się z przychodni szpitalnej w dniu 19.XI.30 z powodu uporczywych bólów głowy w lewej $\frac{1}{2}$ części ciemieniowoskroniowej. Już wówczas spostrzegła coraz bardziej uciążliwające się wypięcie lewego oka. Bóle głowy miewa już $1\frac{1}{2}$ roku, przyczyny bezpośredniej ich niezna; sądzi, że wpływ pewien na te dolegliwości mieć mógł uraz lewej $\frac{1}{2}$ czaszki (uderzenie dużą sztuką mięsa przez nieostrożnego tragarza). Bezpośrednio po urazie nie było jednak objawów patologicznych zewnętrznych lub wewnętrznych; był zaledwie słaby ból miejscowy, który po pewnym czasie minął. Objawów osłabienia wzroku lub dwojenia nigdy nie spostrzegła. Bóle głowy od roku mają jakby charakter okresowy, wzmagają się szczególnie w czasie menstruacji, trwają o znacznej sile 10 dni do dwu tygodni po menses. Od czasu do czasu ma też bóle w części karkowej, lecz te szybko mijają. Niekiedy występowały zawroty głowy, lecz bez zataczania się, chwiania w jedną stronę i bez objawów podmiotowych usznych. Po pijawkach, które kilkakrotnie przystawiano za uszami, odczuwała zawsze ulgę. Od czasu do czasu słabła; mdłości, wymiotów nigdy nie było. — Ma pięcioro zdrowych dzieci, nie ronila; żadnych chorób płciowych. Menses co 4 tygodnie dawniej, ostatnio co 3, z bólami. Zaburzeń pęcherza nie było; stolce zaparte.

W badaniu przedmiotowym stwierdza się wypięcie dość znaczne całego lewego oka, wywyższenie kości li owej lewostronnej, widoczne gołem okiem oraz ból z opuku lewostronnej części ciemieniowej czaszki i z ucisku znaczniejszego lewej kości licowej. Pozatem w stanie somatycznym, szczeg. w układzie nerwowym, zmian widomych przedmiotowych nie stwierdzono. Badanie wielokrotne dna oka lewego (przez Zamenhafa) objawów patologicznych nie stwierdzało. Promieniami Rtg. wykryto natomiast w czaszce zmiany następujące: jednolite intensywne zciemnienie w obrębie facies orbitalis ossis sphenoidalis sinistr. oraz częściowo łukież zciemnienie w facies orbitalis ossis frontalis sinistr. i facies orbitalis ossis zygomatici sinistri. Pozatem widać obłoczkowate zciemnienie wzdłuż margo orbitalis ossis frontalis, jako wyraz bujania kości. Fissura orbitalis zwężona.

Tak więc w danym przypadku mamy zwolna postępującą sprawę uciskową kostną w jamie lewej oczodołowej, która coraz bardziej wypina lewą gałkę oczną. Aby ją ratować, należałoby — w odpowiednim momencie — po odsłonięciu tylnej powierzchni oczodołu, kość rozrosłą w zabiegu Kroenleina oględnie usunąć. Spostrzezenie to jest bardzo podobne do przypadku hyperostosis w tej samej okolicy u 35-letniej, który podaje Inasaburo Naito w pracy swej: Die Hyperostosen des Schädels (r. 1924, Wiedeń).



W rozprawie Lubelski radzi wykonać w znieczuleniu miejscowem operację Kroenleina, co umożliwi dostęp do tylnej ściany oczodołu. Wertheim, wychodząc z założenia, że najczęściej punktem wyjścia dla podobnych spraw bywa kość sitowa (pomijając chorobę Pageta), sądzi, że istotnie operacja Kroenleina wchodzi tu jedynie w grę. Jednakowoż nigdy niewiadomo, czy będzie ona wystarczająca, gdyż guz wydaje się tu złączonym z boczną ścianą oczodołu, a może się okazać, że trzeba będzie poświęcić łuk jarzmowy, aby uzyskać dogodniejszy dostęp do guza. Zabieg byłby wówczas bardzo doszczętny, lecz i bardziej złożony.

Zamenhof stwierdza, że oko, jak dotychczas, nie jest upośledzone. Nie sądzi, aby operacją Kroenleina można było w danym wypadku sprawę zlikwidować. Zachodzi tu prawdopodobieństwo potrzeby zastosowania zabiegu bardziej rozległego, co w wyniku mogłoby się jednak okazać bardzo niekorzystne dla chorej.

Graber sądzi, że należy różnicować w danym przypadku między endostoma a ostitis fibrosa Recklinghausena; wypowiada się za dokonaniem operacji z dwóch względów: 1^o po odbiciu górnej blaszki zatoki czołowej można natrafić na guz zupełnie luźno leżący, jak martwak (tote osteome), co jest łatwe do usunięcia, 2^o tam, gdzie zachodzi konieczność dokonania operacji bardziej rozległej, to i niedoszczętne usunięcie guza daje znaczną poprawę pod względem objawowym.

Rotschadt w odpowiedzi zaznaczył, że dalsza obserwacja chorej ustali, czy zabieg operacyjny będzie bardziej korzystny dla niej, niż zachowawcze traktowanie guza, który przede wszystkim rozwija się niezwykle powoli i, jak dotąd, nie daje groźniejszych objawów ani ogólnych, ani ocznych.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 8 maja 1931 r.

Przewodniczył Wertheim.

J. Rozenblat. **Ostitis fibrosa kości udowej.**
(Z oddziału A. Wertheima)

Przypadki ostitis fibrosa spostrzega się ostatnio częściej, coraz częściej również jest mowa o etiologii i terapii tego cierpienia.

Przypadek, który R. demonstruje, jest głównie, ze względu na przebieg sprawy chorobowej, przyczynkiem do terapii tego cierpienia.

Pacjent ma lat 7. Przed rokiem upadł bez wiadomego powodu, nie mógł wstać. Narzekał na ból prawego uda. Wezwany lekarz, po stwierdzeniu złamania uda w dolnej $\frac{1}{3}$, zalecił wykonanie zdjęcia Rtg, które wykazało złamanie w miejscu torbieli kostnej. Chory — jak podawała rodzina — już poprzednio narzekał na niewielkie bóle w temże miejscu. Bóle te występowały zrazu rzadko, ostatnio częściej.

Po stwierdzeniu złamania unieruchomiono kończynę w opatrunku gipsowym na 3 miesiące. Po upływie tego czasu gips zdjęto i dokonano ponownie zdjęcia, które wykazało niewielką kostną w miejscu złamania, a badanie kliniczne konsolidację odłamków. Chory zaczął wstawać, chodził; na bóle nie narzekał. W międzyczasie miał naświetlania chorego uda prom. Rtg. i dostawał leki wapniowe. Od tego czasu upłynął rok. Rodzice — niezamożni, u lekarza się nie pokazywali tembardziej, że chłopiec biegał, skakał i na bóle nie narzekał. Przed tygodniem zupełnie w ten sam sposób, jak za pierwszym razem, upadł. Nie mógł już stanąć na prawej nodze, odczuwał znów bóle w miejscu poprzednio chorego.

Przewieziono go na oddział. Zdjęcie Rtg. wykazało ponowne złamanie uda w tem samym miejscu, co przed rokiem, torbiel zaś wykazywała większe rozszerzenie niż rok temu.

Ze względu na to, iż sprawa chorobowa rozwija się, a złamanie nastąpiło ponownie, postępowanie tym razem będzie nieco odmienne. Mianowicie, drogą operacyjną dojdzie się do ogniska chorobowego, a po wyłyżeczkowaniu torbieli kończynę unieruchomi się na 3 miesiące w gipsie.

O wyniku badania histologicznego tkanek, które da się tu wyłyżeczować oraz leczenia, będzie w odpowiednim czasie zakomunikowane.

W rozprawie A. Goldmana podkreśla charakterystyczny moment stwierdzenia ostitis fibrosa przypadkowo, wskutek złamania w miejscu choroby, co jednak często prowadzi do zrośnięcia się kości i samoistnego wyleczenia choroby. W przypadkach powtórnego złamania, co miało tu miejsce, ostitis fibrosa przybiera jakby postać złośliwszą i rokowanie staje się mniej optymistyczne. Wyłyżeczkowanie ogniska i unieruchomienie kończyny jest to w planie leczenia najzupełniej usprawiedliwione.

Mész, omawiając rentgenogramy danego przypadku, zaznacza, że rozrzedzenie kości po drugim złamaniu stwierdza się poniżej pierwotnego, skąd należałoby wnioskować, że nie ma się tu do czynienia z refrakturą, lecz złamaniem poniżej poprzedniego. W leczeniu należy zastosować aparat odciążający. Płoński odróżnia zasadniczo ostitis fibrosa generalisata Recklinghausena od omawianej tu postaci ostitis fibrosa localis. Cierpienia te różnią się pod względem anatomo-patologicznym: gdy ostitis fibrosa jest schorzeniem całego ustroju kostnego, to t. zw. postać miejscowa budową swoją raczej przypomina sarcoma gigantocellulare..

Tonenberg nie zgadza się z wywodami Płońskiego, obie postaci ostitis fibrosa rozpatruje z punktu widzenia ich cech wspólnych anatomopatologicznych oraz klinicznych, przy czem specjalnie pod wielu względami ostitis fibrosa localis różni się od sarcoma gigantocellulare. Klinicznie postać zlokalizowana jest łagodna, prowadzi do wyleczenia, a postać uogólniona, wskutek silnego zachwiania i nadwyżężenia statyki, należy do cierpień kości bardzo poważnych i nieuleczalnych.

Rozenblat w odpowiedzi również podkreśla, że ostitis fibrosa generalisata różni się od omawianej tu postaci zlokalizowanej tylko wieloogniskowością. Należy jednak przypuścić, że etiologia obu cierpień jest inna: gdy w postaci zlokalizowanej często występuje, jako czynnik wywołujący, uraz, przewlekłe sprawy zapalne, infekcyjne i t. p., to w ostitis fibrosa generalisata dużą rolę odgrywają schorzenia gruczołów przytarczycznych. Na to wskazują prace Mendla i Golda, którzy w kilku przypadkach ostitis fibrosa generalisata stwierdzili operacyjnie zmiany w gruczołach przytarczycznych, a po usunięciu chorych gruczołów uzyskiwali poprawę, a nawet i wyleczenie.

J. Pinczewski. 2 przypadki przypuszczalnej choroby Schildera u bliźnięt. (Z oddz. E. Flataua).

L. Ł. i J. Ł., l. 4, bliźnięta, z porodu normalnego. Do 2¹/₂ lat rozwijały się prawidłowo, może tylko pod względem mowy chłopcy byli nieznacznie upośledzeni w porównaniu z innymi dziećmi w tym samym wieku. Chłopcy mając 2¹/₂ roku, zapadli na grypę o bardzo ciężkim przebiegu. W miesiąc po grypie jeden z nich, J. Ł., miał przemijający bezwład prawej nóżki, który trwał 2 tygodnie.

Odrazu po grypie zauważono, że dzieci zaczęły się chwiać, gdy chodziły, lecz zrazu w stopniu nieznacznym. Przed rokiem L. Ł. dostał napadu drgawek ogólnych z utratą przytomności i pianą na ustach; po tygodniu i drugi — J. Ł. — dostał identycznego napadu. Od tego czasu, z krótszemi lub dłuższemi przerwami, powtarzają się napady drgawek, ostatnio bez utraty przytomności. Rozpoczynają się one przeważnie w prawej ręce. U J. Ł. zdarzało się po napadzie osłabienie wszystkich kończyn, przy czem prawostronne pozostawały bezwładne w ciągu całego dnia.

Od 3 — 4 miesięcy dzieci zataczają się, padają, tak że b. często rozbijają się, zwł. L. Ł. Psychicznie zmieniły się stały się niezdolne i niespokojne. Nastąpiło zupełne zahamowanie rozwoju mowy; obecnie mówią niewyraźnie, przeważnie nieczłonkowanemi dźwiękami.

Rodziców, otoczenie poznają; bawią się ze sobą i zabawkami. Zauważono, że dzieci gorzej widzą od czasu obecnej choroby.

Matka nie ronila. Ojciec chorób wenerycznych nie miał. Do 3-go roku życia ojciec miał podobno ataki drgawkowe.

Wass. we krwi u ojca i matki — ujemny. Badanie dna oczu u ojca (dr. Zamenhof) wykazało zmiany po przebytem dawniej chorioiditis, początem bez zmian w układzie nerwowym ojca.

St a n o b e c n y. Cech degeneracji somatycznej niema. Narządy płciowe — prawidłowo rozwinięte, wewn. — bez zmian. Układ nerwowy. Czaszka u L. Ł. wykazuje guzy po uderzeniach w okolicy protuber. occipit ext. — hyperostosis; — u J. Ł. — prawidłowa. Z r e n i c e L. Ł. — równe, okrągłe, odczyn na światło leniwy; u J. Ł. pr > l. — odczyn prawie = o. D n o o c z u. L. Ł. — obie tarcze odbarwione zwł. połowy skroniowe; w okolicach plamek żółtych widać krąg rozrzedzenia barwika wielkości tarczy; w środkowej części lekkie skupienie barwika. J. Ł. — tarcze o granicach ostrych, odbarwione zwł. w połowach skroniowych, w okolicy plamek żółtych lekkie rozrzedzenie barwika naczyńki oraz kilka drobnych plamek ciemnych (zmiany degene-

racyjne). Powieki górne nawpół zsunięte, pozatem — norma. Słuch zachowany. N. n. t w a r z o w e — bez zmian. K. k. górne i dolne — bez zmian. Czucie bólu, dotyku, ciepłkowe zachowane na całym ciele. O d r u c h y: Per. Tr. umiark., Abd. — żywe, Cz. (u L. Ł.) — umiark. (u J. Ł.) — żywe., PR (u L. Ł.) — umiark., (u J. Ł.) — żywe; AR (u L. Ł.) — umiark., (u J. Ł.) — polikinetyczne. Podeszwowe (u L. Ł.) — pr. — fleksja, l. — niekiedy Babiński; (u J. Ł.) — fleksja, obustr.; Rossolimo (u L. Ł.) — l +, pr. O; (u J. Ł.) — O obustr. Chód — zataczają się, padają. Asynergia, gdy siedzą lub unoszą się z pozycji nawznak. M o w a — wymawiają tylko tata, mama, powtarzają niektóre słowa, ale niewyraźnie. Przeważnie posługują się dźwiękami; rozumieją, że się do nich zwraca. P s y c h i k a: poznają rodziców, krewnych, lekarza; wykonywają polecenia. Są bardzo ruchliwi, nawet niespokojni. Bawią się ze sobą. R. W a s s — ujemna. Pł. mr. (u L. Ł.) — bez zmian. Pirquet —.

Zmiany kliniczne, stwierdzone u tych dzieci, nasuwają przypuszczenie sprawy rozsianej w rozmaitych okolicach ukł. nerwowego (mózgowie, mózdzek). Jeżeli wyłączyć tu sprawy dziedzicznorodzinne (należy bowiem wziąć pod uwagę, że chorzy są bliźniętami, prawdopodobnie jednojajowemi, a więc przedstawicielami tego samego genotypu), jak chorobę T a y - S a c h s a dziecięcą i młodzieńczą oraz porażenie dziecięce typu H i g i e r F r e u d a — to najprawdopodobniejszym wydaje się rozpoznanie w tym przypadku choroby S h i l d e r a (Encephalitis periaxialis diffusa).

H e r m a n E. **Przypadek sympatalgji dolnego splotu podbrzusznego** (Z oddziału E. Flataua).

Chora M. E., l. 27, przybyła na oddział 23.I.1930. Zamężna, w ciąży nie zachodziła. Choruje od 8 lat. Nagle, na tydzień przed menstruacją, wystąpił napad b. silnych bólów w dolnej połowie brzucha. Bóle rozpoczęły się po str. prawej, w dolnej cz. brzucha, tuż koło pachwiny i przechodziły w sposób opasujący po str. prawej do krzyża. Innym razem bóle rozpoczynały się z obu stron, w pachwinach i przenosiły się na krzyż, niekiedy zaś wraz z bólami w pachwinach zjawiał się silny świdrujący ból w krzyżu. Przez cały czas napadu bólów w dolnej cz. brzucha i krzyżu chora odczuwa silne parcie w kiszce stolcowej i pęcherzu, które zmusza ją do oddawania moczu i stolca, poczem odczuwa pewną ulgę. Podobne napady występują regularnie tydzień przed menstruacją. Napady trwają przeciętnie 15 min. i powtarzają się w odstępach 2-godzinnych, nie ustępują w nocy, przerywają sen chorej. Przez pierwsze parę lat napady występowały tylko o tydzień przed menstruacją, a już dzień przed nią ustępowały całkowicie.

Ostatnio napady są częstsze, ustępują jedynie w czasie miesiączki, tak więc chora ma wolny od bólów w miesiącu i tydzień — mianowicie środkowy, — licząc od menses.

Chora dodaje, że od 12 lat zdarza się niekiedy, iż w czasie napadu bólowego i towarzyszącego mu parcia wychodzi ze stolcem (lub też bez stolca) dość spora ilość krwi i śluzu. Pożycie płciowe prowokuje napady. Niezależnie od tych napadów, poczynając od 2 lat ostatnich, chora odczuwa od czasu do czasu błyskawiczne ukłucia w pęcherzu, kiszce stolcowej, cewce moczowej. Nie występują one w czasie większych napadów bólowych i nie pozostają w zależności od nich. Pierwsze menses w 13 r., regularne. W związku z obecną chorobą przebyła w r. 1927 w Jerozolimie apendektomię, skrobankę oraz rozszerzenie szyjki macicznej.

St. praes: Wzrostu niskiego, budowy prawidłowej, odżywienia dobrego. Narządy wewnętrzne bez zmian.

Badanie ginekologiczne (dr. Fingerhut): Pochwa wąska, długa, w ostatniej $\frac{1}{3}$ zwężona, cz. pochwowa cokolwiek wydłużona, zewn. ujście zamknięte. Trzon macicy w dolnem przodozgięciu. Macica bez zmian; przy unoszeniu macicy bolesne napięcie tylnych wiązadeł. Jajowody bez zmian. Jajniki duże, wielkości śliwki, z ucisku bolesne. Ukł. nerwowy: n. czaszkowe bez zmian; k. k. g. i dolne w odcinkach odsiebnych zimne, sine, spocone. Siła, napięcie, czucie bez zmian. Odruchy ścięgnowe, okostnowe, skórne — prawidłowe. Odruchów patologicznych niema. Tętno 96. Na zastrzyk pilokarpiny reaguje znacznemi potami, ślinotokiem.

Badanie metodą Danielopolu wykazało wyraźną sympatykotonję obok wzmożonej czynności hamującej n. błędnego, mianowicie napięcie bezwzględne n. współczulnego—240, własność hamująca n. błędnego—96; przyspieszenie tętna po małej dawce atropiny — 100.

Badania pomocnicze—w krwi, moczu bez zmian. Roentgen kręgosłupa—rozszerzenie 1 sac. Po naświetlaniach Rtg.—poprawa. Napadowość bólów, obręb promieniowania bólów, skłonność do zaburzeń naczyniowych — wskazują, iż zachodzą tu zaburzenia w obrębie n. praesacralis.

J. Rotstadt. **Niezwykły przypadek porażenia kończyny.**

H. K, lat 21, zachorowała psychicznie w VII 30 r. Będąc w tym czasie w zakładzie prywatnym dla umysłowo chorych, w odosobnionym pokoju, zaczęła pewnej nocy o łóżko, upadła, podwinąwszy pod siebie kończynę dolną prawą, przyczem z bólu przysiadła ciężarem ciała na skręconą i zgiętą w kolanie nogę. Nie mogła się unieść, wołała o pomoc, lecz nikt jej nie słyszał; z tak zgiętą pod kolanem nogą przesie-

działa na podłodze do rana. O świcie zbudziła się z ciężkiego snu, z wysiłkiem uniosła, doczołgała do łóżka. Wówczas odczuła też szalony ból w udzie prawym. Stopa, podudzie, były jakby martwe; nie mogła wykonać żadnego ruchu niemi, były spuchnięte, sine. W stawie kolanowym kończyna pozostała przykurczona poniżej kąta prostego. Niebawem dostała krwotoku z ust, który trwał 10 minut. Pod kolanem wytworzyła się jaskrawo-czerwona wybroczyna w kształcie znacznego trójkąta, który zachodził na tylną powierzchnię dolnej $\frac{1}{3}$ uda i górnej podudzia. Pierwszą pomoc podano jej dopiero nad ranem; usiłowano wyprostować nogę, lecz udało się to niezupełnie, z powodu niezmiernej bolesności; noga pozostawała wciąż w stanie przykurczu kolana pod kątem nieco $< 90^{\circ}$. Niebawem zjawiała się gorączka do $39-40^{\circ}\text{C}$. Wezwany lekarz uznał stan nogi za bardzo poważny; zastosował energiczną kurację, zrazu konserwatywną, w celu poprawienia przedewszystkiem krążenia tętniczego w porażonej stopie i podudziu. Po 10 dniach chorą — w stanie psychicznym nadal nienormalnym, wybitnie urojeniowym, jak w Schizofrenia paranoïdes — przewieziono na oddział VIII-my Szpitala, gdzie przeszło tydzień miała podniesioną ciepłotę (do 38°).

25 VII 30 na VIII-ym oddziale stan obecny kończyny wskazywał obrzęk lekki prawego uda, znaczny podudzia, o mocno napiętej skórze na niem; dół podudzia, tuż ponad kostką, był sinawy; stopa sina, zimna, w obrzęku; na kończynie całej znamiona zapalenia naczyń chłonnych podudzia i w miejscu jamki podkolanowej. T. 38° . Już w 2-im tygodniu po wypadku spostrzeżono ranki, owrzodzenia zgorzelowe, na powierzchni podeszwowej, u podstawy i z boku palców 5 i 4-go prawej stopy.

31.VII 30. Stwierdzono już wyraźnie zaznaczoną zgorzel na IV i V pp-cach. — Leczenie energiczne, konserwatywne, poprawiało dość szybko krążenie w podudziu i stopie; stały się one cieplejsze, mniej sine, obrzęk opadał, lecz kolano nadal pozostawało w zgięciu niżej 90° . W układzie stopy coraz bardziej ustalał się kierunek szpotawo-koński. W tym okresie rekonwalescencji chora miała w nodze niezwykle uczucie bólu, klucia, mrowienia. W końcu września 1930 r. — po okresie konserwatywnego leczenia okładami, kąpielami — gdy i stan psychiczny znacznie poprawiać się zaczął — przystąpiono za radą chirurga do prostowania zgiętego kolana za pomocą odpowiedniego przyrządu wyciągowego; po wyrównaniu dobrem kolana do linii prawie prostej usunięto aparat po 3-ch tygodniach. Ruchy stawu kolanowego były wówczas jeszcze bardzo ograniczone, bolesne; stopą — palcami — chora nadal zupełnie nie władała, czucia na stopie nie miała. Wstać stanąć, ustać, nie mogła; prawa noga była bezwładna w od-

cin ku obwodow ym. W tym czasie stan psychiczny w jaskraw y sposób wraca ł do równowagi. Aby u łatwi ć chorej stąpanie i ustawi ć stopę pod kątem prostym w stawie skokow ym na ło żono w u śpieniu (za radą chirurga) gipsow y opatrunek w listopadzie 1930 r. na do łną część podudzia, staw skokow y i $\frac{2}{3}$ śródstopia.

Po 6-iu tygodniach (9.XII 30) gips zdjęto; ustawienie stawu skokow ego by ło korzystniejsze. W ówczas rozpoczęły się pierwsze próby stąpania, które dawały coraz lepszy wynik tembardziej, że i lepszy stan psychiczny pozwala ł na swobodniejszy bieg leczenia. U podstawy IV i V pp-ców prawej stopy i z boku nich trwały nieznaczone owrzodzenia zgorzelowe.

11.XII 30 ustalono, że 1) stopa jest nadal ustawiona pod kątem prostym, że ujawni ł się jaskrawo bezwład rozginaczy stawu skokow ego i ograniczenie znaczne ruchu w tym stawie, szczególnie boczno go na zewna ł (m. peronei) i ku przodowi (m. tibialis anticus) i palców (m. digitorum communis); mięśnie tyłu podudzia by ły w stanie niedowład u względnego.

4.II 31 wypisano chorą ze szpitala wstanie psychicznym i somatycznym zupełnie dobrym; chód by ł znacznie sprawniejszy. — Do 13.IV 31 leczyła nogę porażoną w domu, lecz niezbyt energicznie.

13.IV.31 skierowano ją na mój oddział fizjoterapeutyczny. Tu stwierdzono: zniekształcenie stopy, zmniejszenie jej, dwa owrzodzenia zgorzelowe, dość głębokie, na powierzchni podszwowej prawej stopy u podstawy IV i V pp-ców oraz zespolenie bliźnowate pozapalne, pozgorzelowe, palca V i IV-go;

Badanie prądem elektrycznym		Farad.	Galwaniczn.
N. peroneus	dxtr.	10	10 mmAmp.
	sin.	60	4 mmAmp.
M. extensor digit. comm. (n. peron. profundus)	dxtr.	0	przy 15 bez ef. ruch.
	sin.	60	5 mmAmp.
M. tibialis ant. (n. peron profun.)	dxtr.	0	przy 15 mA. bez ef. ruch.
	sin.	55	odpowiadają mm przeciwn. 5 mmAmp.
M. gastrocnemius (n. tibialis)	dxtr.	20	skurcz szybki 15 mA.
	sin.	60	4 mA.
M. extensor cruris	dxtr.		20 mmAmp.
	sin.		10 mmAmp.

poza to stwierdzono ograniczenie ruchu w stawie skokowym, znaczne w ruchu biernym i czynne, zniekształcenie stawu skokowego, wychudzenie prawego podudzia (o $3\frac{1}{2}$ ctm. szczuplejsze), sinawy odcień barwy skóry ku obwodowi, osłabienie, wzgl. zniesienie, wszelkich postaci czucia na stopie i palcach, brak odruchu Achillesa, odczyn zwyrodnienia w mm. tibialis anticus, extensor digit. communis, wybitne osłabienie ilościowe odczynu faradycznego i galwanicznego w pozostałych grupach mięśniowych prawego podudzia i w n. strzałkowym.

Rtg. wykazał 1) rozległe zmiany, odwapnienie pourazowe sudekowskie i z bezczynności, obejmujące wszystkie kości stopy i sięgające aż do nasad kości podudzia, 2) zmiany wtórne zniekształcające stawy drobne palców i stopy, nawet i staw skokowy, ze zniszczeniem i spłaszczeniem chrząstkowych powierzchni i tworzeniem się kostnych wyrostów, 3) nietypowe zrośnięcie złamania kości 3 i 4-ej śródstopia, 1-szego paliczka 3-go palca z niezwykle przerosłem okostnej; taki sam rozrost okostnej III-ej kości śródstopia bez uchwytne miejsca złamania, 4) neurotroficzne zmiany, do zaniku zupełnego, 2 paliczków 5-go palca i $1\frac{1}{2}$ pal. 4-go palca.

Zestawiając wynik badania przedmiotowego — i wziąwszy pod uwagę dane wywiadu — należy porażenie, wzgl. niedowład kończyny prawej oraz troficzne zmiany w skórze i tkance kostnej w danym przypadku uzależnić od przebytego w lipcu 1930 r. z powodu urazu zahamowania ostrego w krążeniu tętniczym prawego podudzia i stopie, które, trwając (choć w stopniu niezupełnym) kilka godzin, spowodowało zmiany zwyrodnieniowe w tkance mięśniowej i nerwowej w pierwszym rzędzie, a następnie już pierwotnie i wtórnie w elementach tkanki łącznej, kostnej i skórze. Były tu więc typowe warunki dla porażenia z powodu ostrej tętniczej anemji tkanek. W 1908 r. ogłosiłem pracę konkursową, doświadczalną, na ten temat, gdzie w cz. I-ej szczegółowo omówiłem to zagadnienie w stosunku do mięśni. W leczeniu fizjoterapeutycznym chorej nogi na oddziale moim stosowano ustaloną już jako podstawę — metodę postępowania, aby wszelkimi sposobami przede wszystkim wzmocnić prawidłowe krążenie w kończynie niedowładnej. W tym celu — po nałożeniu wysoko na udo prawe gumy opaskowej dla wywołania przekrwienia biernego, — kończynę dolną umieszczano w waniencie z wodą o ciepłocie 40° c. do górnej 3-ej podudzia i poddano jednocześnie działaniu prądu faradycznego, aby do dwu czynników: przekrwienia biernego i czynnego — dodać czynnik tłoczny, dodatni, niezwykle ważny w krążeniu krwi, w postaci rytmicznych skurczów mięśni kończyny. Po kąpieli takiej nogę poddawano mięsieniu, gimnastyce ręcznej i na przyrządach, aby lepiej uruchomić staw skokowy, sztywniejący na skutek zmian wtórnych.

Pozatem w leczeniu 2-u owrzodzeń zgorzelowych na posdeszwowej powierzchni stopy — na co wpływ bardzo dodatni miało też i wskazane wyżej leczenie przekrwieniem — stosowano postępowanie, ustalone doświadczeniem oddziału w leczeniu owrzodzeń wiotkich, pozapalnych, pourazowych i pooperacyjnych. Aby więc przedewszystkiem zahamować proces gnilny, wzgl. ropienie rany — stosowano intensywną fototerapię promieniami pozafiołkowemi, chemicznymi — bakterjobójczymi, hamującymi rozwój drobnoustrojów, przyczem — jednocześnie z przekrwieniem biernem na obwodzie kończyny zapomocą opaski gumowej, nakładanej na górną część uda. Zabieg ten tłoczył na powierzchnię ran, owrzodzeń, surowicę krwi, wzgl. osocze, które łącznie z działaniem chemicznem prom. pozafiołkowych w szybkim tempie usuwało ropienie. Gdy tylko rana, wzgl. owrzodzenie, pokrywać się zaczęło żywą ziarniną, przerywano naświetlanie promieniami pozafiołkowemi (hamującemi dalszy rozwój ziarniny) i stosowano w najszerszym zakresie terapię hipertermiczną (natryski parowe, gorące, kąpiel nogi w wodzie bieżącej, 1-0 komorową elektryczną, ciepło żarówek), a zawsze z czynnikiem tłocznym pierwszorzędnej wagi dla szybkiego zagojenia ran — z przekrwieniem biernym według Bierera. I tu nastąpił wynik szybki, b. dodatni; owrzodzenia się zagoiły. Rzecz wątpliwa, aby tu nastąpiła w ruchach restitutio ad integrum, lecz rokowanie co do znacznej poprawy stawu jest bezwzględnie pomyślne, nie bacząc na uszkodzenia kostne stopy, wykryte promieniami Rtg.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 19 czerwca 1931 r.

Przewodniczył Z a m e n h o f.

Erlich. Przypadek samoistnego pęknięcia macicy wyleczony operacyjnie. (Z oddz. A. Natanson'a).

19 V. 31 r. Pog. rat. przywiozła chorą G. (N. k. 143.2202), która, przebywając w jednym z zakładów w W-wie, (gdzie rodziła już 3 dni), po kilkugodzinnem trwaniu b. silnych bólów porodowych nagle poczuła, jakby jej coś pękło; bóle zaraz ustały i nastąpiło omdlenie.

Rodziła 4 razy prawidłowo, 2 razy ronila. Ostatni raz sztucznie, długo chorowała; podejrzewano perforatio uteri. Badanie stwierdza obecność płodu poza macicą, która jest próżna i wyczuwa się oddzielnie. Stan chorej b. ciężki. Tętno 170, przerywane. Ogólne objawy ciężkiego wykrwawienia. Po otwarciu jamy brzusznej i po wydobyciu wielkiej ilości krwi, stwierdzono bliznę w dnie macicy, tuż ponad nasadą jej więzadła szerokiego. Od tej blizny wdół — pęknięcie macicy, sięgające aż do ujścia zewnętrznego szyi. Przymaci-cze zupełnie rozdarto. Usunięto macicę całkowicie i jamę

brzuszną drenowano. Przebieg pooperacyjny b. dobry. T° — cały czas — podgorączkowa. Po trzytygodniowym pobycie w szpitalu wypisała się po operacji zagojonej zupełnie.

Przyczyną rozdarcia mogła być tu blizna po uszkodzeniu macicy przy wykonywaniu ostatniego poronienia.

Erlich Wypadnięcie rączki płodu podczas porodu z barkiem, wkliniowanym do miednicy; wskazanie do cięcia cesarskiego. (Z oddz. A. Natanson'a).

Chora M. przybyła na oddział w stanie, jak w tytule. Rodziła I raz. Wody przed kilku godzinami odeszły. Silne bóle porodowe. Zwężenie miednicy. Macica silnie rozciągnięta. Tony płodu — dobre. Na skutek zaniedbanego położenia poprzecznego płodu i znacznego zciężczenia dolnego odcinka macicy — nie można było dokonać obrotu, rozkawałkowania — wobec dobrych tonów dziecka. Ponieważ czekać nie pozwalała obawa pęknięcia macicy, a chora pragnęła żywego dziecka, odważono się, po dłuższym wyjąłowaniu wypadniętej kończyny, wykonać cięcie cesarskie. Dziecko żywe. Po 3-tygodniowym pobycie chora wypisała się po zabiegu zagojonym.

W rozprawie Lubelski ostrzega przed uogólnieniem wskazań do zabiegów takich z pojedynczego udanego przypadku; w podobnych, jak wyżej, warunkach nietrudno o zakażenie otrzewnowe. Natanson podaje szczegółowo wyjątkowe okoliczności, które skłoniły tu do cięcia cesarskiego oraz środki wstępne odkazające przed zabiegiem. Należało też, sądzi, wziąć pod uwagę i ryzyko embriotomji, bez której porodu tu drogą pochwową nie można byłoby zakończyć.

Lubelski i Orliński. Pomyślnie operowany przypadek zranienia rdzenia odłamkiem noża z objawami Brown-Sequard'a. (Z oddziałów E. Flatau'a i M. Lubelskiego).

O. S., lat 26, przybył na oddział Flatau'a 11.V. 31 r. z powodu niedowładu k. k. d. Przed 2 tygodniami uderzono go nożem w kręgosłup; po silnym bólu padł, podniósł się, poszedł kilka kroków i znów upadł, stracił przytomność. Lekarz stwierdził bezwład kończyny dolnej prawej. Po tygodniu leczenia w domu bezwład kończyn większy.

W dzieciństwie grypa, w 18 roku życia tyfus brzuszny. Żonaty, 2 dzieci.

W narządach wewnętrznych bez zmian.

Na wysokości 4—5 kr. grzb. — blizna dług. 2 1/2 cm po str. prawej, przebiega skośnie obok wyrostków ościstych; pod blizną zgrubienie tkanki. WaR we krwi i płynie —.

Czaszka, nerwy czaszkowe, kończyny górne normalne. Po stronie prawej brak odruchów brzusznych, z dźwigacza

jądra. K. k. d.: w lewej — siła, ruchy, napięcie — bez zmian. W prawej siła we wszystkich odcinkach < na, unosi kończynę całą 10 cm. wyżej posłania, zgina nieco w stawie kolanowym, ruchy w stawie skokowym i w palcach—prawie O. PR.—bardzo żywe, prawy >; AR z prawej — clonus, z lewej żywy; obj. Babińskiego po str. prawej. Rossolimo —. Czucie od D₅ wdół po stronie prawej: zwiększona wrażliwość na ukłucie, ciepło i zimno; z lewej: nie czuje ukłucia, ciepła i zimna; czucie głębokie zaburzone po str. lewej w stopie i w palcach. Rtg. kręgow: w przestrzeni między D₆ i D₇ stwierdza się kawałki ułamanego noża (M e s z). Operacja — na oddziale d-ra Lubelskiego.

W znieczuleniu miejscowem (0,5% nowokaina + adrenalina) przeprowadzono cięcie wzdłuż wyrostków kolczastych od D₁ do D₅ (3 kręgow) Usunięcie wyrostka, oddzielenie mięśni od łuków kręgow. Tuż pod wyrostkiem kolczastym nieco na zewnątrz — między łukiem 4-go i 5-go kręgu — w linii poziomej wykryto obce ciało ciemnego koloru. Wyciągnięto odłamek noża długości 3 cm., szerokości 1/2 cm., tkwił on prostopadle w kanale kręgowym (niewątpliwie uszkodził część rdzenia). Po usunięciu 3 łuków kręgow D₃, D₄, D₅ znaleziono jeszcze mały odłamek noża na twardówce. Pod twardówką, na całej przestrzeni usuniętych kręgow, wylew krwi w stanie organizacji, twardówka z nim mocno zespolona; na rdzeniu rana po stronie prawej. Na tem operację zakończono, zeszyto mięśnie, skórę i wprowadzono sączek gazy do miejsca w rdzeniu, skąd usunięto odłamek noża. W przeciągu 6 dni t^o była nieco podwyższona; z rany wydzielalo się nieco płynu ropnego; chorego poddano kuracji propidonowej. Po 3 tygodniach rana zagojona, po miesiącu chód zupełnie dobry. Wypisany po 7 tyg. w stanie znacznej poprawy.

W rozprawie Flatau zaznacza, że w danym przypadku przecięcia rdzenia nie mogło być: chory po uderzeniu nożem upadł, powstał — zrobił kilka kroków i dopiero ponownie upadł. Szlak piramidowy nie został zatem tu uszkodzony, a o regeneracji mowy być nie może. Ostrzem noża spowodowany był wylew do rdzenia, co wraz z obrzękiem na skutek miejscowego stanu zapalnego wytworzyło podane objawy uciskowe. Higier podkreśla znaczenie w podobnych przypadkach badania prom. Rtg. i przytacza własne spostrzeżenia.

M. Lubelski i A. Szpilman. **Przypadek wrzo. dziejącego zapalenia jelita grubego z bakteraemją (Bacillus foecalis alcaligenes), wyleczony autoszczepionkami.** (Z oddziału M. Lubelskiego).

G. S., lat 17, przybyła dn. 24.III. Osłabiona, niechętnie odpowiada. Rodzice, rodzeństwo zdrowi. W 2-im roku życia niezbyt jelit w ciągu 4-ch miesięcy. W 3-im roku życia odra.

w 7-ym płonica, a w 13 r. błonica. Menses od 13 r. co 28 dni, niekiedy bolesne. Jest chorą od lutego r. z., zauważyła w stolcu ślady krwi, bez widomej przyczyny. Normalnie miewała raz dziennie wypróżnienia. Czuła się nieźle. Tak było w ciągu kilku miesięcy. Widząc, że traci sporo krwi, blednie, zwróciła się do lekarza, który zapisał czopki przeciwkrwawnicze; nie dało to żadnego skutku. Do grudnia r. z. stan bez zmiany. Po tym czasie pogorszenie, przeszła też grypę z wysoką ciepłotą. Od tego czasu samopoczucie gorsze, częste mdłości, wymioty, stale podniesiona ciepłota (37,4), bóle brzucha, przy stolcu krwawienia większe; więcej stolców. Udała się do chirurga, który, po zbadaniu кишки stolcowej zapomocą „lampki“, orzekł, że cierpi na owrzodzenie кишки stolcowej. Leczenie (emetyna, lawatywy, nujol) nie odniosło skutku. Czuła się coraz gorzej. Lekarze lubelscy skierowali ją więc do Warszawy, do szpitala.

St. ob. Średniego wzrostu, miernej budowy, złego odżywienia; skóra blada, sucha. Śluzówki blade. W płucach, sercu bez zmian. Brzuch łódkowaty bez podściółki tłuszczowej. Obmacywanie powoduje bóle całego brzucha. Wątroba norm., śledziona lekko macalna. Kończyny górne i dolne bez zmian. Temp. 37,4, tętno szybkie (100), słabego napięcia. Wobec ciężkiego stanu zrazu zaniechano rektoskopji.

25.III. St. idem. Częste stolce (8), wodniste, ciemne, ślady krwi świeżej. Kał i krew oddano do badania bakterjologicznego. Lawatywa z krochmalu i rumianku.

26.III. Stan bez zmian, b. osłabiona. Krwawe stolce. Postanowiono przetoczyć krew chorej.

27.III. Zbadano matkę na grupy krwi, wykonano próbę odczynu Wassermana, przetoczono córce 220 cm. Reakcji po przetoczeniu nie zauważono; dobrze zniosła zabieg.

28.III. Czuje się lepiej, raźniejsza, tętno pełniejsze.

29.III. Stan podgorączkowy; stolce, jak wyżej. W stolcu wykryto *B. coli* i *Enterococcus*. Sporządzono szczepionki. Mocz bez zmian; we krwi nic znamionnego nie wykryto.

30.III. Powtórne badanie krwi; wykryto *Bacillus foecalis alcaligenes*. Zastosowano szczepionki, wyhodowane z kału (*B. coli*) oraz szczepionki z *B. alcaligenes*, wyhodowanego ze krwi; co drugi dzień stosowano je od 100 milionów. Przemiywania кишки stolcowej lapisem (1 : 3000,0).

2.IV. Stan podgorączkowy. Po zastrzyku t⁰ nieco wyższa, miejscowo bez reakcji; bóle głowy.

6.IV. Stolce rzadziej i mniej zabarwione krwią. Czuje się lepiej.

10.IV. Stolce dwa razy dziennie, więcej sformowane; samopoczucie lepsze. Przemiywania lapisem (1 : 2000,0).

15.IV. Szczepionki otrzymuje w dalszym ciągu. Stolce raz dziennie, bez krwi.

25.IV. Siły wracają, łaknienie lepsze; kleiki i soki owocowe. Przemiywania lapisem (1:1000).

27.IV. Siada, silniejsza. Stolce raz dziennie, lepiej sformowane. Chorą zważono (36,2 klg.).

30.IV. Na kilka dni wstrzymano zastrzyki szczepionki.

Rektoskopja: na wysokości 12 cm. widoczne przekrwienie błony śluzowej, a nieco niżej mały szaro-brudny nalot wielkości 20 groszy. Powyżej i poniżej miejsca tego śluzówki bez zmian. Ubytku śluzówki nie zauważono.

2.V. Trochę krwi w stolcu, bóle przy defekacji. Temp. normalna.

6.V. Świeże szczepionki ze krwi i kału.

10.V. Stan lepszy. Stolce bez krwi. Chodzi; łaknienie dobre.

20.V. Stolce normalne. Bóle brzucha ustąpiły. Bóle głowy. Zastrzyki arseniku.

26.V. Chodzi. Stolce normalne.

31.V. Stan dobry. Prosi o wypisanie. — Łącznie otrzymała 22 zastrzyki szczepionki swoistej, od 100 milj. do 2 miliardów 600 milj. Wagi przybyło 3 kilo. Wypisana w stanie dobrym.

W przypadkach tych, w celu dokładnych przepłukiwań lekami jelita grubego, wykonywamy zwykle apendikostomię, jako zabieg najmniejszy i najprędzej prowadzący do celu. Ale tu, przed zabiegiem, postanowiono jeszcze raz przeprowadzić systematycznie leczenie zachowawcze i wypróbować znane środki lecznicze. Jak zaznaczono, chora miała od 8 do 10 wypróżnień dziennie, wodnistych, ciemnych, ze śladami krwi. Tętno było drobne (100), gorączkowała, łaknienia nie miała.

Wobec ciężkiego stanu przedewszystkiem więc przetoczano krew matki (250,0). Ogólny stan nieco się poprawił, lecz trwało to tylko 2 dni. Przemiywaną więc grube jelito zgłębnikiem (lapisem 1:3000); co 2-gi dzień, od słabych rozczynów do mocniejszych, (1:1000). Po nich liczba wypróżnień nieco się zmniejszyła; wybitnej poprawy nie było. Nie było też poprawy po autoszczepionkach z kału chorej (*B. coli* i *enterococcus*); pacjentka dalej gorączkowała. Wówczas zbadano jeszcze raz krew (Dworecki), wykryto *B. foecalis alcaligenes* i dopiero po zastosowaniu autoszczepionki z *b. foec. alcalig.* od razu nastąpiła poprawa. Po dwóch tygodniach przestała gorączkować, wypróżnienia były raz dziennie, sformowane; wróciło łaknienie. Chora wyzdrowiała.

Zasługuje tu na uwagę że:

a) w badaniu krwi wykryto *Bacillus foecalis alcaligenes*,

- a wrzodzące zapalenie grubego jelita nie było, zdaniem prelegentów, tylko schorzeniem miejscowym, a ogólnem (bacteraemia);
- b) *B. foecalis alcaligenes*, wykryty tu we krwi, należy do drobnoustrojów, bardzo rzadko we krwi spostrzeganych;
- c) szybką poprawę i wyzdrowienie chora zawdzięcza zastrzykom autoszczepionki, przygotowanej z *B. foecalis alcaligenes*.

Goldman, w rozprawie podkreślił słusność leczenia na oddziałach chirurgicznych spraw z pogranicza cierpien wewnętrznych — operacyjnych jak się analogicznie słusnie rzecz ma w przypadkach niepewnego rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego. Dworecki omawia przypadek pod względem bakterjologicznym, przyczem podkreśla trudności wyhodowania z krwi *Bacillus foecalis alcaligenes*.

1. Kigiel i Ed. Luxenburg. **Przypadek ciężkiej rany ściany brzusznej i żołądka.** (Z oddz. M. Lubelskiego).

St. D., lat 26, w zamiarze samobójczym uderzył się nożem w brzuch. Gdy przywieziono go na oddział — w 2 godziny po wypadku — był blady, z tętnem miernie wypełnionem — 76 na 1 m. Powłoki brzuszne były nieznacznie napięte w lewym górnym odcinku; mięśnie w stanie obronnym. Nawęwnątrz od linii sutkowej lewej, o 3 palce wyżej pępka, tuż przy łuku żebrowym, rana długości 2 ctm., o brzegach równościętych. Okolica rany bardzo bolesna. Kończyny dolne w półgięciu. Zaraz po przybyciu na oddział dostał mdłości, w kilku ruchach wymiotnych zrzucił 10¹/₂ litra treści żywo-czerwonej z wiśniowemi skrzepami i resztkami pożywienia; tętno wówczas było 90 na 1', nieco później 110. Rozpoznano ranę żołądka; przystąpiono do zabiegu.

Znieczulenie miejscowe, cięcie pośrodkowe, nadpępkowe; przez nie otworzono otrzewnę, przyczem ukazał się płyn, zabarwiony krwią. Na powierzchni żołądka, na przedniej ścianie jego, stwierdzono o 2 ctm od krzywizny wielkiej w 1/2-łowie odległości od wpustu i ujścia, lekko ziejącą krwawiącą ranę 3 cm. długą, skośną do krzywizny, a tuż niżej rany krwawiącą tętniczkę na krzywiznie większej. Tętniczkę podwiązano, ranę żołądka zeszyto szwem ciągłym poprzez wszystkie warstwy, następnie nałożono szew ciągły Lamberta. Ponad tem umocowano cypel sieci. W pobliżu wypustu, na krzywiznie wielkiej, podwiązano niewielki krwiał. Następnie wykonano przegląd jamy brzusznej. Aby obejrzeć tylną ścianę żołądka, rozszczepiono wiązadło żołądkowo-okrężnicze które — po stwierdzeniu całości tylnej ściany — zeszyto kilku szwami. Ranę otrzew-

nej po urazową zeszyto od wewnątrz. Brzuch zamknięto zupełnie. W ranę skórną zewnętrzną wprowadzono pasek. Chory gorączkował 4 dni (t^0 38⁰).

W 2 tygodnie po zabiegu opuścił łóżko, poczem wkrótce wypisał się zdrowy.

W rozprawie A. Goldman podziela słusność poglądu prelegentów, jest bowiem też zwolennikiem natychmiastowego dokonania rewizji jamy brzusznej w każdym przypadku rany brzucha, gdy zachodzi choćby najmniejsze przypuszczenie uszkodzenia narządów wewnętrznych. Lubelski uważa to za słusne, o ile idzie o pracę chirurgiczną w czasie pokoju; na wojnie natomiast daświadczenie wykazało, że rany postrzałowe jamy brzusznej, traktowane wyczekująco, dawały lepsze wyniki, niż natychmiast operowane, a to najprawdopodobniej ze względu na wycieńczenie ogólne rannych, shock oraz niezdatność do transportu, co łącznie odbijało się niekorzystnie na warunkach operacyjnych. Higier również otręga przed interwencją chirurgiczną w ranach postrzałowych brzucha, gdy chorzy znajdują się jeszcze w okresie wstrząsu. Wertheim uzależnia postępowanie wyczekujące lub czynne w ranach postrzałowych brzucha na wojnie w znacznej mierze od warunków dobrych, wzgl. złych, transportu chorych.

Tonenberg. Przypadek nowotworu ramienia.
(Z oddz. A. Wertheima)

Chora, lat 18. Nowotwór lew. ramienia po stronie przyśrodkowej, wielkości średniego ogórka, o spistości chrząstkowatej, składający się z oddzielnych ziarniaków, ruchomy w stosunku do kości i skóry. Niewiadomo, czy wychodzi z mięśnia, wzgl. powięzi, czy też z otoczki nerwu. Ruchomość, a właściwie brak nacieku sąsiednich tkanek — wskazuje, że mamy prawdopodobnie do czynienia z guzem, jeżeli nie łagodnym, to w każdym razie o złośliwości minimalnej. Chora nie skarży się na bóle, czynność ramienia, czucie — bez zmian. Zdjęcie prom. Rtg. wykazuje normalną budowę kości ramieniowej; cień guza o nasyceniu miernem. Punkt wyjścia i charakter guza wyjaśni zabieg operacyjny i badanie drobnowidowe.

W rozprawie A. Goldman podaje, że spostrzegał dwa przypadki podobne, w których okazało się, że guzy pochodziły z otoczki naczyń. Goldstein mówi o możliwości tu krwiaka pourazowego, który w następstwie mógł ulec zwapnieniu. Płoński mówi o pochodzeniu niekiedy takich tworów z perineurium. Tonenberg w odpowiedzi podaje, że urazu tu nie było, a nowotwór składa się jakby z szeregu oddzielnych guzów, co też w danym przypadku przemawia przeciw urazowemu pochodzeniu jęgo.

Konferencje Neurologiczne Oddziału IX-go.

Posiedzenie dnia 15 maja r. 1930.

Przewodniczył Bregman.

H. Flatauowa i E. Herman. **Przyp. stwardnienia rozsianego z objawami jakby guza podstawy mózgu.** (Z oddz. E. Flataua).

Szt., Ł., l. 23, przybyła na oddział 7.III.30 r. Przed 5 tyg. nagle poczuła swędzenie i bóle w l. połowie twarzy i ciemieniowej części głowy, które stopniowo nasilały się i umiejscowiły w całej l. połowie głowy i l. gałce. Po 3-eh tyg. nudności i wymioty. W tym czasie porażenie ruchów l. gałki, bez zaburzeń wzroku, dwojenia. Przed tygodniem silny zawrót głowy. Ostatnio znaczne drętwienie i swędzenie l. połowy twarzy, głównie u nosa i podbródka. — Menses od 17 r. życia, niekiedy brak miesiączki przez 3 — 4 — 9 miesięcy.

St. ob. T^o pr.; tętno 100. Osłabienie węchu po str. l. Oddziaływanie źrenic +. Dno oczu — pr.; vis. oc. utr. $\frac{2}{3}$. Mroczków—niema. Ruchy gałki pr. — zachowane; l. — prawie zniesione. mianowicie; na wewnątrz i na zewnątrz — lewko dostrzegalne, do góry — do poziomu do dołu — nieco rozleglejsze. Odr. rogówkowe — zniesione. Obj. Bielszowskiego —niema. Czucie bólu i dotyku na całej l.^{1/2} twarzy osłabione, na języku — obustronnie, z l. > pr. Napinanie żwacza lekkie, minimalne. Hemiptosis sin. Smak, słuch — zachowane. Kk. g. i d. +. Odruchy: Per.- 0; PR- +; Abd. — górne zachowane, l. nieco > pr.; środk. i dolne b. słabe, łatwo się wyczerpują. Białe smugi na brzuchu. PR. umiark., pr. >; AR.—żwawe; arefl. stóp, Ro (—). (hód prawidłowy. Badanie narządu słuchu (Karbowsk i) w dniu 18.III: Słuch +. Samoistny oczopląs I stopnia w obie str. pr. gałki ocznej. Synchronicznie z drżeniem gałki pr. widać rytmiczne ruchy l. górnej powieki. Bałanie kaloryczne l. ucha: wzmożona pobudliwość narządów n. przedsionkowego; reaguje prawidłowo tylko pr. gałka. l. nie zmienia położenia. Podczas trwania oczopląsu, doświadczalnie

wywołanego, obserwować można rytmiczne ruchy l. g. powieki, które ustępują po wygaśnięciu doświadczalnie wywołanego oczopląsu.

20.III. prawie całkowite porażenie l. n. VII o typie obwodowym. Ophthalmoplegia sin. extr. totalis. Bolesne drętwienie w l. $\frac{1}{2}$ twarzy. 17 III P. L.: 5 limf.; Nonne. Apelt (—); Białka 0,16^{0/00}; Guillain ujemny. Was. we krwi i płynie (—) Cytologicznie krew — bez zmian. Roentg. czaszki — bez zmian. Od 19.III do 24.III — naświetlanie l. $\frac{1}{2}$ mózgu prom. Rtg. 24.III poprawa ruchów gałki l. do góry i do dołu. 2.IV zjawiają się rozleglejsze ruchy do boków, wystąpił oczopląs w gałce lewej. 9.IV wypisana z poprawą. — Miało się tu zatem do czynienia z dość nagłym zajęciem III, IV, V, VI, a potem i VII nerwów czaszkowych po jednej stronie, zarazem objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci nudności i wymiotów. Można było by przypuszczać zatem, że zachodzi tu przyp. guza podstawy mózgu. Jednakże wyraźne parestezje w l. $\frac{1}{2}$ twarzy, bez zmian na dnie oczu, obustronny zanik odr. rogówkowego, oczopląs gałki zdrowej, wybitnie wzmożona pobudliwość narządów przedsiolkowych, osłabienie odr. brzusz., białe smugi na brzuchu, nierówność odruchów PR., a nadewszystko wzgl. dobre samopoczucie chorej — skłoniły nas do rozpoznania stwardnienia rozsianego. Dalszy przebieg choroby, a mianowicie zanikanie porażeń mięśni gałki ocznej oraz nerwu VII, potwierdziło nasze rozpoznanie. 15 V. 1930 wszelkie ruchy gałki l. wróciły do normy, unerwienie lewej połowy twarzy znacznie lepsze było. — Przyp. porażeń n. ocznych i innych w S. m. spostrzegali Oppenheim i inni — S. multipl., odtwarzające guzy mózgu, opisują Nonne, Bruns, Rozenfeld i wielu innych. — Tu zasługują na uwagę oczopląs powieki o charakterze zastępczym w porażonej gałce, jawienie się oczopląsu po ustąpieniu porażenia mięśni ocznych, dobry wynik leczenia prom. X.

W rozprawie Simchowicz zaznacza, że trudno tu zgodzić się z rozpoznaniem stwardnienia wielogniskowego. Za mało tu objawów, przemawiających za tem cierpieniem. S. skłania się raczej do rozpoznania guza, za czem przemawiały też właśnie dodatni wpływ leczenia promieniami X. Sterling również tak sądzi; gdyby tu była kiła, to raczej należałoby rozpoznać meningitis gummosa, z umiejscowieniem na podstawie mózgu. Higier też widzi tu za mało danych dla Scl. multipl. Goldflam podnosi, że Marburg opisał podobną postać Scl. mult.; w tym jednak przypadku nie widzi ani jednego ważkiego objawu, któryby za tem cierpieniem przemawiał (przedewszystkiem brak obj. Rossolimo). Przeczy też temu rozpoznaniu zajęcie tak licznych nn. czaszkowych. Bregman skłania się do rozpoznania nowotworu, wychodzącego z kości, z czem przemawia dodatni wpływ promieni X. Flatau wyłącza rozpoznanie nowotworu, brak bowiem objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego (brak bólów głowy, wy-

miotów, tarczy zastoinowej). Nystagmus, słabe odruchy brzuszne, białe smugi oraz cały przebieg cierpienia w tym przypadku przemawiają za ScI. mult. W ScI. mult. prom. X mają znaczenie terapeutyczne. W nowotworach podstawy czaszki stwierdza się zmiany na rentgenogramach.

A. Krakowski Przypadek nowotworu ogona końskiego. (Z oddz. L. Bregmana).

Chora, l. 51, przed 2 laty upadła, uderzyła się w dolną część kręgosłupa; przez kilkanaście godzin bóle o nasileniu tak znacznym, że nie mogła ani siedzieć, ani chodzić; dzień jeden było też zatrzymanie moczu. Bóle, zaburzenia urynowania, minęły; przez $\frac{1}{2}$ roku czuła się zupełnie dobrze, ciężko pracowała. Niebawem znowu zaczęły się bóle, tym razem opasujące; rozpoczynały się w dolnej części kręgosłupa, w miejscu uderzenia, promieniowały wzdłuż tylnej powierzchni kkd. Równocześnie z bólami osłabły kkd., początkowo lewa, a następnie pkd.. Osłabienie stopniowo narastało; po roku przestała chodzić. Znowu były zaburzenia wydalania moczu (nietrzymanie) oraz zaparcia. Zrazu na zasadzie zdjęć rentgenowskich lekarze rozpoznawali spondylitis tbc.. Stosowano kilka tygodni łóżko gipsowe; stan jednak poprawie nie uległ. — Rodzina zdrowa. Przeżyła 10 normalnych porodów; nie rouiła. Przed 7 miesiącami na noszach została przyniesiona do szpitala.

St. obec.: nn. czaszkowe oraz kkg. bez zmian. Opukowa bolesność lędźwiowo-krzyżowej części kręgosłupa. Ani chodzić, ani usiąść nie może. Kkd. unosi całe niedostatecznie, przytem i silny ból czuje w krzyżu; zginała i prostowała kkd. w kolanie niezle. Lewa stopa opuszczona, prawa w lekkim zgięciu grzbietowem. Ruchy skokowe oraz palcami ograniczone, więcej po stronie lewej. Abdukcja i addukcja kkd. słabe. Prawy pośladek bardziej wiotki. PR zachowane, b. słabe, prawy >. AR obustr. — O. Podeszwowe zniesione. Odruchów patologicznych niema; brzuszne jednakowe, umiarkowane. Obustronnie objaw. Laségua.

Zaburzenia wszystkich rodzajów czucia w części środkowej, bocznej i powierzchni tylnej uda oraz podudzia, na podeszwowej, grzbietowej powierzchni palców, krocza i przyśrodkowej części okolicy pośladkowej. Z powodu zmian w kręgach lędźwiowych nie otrzymano płynu m. rdz.. Odczyn Wassermanna z surowicą krwi dał wynik ujemny. Zdjęcie kręgosłupa Rtg. wykazało: górne powierzchnie trzonów I, II, III i IV nierówne, przewapniałe. Podpotylicznie wstrzyknięty lipjodol zatrzymał się nad II S. Zmiany ilościowe elektryczne w mięśniach lkd.. — W przypadku tym klasyczny obraz korzeniowych zaburzeń czucia, ograniczenie ruchów odcinka obwodowego kkd, brak odruchów, Achillesa i podeszwowych, zaburzone wydalanie moczu oraz kału,

wreszcie zacopowanie kanału lipjodolem nad II S., przemawiają za ogniskiem w ogonie końskim i to ogniskiem nowotworowym, prawdopodobnie z kości wychodzącym.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na wybitnie dodatni wynik po naświetlaniach prom. X dolnej części kręgosłupa, (szybkie ustąpienie nieznośnych bólów uciskowo-korzeniowych już po 1-ej serji naświetlań (środki narkotyczne nawet w największych dawkach wpływu nie miały). Po 2-m naświetlaniu zaczęła wracać siła mięśniowa i ruchy w kkd.; o własnych siłach siadła w łóżku, wkrótce potem chodziła z pomocą. Po 3-iem naświetlaniu stąpała sama. Zaburzenia pęcherzowe mniej dokuczliwe. Czucie wróciło wysepkami na tylnej powierzchni kkd. Odruchy bez zmian. Ruchy w odcinkach obwodowych kkd. z zakresie zupełnie dostatecznym.

Przypadek ten jest dowodem, że nowotwory, z kręgow wychodzące, należy leczyć zachowawczo, naświetlaniami prom. Rentgena i kwarcowemi (i te chorej stosowano).

W rozprawie Flatau zapytuje, dlaczego nie wprowadzono lipjodolu dolnego — dałoby to obraz rozległości nowotworu. Fl. uważa pozatem, że wskazana jest w tych przypadkach punkcja aspiracyjna, która daje też niekiedy znaczne korzyści diagnostyczne.

Bregman podnosi, że chorobę poprzedził uraz. Początkowo rozpoznano spondylitis tuberculoza. Łóżko gipsowe było bez skutku. Nie zgodziłby się z korzyścią stosowania tu dolnego lipjodolu. Zmiany w kręgach nie ulegają wątpliwości; trudno tu jednak powiedzieć, czy nowotwór wychodzi z kręgow. W schorzeniach caudae equinae nakłucie lędźwiowe może nie dać płynu m-rdzeniowego.

Mes z zaznacza, że rentgenogramy nie przemawiają za gruźlicą, raczej za nowotworem, wokoło którego wytworzyły się zrosty.

Krakowski dodaje, że pomimo poprawy rokowanie w tym przypadku jest niepewne. Doświadczenie bowiem poucza, że działanie promieni Roentgena wyczerpuje się, każda następna serja działa słabiej. Prom. X. zwiększają odporność tkanek na działanie tychże promieni. Nie jest w tym przypadku i nadal wyłączona potrzeba operacji.

Pinczewski i Wolff. Przypadek stwardnienia rozsianego o umiejscowieniu striarnem i z objawami chor. Basedowa. (Z oddz. E. Flatau).

A. G. lat 26, kawaler, przybył 15.IV.1930 Przed 7 laty nagle, podczas obiadu, wystąpiło drżenie w obu kk. dolnych o dużej amplitudzie. Trwało to przez miesiąc, później drżenie było tylko w lewej k. dolnej. W r. 1925 podczas poboru chorego badano w szpitalu wojskowym b. silnemi prądami, w tym też czasie jakoby wystąpiły

ruchy mimowolne w lewej k. górnej. W r. 1929 — drgania lewej powieki górnej raz dziennie. Od 1/2 roku—dwojenie, od roku nie może patrzeć w górę. Od roku — drżenie w kk. prawych — nieznaczne. Od czasu do czasu silne bóle głowy. Śpiączki nie było. St. obecny. Tarczyca powiększona. Płuca: stłumienie nad lewym szczytem, zaostrenie oddechu nad szczytami. Serce: Tętno 90 na 1', miarowe. Układ nerwowy: Głowę utrzymuje nieco wzniesioną. Źrenice pod wpływem światła sztucznego zwężają się minimalnie, pr. > l. Prawa źrenica nieco szersza, na światło dzienne oddziałuje lepiej. Reakcja na zbieżność — prawidłowa. Dno oczu — norma. Gałki oczne — błyszczące, lewa w nieznacznym wytrzeszczu, ustawienie prawidłowe. Ruchy boczne i ku dołowi — zachowane; ku górze — do linii środkowej (objaw Parinaud dodatni), odruchowe patrzenie ku górze dobre (objaw Bielschowsky'ego—dodatni). Niedowład m. prostego górnego oka lewego. Oczopląs samoistny poziomy i ku górze. Moebius i Graefe — dodatnio w lewym oku. Nu. przedsiolkowe — próba kaloryczn. wykazuje patologiczne wzmoczenie pobudliwości. Twarz — maskowata. Pozatem nn. czaszkowe bez zmian. Kk. górne i dolne: w l. k. g. w spoczynku ruchy podobne do parkinsonowskich, wzmagające się podczas wykonywania ruchów dowolnych, zwł. w zbliżeniu do celu. Ruchy te zjawiają się w próbie palec -- nos. Po str. prawej — ruchów tych niema. Diadochokineza z powodu ruchów mimowolnych utrudniona po str. lewej, po str. prawej — prawidłowa. Podobne ruchy mimowolne w k. d. lewej. Pozatem kk. g. i d. — bez zmian. Odruchy: Per. — słabe, Tr. +, Abd. — brak. Analny — osłabiony po str. pr. — PR +; AR -- pr. < l. Podeszwowe — fleksja, Rossolimo — O. Białe smugi. Mowa — nieco skandowana. Psychika — bez zmian. Chód z podskokiem na lewej nodze, P-I. — płyn bezbarwny, 16 limfocytów, Białka — 0,16%, N-A —; Guillain —; Wa we krwi i w płynie —. Krew — Hb — 76%, cz. c. — 4.070.000, b, c. — 7.300, N — 69% L 21%, P. -- 13%. Mocz bez zmian. Metabolizm, podstawowy + 39%.

W przypadku tym zasługuje na uwagę obecność zespołu objawów choroby Basedowa (powiększenie gruczołu tarczowego przyspieszenie tętna, Graefe i Moebius—dodatni, powiększenie przemiany podatawowej) obok szeregu rozsiaanych objawów ze strony układu nerwowego w ścisłym znaczeniu (ruchy mimowolne w kk., objawy Parinaud i Bielschowsky'ego, niedowład m. prostego górnego oka lewego, wzmoczona pobudliwość układu przedsiolkowego, brak odruchów brzusznych). Objawy Basedowa zaznaczone są po tej samej stronie, co i objawy ze strony układu nerwowego; istnieje też zależność w czasie wystąpienia tych zespołów, a mianowicie, objawy Basedowa wystąpiły później, wobec tego należy przypuszczać, że zespół Base-

dowa jest tu wtórny i że rozwinął się na tle schorzenia układu nerwowego. Charakter rozsiany zmian w układzie nerwowym pozwala rozpoznać w danym przypadku stwardnienie wieloogniskowe. Pseudobasedowa obserwowano w przewlekłych stanach pośpiączkowych, tłumaczono je, jako skutek zmian w ośrodkach, położonych na dnie III-ej komory. W danym przypadku, który również traktować należy jako *pseudobasedow*, szukać należałoby zmian w tychże ośrodkach, ale byłyby one spowodowane przez czynniki, wywołujące stwardnienie wieloogniskowe.

W rozprawie Goldflam kwestjonuje w tym przypadku objawy choroby Basedowa (brak wytrzeszczu, tarczycza niepowiększona); G. nie zgodziłby się również z rozpoznaniem scler. mlt., niema wzmożenia odruchów, brak patologicznych — Ros. i Bab.). Bregman zgadza się z rozpoznaniem tych. Basedowa (metab. bas.+39). Krakowski podnosi, że zajęcie zwojów podstawnych mózgu, gdzie znajdują się jądra nn. współczulnych, może dawać objawy choroby Basedowa bez zaatakowania bezpośredniego tarczycy. Flatau uzasadnia słuszność rozpoznania tu stwardnienia wieloogniskowego oraz choroby Basedowa.

Posiedzenie dnia 5 czerwca r. 1930.

Przewodniczył Flatau.

A. Krakowski. **Przypadek poporodowego porażenia n. strzałkowego prawostronnego u chorej, dotkniętej więdem rdzenia.** (Z oddz. L. Bregmana).

Chora l. 32, dawniej była zdrowa. Przeżyła 5 normalnych porodów, nie roniła. Mąż chorej przed 16 laty zaraził się kiłą, leczył się niedostatecznie — subiektywnie czuje się zupełnie zdrow — zresztą i przedmiotowo — zarówno w układzie nerwowym, jak i w narządach wewnętrznych, zmian patologicznych u niego nie stwierdza się, jedynie odczyn Wassermanna z surowicą krwi i płynem mózgo.-rdz. dał wynik wybitnie dodatni.

Pierwsze objawy obecnej choroby w, stąpiły u chorej przed 5 mies., zaraz po ostatnim porodzie. Poród był lekki, bez pomocy akuszeryjnej; po kilku godzinach wystąpiła jednak wysoka gorączka i jednocześnie zjawiły się parestezje w pkd., wkrótce potem i w lkd. Po kilku dniach osłabła pkd., nieznacznie tylko lkd. Gdy po 10—12 dn. gorączka ustąpiła, chora nie mogła z łóżka wstać z powodu osłabienia kkd. —

St. ob: nierówność źrenic z brakiem oddziaływania na światło, z zachowanym cdczynem na przystosowanie. Nn. czaszkowe — norma. W kkg. zmian nie stwierdzono. Kkd.: objętość prawego podudzia znacznie mniejsza, stopa prawa opuszczona, ruchów żadnych, zarówno

stopą, jak i palcami, nie wykonywa. W stawie biodrowym i kolanowym ruchy ograniczone, siła mała. W lkd. ruchy nieco ograniczone, siła dostateczna. Brak było odruchów kolanowych i że ścięgna Achillesa. Duży bezład w próbie pięta — kolano. Zniesiony zmysł mięśniowy w palcach u stóp. Dyskretne zaburzenia czucia na palcach u stóp, pas zaburzeń czucia na klatce piersiowej na wysokości sutek. Odczyn zwyrodnienia w mięśniach, unerwionych przez nerw strzałkowy prawy. W płynie mózg.-rdz. pleocytoza (32 limfoc.). Wassermann ze krwi i płynu ++++. Pod względem psychicznym — norma. — Pod wpływem energicznego leczenia swoistego wróciła władza w kkd.; na inne objawy neurologiczne leczenie nie wpłynęło.

A zatem u chorej, niewątpliwie luetyczki, która przed obecną chorobą subiektywnie czuła się zupełnie dobrze, tuż po porodzie powstały dość ciężkie objawy nerwowe. Ze względu na to, że porażenie ujawniło się tutaj zaraz po porodzie, nasuwa się myśl połączenia tego porażenia z momentem mechanicznym, który w czasie porodu odgrywa doniosłą rolę. Poród był lekki, jednak pamiętać należy o tem, że włókna nerwu strzałkowego rozpoczynają się już w miednicy i za swe bezpośrednie oparcie mają kość, są ogromnie czułe na najmniejszy ucisk mechaniczny. Gerhart doświadczalnie dowiódł, że przecięcie n. kulszowego powoduje w pierwszym rzędzie zwyrodnienie n. strzałkowego, że ucisk trwający mniej niż $\frac{1}{4}$ minuty może powodować w tym nerwie zmiany. Wobec tego można przypuszczać, że krótkotrwały ucisk nawet w czasie lekkiego porodu mógł powyższe porażenie spowodować.

Wyłania się tutaj i druga możliwość, toksycznego pochodzenia porażenia u chorej, dotkniętej kiłą, która zaraz po porodzie zaczęła gorączkować. Toksyny tu stać mogą w związku albo z samą infekcją kiłową lub też z gorączką popołożową. Kiła w okresie niemetaluetycznym atakować może na kkd. n. udowy, kulszowy; znane są nawet schorzenia wielonerwowe z dodatnim odczynem Wassermanna we krwi i płynie m.-rdz. W okresie zaś późniejszym, jak w wiądzie rdzenia, którym chora jest dotknięta, (objaw Argyll - Robertsona, zona Hitziga na klatce piersiowej, opóźnione przewodnictwo hólowe, brak odruchów PR i AR). Jad kiłowy wykazuje specjalną predylekcyę do atakowania, obok nerwu dodatkowego i promieniowego, nerwu strzałkowego. Porażenia te w przebiegu wiądu rdzenia są analogiczne do porażeń mięśni gałek ocznych. Porażenia n. strzałkowego, towarzyszące wiądowi rdzenia, należą do rzadkich; opisane zostały m. inn. przez Strumpella i Raymond'a. Jaki czynnik spowodował w tym przypadku porażenie, czy mechaniczny, czy toksyczny, trudno jednak rozstrzygnąć.

W rozprawie Higier podnosi, że ciężki poród podobne porażenia daje. Bregman zaznacza, że może być poród lekki, lecz dużą

rolę odgrywa tutaj i szybkość porodu. Goldflam zgadza się z rozpoznaniem tu wiądu rdzenia.

K r a k o w s k i wyjaśnia, że ze względu na anatomiczny przebieg n. kulszowego, który przylega w miednicy małej do kości łatwo w czasie porodu ulec może uciskowi, a wystarczy już $\frac{1}{10}$ min, żeby w nerwie zaszły zmiany. W tym przypadku jednak wiąd rdzenia, którym chora była dotknięta, może być, niezależnie od momentów uciskowych, przyczyną porażenia nn. obwodowych.

Od Redakcji.

Redakcja Kwartalnika przypomina, że do I.IV r. 1932 trwa okres dla odczytów konkursowych o nagrodę 200 zł. za „najlepszy odczyt z dziedziny badań klinicznych lub doświadczalnych, wykonanych w szpitalu na Czystem a wygłoszony na posiedzeniu klinicznym szpitala”. Zgłoszenia należy kierować do p. kol. Sekretarza posiedzeń naukowych, wzgl. do Redacji Kwartalnika.

Udział w konkursie mają prawo brać wszyscy lekarze pracujący w szpitalu, prócz p. p. ordynatorów.

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 maja 1932 r.

Prace, nadsyłane do druku, powinny być napisane na maszynie, na jednej stronie arkusza, z zachowaniem międzylinji i marginesu.

Artykuły oryginalne i streszczenia powinny być należycie opracowane w stylu i pisowni, z uwzględnieniem polskiego mianownictwa lekarskiego.

Koszty klisz ponosi autor; klisze, rentgenogramy i rysunki Redakcja zwraca na żądanie autorom.

Autorzy artykułów otrzymują bezpłatnie 10 odbitek, większą liczbę zamawiają sami w drukarni przed rozpoczęciem składania zeszytu.

Redakcja prosi autorów prac oryginalnych o nadsyłanie krótkich streszczeń w języku francuskim, angielskim, niemieckim, względnie polskim.

Nadesłane.

Komunikat Naczelnej Izby Lekarskiej o utworzeniu Biura Propagandy Medycyny Polskiej, ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskiej Nr. 1 z dnia 1 października b. r., znalazł żywy oddźwięk wśród lekarzy, co jest najlepszym dowodem potrzeby takiego Biura.

W nadsyłanych listach zwracają Szanowni Korespondenci w pierwszym rzędzie uwagę na racjonalną organizację pracy, któraby zapobiegła wykonywaniu tych samych wysiłków przez różne czynniki i różne osoby.

Biuro Propagandy Medycyny Polskiej chce obecnie nawiązać kontakt z szeregami czasopism zagranicznych w sprawie umieszczania w nich streszczeń polskich prac lekarskich. Kierując się zasadą organizacji pracy B. P. M. P. proszą Panów Lekarzy, którzy są stałymi korespondentami pism zagranicznych, o powiadomienie, z jakimi pismami zagranicznymi pracują, aby pism tych nie brać już pod uwagę.

Pamiętnik I Polskiego Zjazdu w sprawie badania i zwalczania reumatyzmu w zdrojowisku Inowrocław dn. 6 i 7.IX.31.

Plac Towarzystwa Przyjaciół Uniwersytetu Hebrajskiego w Jeruzolimie w latach 1922 — 1931.

The Hebrew University Jeruzalem 1929/30.

Pamiętnik III Zjazdu Lekarzy w Krynicy 1930 r.

Internacia Medicina Revuo.

Droga do Zdrowia — Nr. 2-gi Czasopisma. Kraków 1931 r. (poświęcone ochronie zdrowia i sprawie opieki i ubezpieczeń społecznych).

T R E Ś Ć N U M E R U.

S. Zankowy. Nadmierne wymioty ciężatnych. *L. Lubliner i M. Płoński.* Z kazuistyki raków tchawicy. *M. Landau.* Hemogram Schillinga w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Sprawozdania z posiedzeń naukowych w r. 1930/31.

S O M M A I R E.

S. Zankowy. Sur les vomissements excessifs der femmes enceints. *L. Lubliner et M. Płoński.* Contribution à l'étude du cancer de la trachée. *M. Landau.* L'hémogramme de Schilling dans l'appendicite. Comptes-rendus de Séances cliniques à l'Hôpital Israelite a Varsovie.

Redaktor: **J. Rotstadt.**

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

Adres Redakcji i Administracji.

Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapii Fizycznej, tel. 552-40 Dr J. Rotstadt.

Skład Główny: Księgarnia Gebethnera i Wolffa. Krakowskie Przedmieście 15, tel. 604-12.

NEUMAN i TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU