

# KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE  
WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

---

---

## O wrodzonych przetokach bocznych szyi.

P O D A Ł

**M. Abramowicz.**

*(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu klinicznym Szpitala).*

Sprawa przetok szyjowych interesuje mnie oddawna. Już w r. 1920 podałem w Gazecie Lekarskiej — w związku ze spostrzeganym wówczas przypadkiem przetoki środkowej — genezę i patologję tej postaci. Boczne przetoki spostrzega się rzadziej. To też w związku z przypadkiem, przedstawionym przeze mnie na zebraniu klinicznym szpitala w r. 1931, chciałbym w zarysie omówić sprawę warunków, sprzyjających powstawaniu tych przetok. Wobec ustalonego mniemania, że są one wrodzone, tembardziej budzi zaciekawienie ostatnie spostrzeżenie. Przetokę ujawniono u mojego pacjenta rok temu. Przez 25 lat życia nie odczuwał on na szyi żadnej dolegliwości, nie widział żadnego zniekształcenia lub guzka. Poza tem, jak zobaczymy, przetoka w danym przypadku zwracała też szczególną uwagę pod względem wymiaru swego.

Przez długi czas badacze tej jednostki chorobowej, wzgl. zboczenia, bronili poglądu, że powstaje ono wskutek braków aparatu skrzelowego. Tak więc twierdzili, że z każdej szczeliny międzyskrzelowej powstaje przetoka, której otwór zewnętrzny znajduje się na pewnym określonym miejscu, a więc — z I skrzela — przetoka kończy się za małżowiną uszną, z II — pod kątem zuchwy, z III — w środku wewnętrznego brzegu mięśnia obojczyko-mostkowo-sutkowego, z IV — w dolnym końcu tej linii lub nad obojczykiem. His i Streck Eisen, którzy dłuższy czas badali — na zarodkach i noworodkach — te przetoki, twierdzą,

że zaczynają się one nie u odpowiedniego skrzela i nie kończą górnym otworem w gardzieli, lecz że skrzela ujścia swe mają w sinus praecervicalis. Badacze ci zauważyli poza tem, że do 5 go tygodnia przetoki te są w zarodkach objawem normalnym. Wręcz odrębne zapatrywanie na genezę hocznych przetok szyjnych mieli polscy uczeni Kostanecki i Milecki. Aczkolwiek specjalnych badań nie przeprowadzali, doszli jednak na zasadzie dłuższych spostrzeżeń do przekonania, że zewnętrzny otwór przetok omawianych jest rzeczą przypadkową. Według ich mniemania, nie może on być znakiem miejsca powstania tych przetok; sądzą oni, że przetoki tę pochodzą z drugiej wewnętrznej zatoki gardzielowej, która ma ujście do sinus cervicalis, a następnie dopiero z boku przetyku się zasklepia. Pomimo niewątpliwej zasługi tych badaczy w sprawie ustalenia miejsca powstania przetok hocznych szyi — nie wszystkie wątpliwości zostały tu usunięte. Wciąż nadal kietkowała myśl, że aczkolwiek otwory zewnętrzne tych przetok mają, być może, rozmaite umiejscowienie, to jednak niezawodnie pochodzą od jednego zaczątku. Gdy rozpatrzymy szereg przypadków, dojdziemy do przekonania, że przetoki te stale jednak otwierają się wzdłuż linii, idącej od kąta żuchwy do środka mostka. Nawiasem tutaj dodamy, że w naszym spostrzeżeniu ostatniem otwór zewnętrzny leżał na granicy środkowej i dolnej trzeciej części tejże linii. A szczegółowe późniejsze badania ustaliły, że narząd skrzelowy człowieka nie rozwija się ku dołowi w kierunku szyi, lecz przylega całkowicie do głowy i rozwija się ku tyłowi. Ostateczną jego granicą dolną jest linja, idąca wzdłuż dolnego brzegu kości językowej. Łuki skrzelowe są pod względem topograficznym umieszczone precyzyjnie, również precyzyjną jest topografia szczelin międzyskrzelowych. Gdyby więc przetoki były pozostałością narządu skrzelowego, to zewnętrzne ich otwory nigdy nie byłyby się znajdowały niżej kąta żuchwy, a na szyi byłoby niemożliwe umiejscowienie ich.

Usiłowano jeszcze ustalić miejsce pochodzenia tych przetok na zasadzie badań budowy histologicznej ich ścianek. Wykrywano tam -- tu i owdzie — nabłonek migawkowy, miejscami zaś wielowarstwowy płaski, najczęściej jednak ustalano mieszaną budowę ich. To też i ten sposób badań nie dał pozytywnych wyników.

Jak widzimy, rozważania teoretyczne rozmaitych okresów badań nie dały dotąd pewnych wyników; sprzeczność orzeczeń była wynikiem wielkich trudności, jakie nastęrcza badanie tak drobnego obiektu, jakim jest wymieniona okolica u zarodków.

Dopiero Węgłowski dzięki swej nowej metodzie badania, drogą rekonstrukcji, mógł stworzyć podstawę dla rozważań, zbliżających rozwiązanie tego zagadnienia do punktu większego prawdopodobieństwa. Rekonstrukcja w badaniach jego polegała na tem, że preparaty histologiczne danej okolicy fotografował, fotografie odpowiednio powiększał i na zasadzie tych zdjęć robił odlewy gipsowe lub woskowe, co dało możność ściślejszego zapoznania się z topografią rozmaitych narządów zarodka. Takich rekonstrukcji preparatów wykonał Węgłowski 75 (zarodków, noworodków i dzieci w starszym wieku). Badania te dały możność ustalenia, że u człowieka znajduje się 5 — 6 skrzeli i tyleż szpar międzyskrzelowych. Przerwy te są otwarte. Jak już wyżej podano, skrzela leżą ku tyłowi głowy i mają dolną swoją granicę ponad szyją. W początku 2-go miesiąca zarodka cały narząd skrzelowy ulega zanikowi, pozostają ślady w postaci wysepek nabłonka wielowarstwowego płaskiego lub tkanki chrząstkowej. Badając rozmaite narządy na tem miejscu, Węgłowski znalazł, że grasicca tworzy się z III zatoki gardzielowej, ma ona przewód w postaci skośnego kanału, idącego ku mostkowi wzdłuż linii, odpowiadającej mięśniowi mostkowo-obojczykowo-sutkowemu. Przewód ten całkowicie lub częściowo zanika. Podług topografji tych przewodów i umiejscowienia zewnętrznych otworów, względnie przetok szyjnych, łatwo ustalić, że te właśnie przewody grasiccy zamieniają się w przetokę boczną, zupełną lub niezupełną, w zależności od pozostałości po przewodzie. Może pozostać tak mała część przewodu, że powstaje z niej tylko mała torbiel. Nie wyłączona jest też jednak taka możliwość, że boczne zrazy tarczycy, które posiadają też taki wczesnie zanikający kanał, sprzyjają powstawaniu niektórych przetok lub torbieli.

Wyniki badań drogą wyżej podanej rekonstrukcji potwierdzone zostały w ściślejszych badaniach budowy ścianek przetok, gdyż znajdowano tam twory, podobne do ciałek Hassala.

W spostrzeżeniu naszym nie badano histologicznie ścianek przetoki, by pozostawić preparat w całości ze względu na wyjąt-

kową jego długość. Dotychczas podawana w piśmiennictwie długość wyciętych przetok wahała się od 1 do 5 ctm. W danym przypadku przetoka miała przeszło 9 ctm. długości w kierunku od dolnej  $\frac{1}{3}$  szyi w górę aż poza wyrostek rylcowy kości skalistej.

Z Pracowni Anatomopatologicznej Szpitala.

## **O torbielowatości gazowej jelit. (Pneumatosis cystoides intestinorum)**

P O D A Ł

**M. Płoński**, Kierownik Pracowni,

*(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu klinicznym Szpitala)*

Torbielowatość gazowa jelit jest sprawą bardzo rzadką i dotychczas rozpoznawaną tylko na stole operacyjnym lub sekcyjnym. Obraz anatomopatologiczny tej sprawy jest niezwykle charakterystyczny; mechanizm powstawania tego obrazu i czynniki wywołujące są nieustalone. Dlatego też każdy spostrzegany przypadek zasługuje na to, aby był skrzętnie notowany i wszechstronnie zbadany.

Dnia 29.10.31 przybył na oddział wewnętrzny dr. Lewina mężczyzna 57-letni ze skargami na duszność i obrzęki nóg; chorował jakoby na nerki; od 6-tu tygodni znaczne pogorszenie ogólnego stanu — duszność, kaszel, bezsenność; ostatnio rozwolnienia. 5.12.31 — chory zmarł.

Wynik sekcji był następujący. (L. p. protok. sekc. 1656 z dn. 6.12.31.). Bardzo znaczny przerost serca (waga 640 gr.); znaczne rozszerzenie prawostronnych jam; miażdżyca tętnic wieńcowych: liczne blizny w mięśniu sercowym, szczególnie w przedniej ścianie lewej komory; znaczne rozszerzenie lewej komory w okolicy koniuszka z rozległymi zakrzepami przyściennymi; stare zrosty w worku osierdziowym. Prawostronne zapalenie płucny. Zawał w prawym płucu. Miażdżyca tętnicy głównej, tętnic mózgowych i nerkowych. Zapalenie tchawicy i oskrzeli. Zastój krwi w wątrobie i śledzionie. Puchlina brzuszna. Torbielowatość gazowa całej okrężnicy. Mały gruczołek w prawym płacie tarczycy.

Jama brzuszna zawiera do 300 ccm. jasnego, przezroczystego płynu. Narządy jamy brzusznej opuszczone, dolny brzeg

wątroby sięga pępka. Okrężnica jest bardzo znacznie rozszerzona, szczeg. kątnica i część zstępująca. Otrzewna jest naogół gładka, błyszcząca, wilgotna, miejscami sina, — na okrężnicy lekko zgrubiała, zmleczala.

Ścianka okrężnicy jest bardzo sztywna, taśmy napięte; wcięcia okrężne szerokie i głębokie, a części ścianki, leżące między niemi, wypięte nazewnątrz. Ścianka okrężnicy trzeszczy wyraźnie przy przekrawaniu. Śluzówka okrężnicy lekko zaczerwieniona, przez nią przeświecają drobne, jasne, okrągławe pęcherzyki. Powierzchnia śluzówki grubo łańdowana, a do światła jelita wystają duże okrągławe lub owalne twory o średnicy 0,5 — 3 ctm., dobrze odgraniczone od góry i od dołu przez poprzecznie przebiegające, głębokie, wciągnięcia: z boków twory te są niewyraźnie odgraniczone przez szerokie i płytkie wgłębienia, biegnące równolegle do osi podłużnej jelit. Dzięki stosunkowo wyraźnym granicom twory opisane są podobne do polipów o bardzo szerokiej podstawie. Okazuje się jednak, że wciągnięciom, które ograniczają wypukłe twory, odpowiadają uwypuklenia ścianki jelita, widoczne od strony surowicówki; przeciwnie, w tych miejscach, gdzie na surowicówce widoczne były wciągnięcia — leżą twory, wpuklające się do światła. Grubość ścianki jelita wynosi w różnych miejscach od 0,2 do 1 ctm. Na przekroju ścianka ma wygląd gąbczasty i zawiera masę bardzo gęsto leżących obok siebie torbieli różnej wielkości, o świetle wypełnionem gazem bez barwy i bez zapachu i o ściankach sztywnych: wielkość torbieli nie przekracza rozmiarów ziarna grochu; liczne z torbieli są znacznie mniejsze od grochu. Torbiele zajmują środkową część ścianki jelita, odpowiadającą podśluzówce. Śluzówka i mięśniówka są widoczne pod postacią dwu cienkich warstw, odgraniczających grubą podśluzówkę, ma ona wygląd gąbczasty. Zmiany, powyżej opisane, występują bardzo wyraźnie w całej okrężnicy; najbardziej znaczne są w części wstępującej, nieco słabiej zaznaczone w poprzecznicy, — w części zstępującej i esicy są znów bardzo znaczne; w górnej części odbytnicy nagle się urywają.

B a d a n i e m i k r o s k o p o w e. Śluzówka jest mało zmieniona, o nabłonku i gruczołach prawidłowych i o naczyniach krwionośnych znacznie rozszerzonych i wypełnionych krwią; w głębszych warstwach śluzówki widać gdzieś tylko pojedyncze okrągłe, puste przestrzenie, o świetle, wyslanem spłaszczonym śródbłonkiem. W najbliższem otoczeniu tych przestrzeni znajdują się dość liczne nacieki zapalne z pojedynczymi komórkami olbrzymiemi o zarysach nieregularnych. Warstwa mięsna śluzówki jest zachowana, lecz nie wszędzie jednakowa: często jest wąska, o wyglądzie prawidłowym, miejscami granice

jej są mniej wyraźne, włókna rozsunięte, a pomiędzy nimi widać pasma zbitej tkanki łącznej z pojedynczemi okrągłemi, pustemi przestrzeniami i naciekami z limfocytów i leukocytów cozynochłonnych.

Podśluzówka jest bardzo szeroka i bardzo znacznie zmieniła: zawiera ona bardzo liczne i gęsto leżące obok siebie twory o charakterze torbieli różnej wielkości. Światło torbieli jest przeważnie zupełnie puste; pojedyncze torbiele zawierają w świetle niewielką ilość bezkształtnej masy. Bardzo często światło torbieli jest wysłane śródbłonkiem: często również do ścianki przylega szeroka warstwa, składająca się z masy chłonej cozynej, w której są rozrzucone bezładnie różnokształtne jądra; w mniejszych torbielach masa ta równomiernie wystaje do światła, zwiężając je dość znacznie; jej warstwy dośrodkowe barwią się słabiej i mają granicę nieregularną, a jej warstwy obwodowe są ciemniejsze i zawierają liczne, skupione jądra; w niektórych torbielach masa ta nie okrąża równomiernie całego światła, a tylko na drobnych odcinkach przylega do ścianki torbieli; w większych torbielach masa wysłająca światło jest bardzo wąska, nieraz ledwo widoczna: w bardzo dużych torbielach ścianki nie są pokryte komórkami. Małe torbiele zawierają nieraz w świetle (niezależnie od elementów pokrywających ścianki) masę o charakterze zespójni z licznymi jądrami, miejscami rozpadającą się na oddzielne komórki olbrzymie, gęsto leżące obok siebie. Torbiele nie posiadają własnych ścianek, a stanowią właściwie puste przestrzenie w tkance podśluzówki; większe torbiele są oddzielone od siebie bardzo cienkimi przegrodami z tkanki łącznej. Oprócz opisanych torbieli widać w podśluzówce liczne nieregularne przestrzenie, leżące pomiędzy jej rozsuniętymi włóknami: jedne z nich biegną równoległe do powierzchni i są wąskie, puste, często wysłane śródbłonkiem; inne, okrągławe, stanowią najprawdopodobniej przekroje poprzeczne przez te pierwsze; pozatem widać cały szereg nieregularnych przestrzeni pozbawionych śródbłonka. Większość z tych przestrzeni zawiera w świetle bardzo liczne komórki olbrzymie typu komórek ciał obcych (Fremdkörperriesenzellen): komórki te są okrągłe, owalne lub wielokątne, bardzo duże i zawierają liczne okrągłe lub owalne jądra, rozrzucone w zarodki zupełnie bezładnie, lub leżące nieraz w większych skupieniach na biegunie komórki; w niektórych komórkach naliczono 15 — 20 jąder. Układ komórek olbrzymich jest bardzo różnorodny: w niektórych przestrzeniach leżą one na obwodzie, są spłaszczone o zarysach zatartych i przypominają obrazy, występujące w torbielach; w innych przestrzeniach wypełniają ściśle całe światło, nieraz przylegając do siebie zupełnie ściśle i tworzą prawie

jednolitą masę; w mniejszych przestrzeniach, wysłanych śródbłonkiem, widać nieraz podobną masę, barwiącą się odczyną z bezładnie rozrzuconymi jądrami. W kilku miejscach podłużne przestrzenie przylegają jednym końcem do torbieli, a nieraz światło ich rozszerzając się przechodzi bezpośrednio w światło torbieli. Pomiędzy torbielami i różnokształtnymi przestrzeniami leży dość zbita tkanka łączna z znacznie rozszerzonymi naczyniami krwionośnymi: gdzieśgdzie widać drobne, okrągławe ogniska tkanki łącznej bardzo zbitej i szklisto zmienionej; miejscami ogniska te mają charakter drobnych blizenek. W tkance łącznej leżą również skupienia komórek olbrzymich, szczególnie w otoczeniu torbieli średniej wielkości: w bardzo bliskim sąsiedztwie większych torbieli widać pojedyncze komórki olbrzymie, często przylegające bezpośrednio do masy wyścielającej ich światło: gdzieśgdzie leżą komórki olbrzymie wśród ognisk o charakterze ziarniny, zawierającej limfocyty i większe elementy histjocytarne, otaczające drobne naczynia krwionośne.

Mięśniówka i błona surowicza nie wykazują większych zmian.

Obraz, powyżej opisany, jest zupełnie znamieny dla torbielowatości gazowej jelit i zasadniczo podobny do obrazów, opisanych przez innych autorów.

W piśmiennictwie polskim Ciechanowski i Nowicki obszernie opracowali zagadnienie torbielowatości jelit. W 1923 roku P. Goldstein opisał w Kwartalniku Klinicznym przypadek, stwierdzony na stole operacyjnym. W 1924 roku M. Kopolowicz w większej pracy zestawił 78 przypadków torbielowatości jelit, spostrzeganych przez różnych autorów podczas operacji lub na stole sekcyjnym. Wickerhauser, Urban i Mori opisują przypadki, w których zmiany torbielowe w jamie brzusznej, spostrzegane podczas operacji, całkowicie ustępowały po kilku miesiącach, co było stwierdzane później na stole sekcyjnym lub przy ponownej operacji.

Torbiele znajdowano w różnych warstwach jelit — najczęściej pod błoną surowiczą, — nieraz poza jelitami pod błoną surowiczą krezki lub też w sieci. Częściej były zajęte jelita cienkie, rzadziej grube. Plenge spostrzegał torbielowatość gazową w żołądku. W większości przypadków istniały cierpienia przewodu pokarmowego (wrzód żołądka lub dwunastnicy, zapalenie wyrostka), rzadziej schorzenia układu krwionośnego (zmiany w mięśniu sercowym i inne). Opisane przypadki spostrzegano u ludzi

w wieku od lat 13 do 65. Poza przewodem pokarmowym znane jest występowanie torbieli gazowych w pochwie (Colphyperplasia cystica, Vaginitis emphysematosa, Colpitis vesiculosa), oraz w pęcherzu moczowym. Dość często spostrzegano torbielowatość gazową u młodych świń.

Istnieją następujące teorie powstawania torbielowatości gazowej jelit: 1.) nowotworowa, 2.) chemiczna, 3.) bakteryjna, 4.) mechaniczna.

Według teorii nowotworowej (Roth), cała sprawa polega na przeroście naczyń limfatycznych jelit (Lymphangiomatosis), w których powstają torbiele, wtórnie wypełniające się powietrzem.

Według teorii chemicznej, gazy, powstające z pewnych składników pokarmowych pod wpływem zaczynów, wypełniają i rozszerzają naczynia limfatyczne ścianki jelita (Turnure).

Dość licznych zwolenników posiada teoria bakteryjna, która twierdzi, że torbielowatość gazowa jest stanem patologicznym, wywołanym przez drobnoustroje, wytwarzające gazy. (Eisenlohr, Dupraz, Jäger, Steindl).

Stronnicy teorii mechanicznej przypuszczają, że gazy przewodu pokarmowego przenikają pod wpływem wzmożonego ciśnienia z światła przewodu do jego ścianki (często do naczyń limfatycznych); drobne ubytki w śluzówce mogą stanowić drogę, przez którą gazy przedostają się do głębszych warstw. W uzasadnieniu tej teorii autorzy przypominają, że torbielowatość gazową najczęściej spostrzegano przy przewlekłych chorobach przewodu pokarmowego, w których istnieje skłonność do wytwarzania nadmiernych ilości gazów i trudności w ich wydalaniu, — a z drugiej strony, w których często lub stale występują ubytki w śluzówce. (Scheidenmühl, Schmutzer, Ciechanowski, Plange i inni). Dzięki stałemu dopływowi gazów do głębszych warstw ścianki jelit coraz trudniejszym staje się ich wchłanianie — i działają one wtedy tak, jak ciało obce, wywołując charakterystyczny odczyn tkankowy z komórkami olbrzymimi ciał obcych w pierwszym rzędzie.

Wielokrotnie starano się wywołać doświadczalnie na zwierzętach omawiane tutaj zmiany, bądź to przez wprowadzanie do ścianki jelit bakterji, wytwarzających gazy, (Nowicki i inni), bądź też przez wstrzykiwanie powietrza (Ciechanowski).



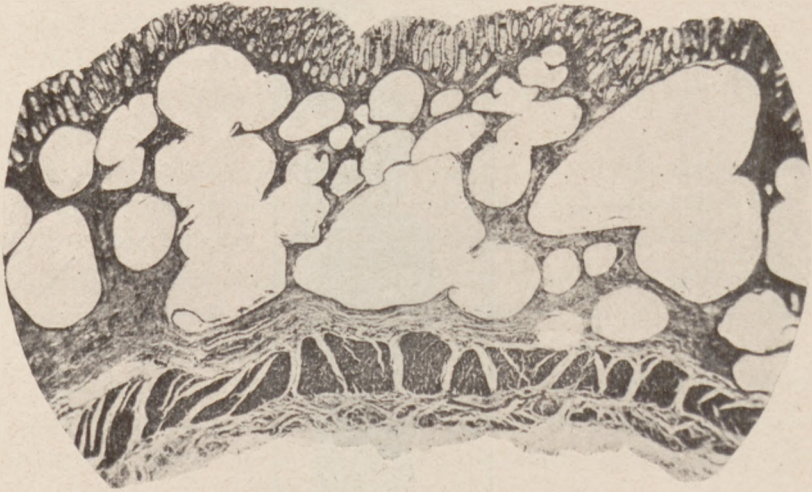
Ani w jednym ani też w drugim przypadku nie udało się wywołać obrazów, histologicznie podobnych do zmian charakterystycznych dla torbielowatości gazowej.



Ryc. 1. Przekrój podłużny przez całą grubość ściany jelita grubego: powierzchnia przekroju ma wygląd gąbki.

Probowano wyjaśnić istotę omawianej tu sprawy przez szczegółowe badanie chemiczne gazów, zawartych w pęcherzykach (Krummacher, Dreyer, Urban i inni). Jednakże badań tych nie można uważać za miarodajne: skład gazu zawartego w pęcherzykach ulega najprawdopodobniej zmianie w bardzo krótkim czasie po wyjęciu z jamy brzusznej odcinka jelit, zmienionego torbielowato; badania dokonane wykazały, że skład tych gazów jest bardzo zbliżony do składu gazów w powietrzu.

Tak więc torbielowatość jelit pozostaje nadal sprawą niewyjaśnioną; większość autorów uważa teorię mechaniczną za najbardziej prawdopodobną.



Ryc. 2. Wycinek ze ściany jelita grubego: w podśluzówce liczne torbiele. (mikrofotograf. — słabe powiększ.).

W opisanym tu przypadku Dworecki wykonał szczegółowe badanie bakteriologiczne torbiele jelit, które nie wykryło żadnych drobnoustrojów, wytwarzających gaz; zmiany stwierdzone w jelicie grubym nie dają się w żaden sposób powiązać z całością obrazu secyjnego. Nie mamy więc żadnych danych, któreby uprawniały do wypowiedzenia się w sprawie etiologii torbielowatości gazowej jelit.

Obrazy histologiczne (Ryc. 2) w naszym przypadku pozwalają jedynie wnioskować, co następuje. Torbielowatość gazowa jelit wykazuje cechy przewlekłej sprawy zapalnej z rozległym bliznowaceniem w ścianie jelita (w danym przypadku w podśluzówce).

W powstawaniu obrazu anatomopatologicznego ważną rolę grają przestrzenie i naczynia limfatyczne. W początkowych okresach naczynia i przestrzenie limfatyczne wypełniają się komórkami olbrzymimi lub zespójnią, które wytwarzają się z śródbłonnków. Do wnętrza tak zmienionych naczyń lub przestrzeni limfatycznych dostaje się gaz (względnie wytwarza się na miejscu), który rozsuwa na obwód komórki olbrzymie (względnie zespójnię), powodując powstawanie coraz większych torbieli,

PIŚMIENNICTWO.

1. *Ciechanowski*. Przegl. lek. 1904. Nr. 1, 2, 3. Virch. Arch. 203. 1911.
2. *Dupraz*. cyt. u. Kopelowitza.
3. *Eisenlobr.* Beitr. z. allg. Patholog. u. path. Anatomie. 1888.
4. *Goldstein*. Kwartalnik Klin. Spit. Starozak. w Warszawie 1923. z. 1, t. 2.
5. *Jäger*. cyt. u. Kopelowitza.
6. *Kopelowitz*. Virch. Arch. 248. 1924.
7. *Krummacher*. cyt. u. Kopelowitza.
8. *Nowicki*. Tygodn. lek. 1908. Nr. 41 — 43: Virch. Arch. 198. 1909.
9. *Plenge*. Virch. Arch. 1921.
10. *Rolb* cyt. u. Kopelowitza.
11. *Sebeidenmühl*. cyt. w. Ciechanowskiego.
12. *Schmutzer*. cyt. u. Kopelowitza.
13. *Steindl*. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 163.
14. *Turnure*. cyt. u. Kopelowitza.

## Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

### **Sprawozdanie z posiedzenia dn. 19 czerwca r. 1931.**

Przewodniczył Zamenhof (Ciąg dalszy).

#### **Kobryner. O nowym objawie w schorzeniach płuc.**

K. referuje o objawie, spostrzeganym przez niego u chorych z cierpieniami płuc, dorywczo, od przeszło 10 lat, a ostatnio zanotowanym systematycznie u przeszło 100 chorych. Objaw ten polega na tem, iż wysunięty poza zęby język odchyła się w stronę schorzałego, względnie bardziej porażonego płuca. K. obserwował ten objaw tak w schorzeniach płuc zapalnych, jak w zawałach; nie stwierdzał go w zapaleniu opłucnej lub w równoczesnem zapaleniu płuca i opłucnej.

Przy brakach w uzębieniu, nawet gdy są zastąpione protezą, lub przy porażeniach samego języka, objaw ten jest niemiarodajny.

W rozprawie Munwes potwierdził, że między innymi, jako szczególnie jaskrawy, wydał mu się jeden przypadek anginy, niedawno obserwowanej u chorego, u którego wydatnie zbaczal język w stronę prawą. U chorego tego po upływie dwóch dni wystąpiły objawy prawostronnego zapalenia płuc.

Bieleńki nie podziela wniosków prelegenta. Odchylenie języka nie może tu być traktowane jako odruch, gdyż odbywa się często z wolą chorego. Poza tem, przy wysokiej gorączce, język wykonywa drobniejsze lub większe drgania, co w trudnych przypadkach rozpoznawania, nprz. zapaleń płuc centralnych, czyniło by objaw też niemiarodajnym. Naogół Bieleńki w spostrzeżeniach swoich nie widział omawianego objawu, a w jednym przypadku, zaledwie przed kilku dniami, spostrzegł zjawisko wręcz przeciwne, że język odchyłał się w stronę lewą, gdy zapalenie płuc było po stronie prawej.

Higier, wnioskując ze spostrzeżeń prelegenta w dużej liczbie przypadków, a nie przesądzając znaczenia patognomicznego omawianego objawu, sądzi, że sprawa ta nie jest bez znaczenia; w przyszłości będzie mogła, być może, stać się pomocną w rozpoznawaniu spraw płucnych.

Lubelski również uważa, że spostrzeżenie prelegenta nie jest pozbawione wartości naukowej; jako nowy objaw kliniczny powinien być jednak sprawdzony na większym materiale.

Kobryner w odpowiedzi zaznacza, że aczkolwiek nie jest to objaw decydujący, to jednak może pozwolić na określenie umiejscowienia schorzenia płuc i ma co najmniej także znaczenie pomocnicze, jak cały szereg chemicznych laboratoryjnych odczynów, w które obfituje klinika. Prelegent wyraża zdziwienie, że kol. Bieleński wątpi o wartości omawianego objawu, skoro, nie wiedząc do niedawna o jego istnieniu, nie miał nawet możności obserwowania go na większym materiale.

#### 5. Wertheim przedstawił **Przyczynę do plastyki skórnej.**

W rozprawie Lubelski, uznając sposób, jakim posługiwał się Wertheim, za pomysłowy i dobry, sądzi, że w danym przypadku można było użyć do plastyki dwu skrawków z bocznych ścian szyi, gdzie skóra wydaje się zdrową i przesuwalną.

#### 6. M. Lubelski i J. Pomper. **Zgorzel błyskawiczna zewnętrznych narządów płciowych u mężczyzny. Leczenie i operacja wytwórcza (3-krotnie pokazywany w biegu leczenia).**

U mężczyzny 35-letniego zjawila się ranka na żołądki prącia, pochodząca jakoby z otarcia przez ciasne spodnie. Pomimo leczenia ranka się powiększała, otoczenie jej obrzmiało i zaczerwieniło się, ciepłota znacznie się podniosła, tak, że po dwóch dniach chory został skierowany do szpitala. U chorego stwierdzono wówczas znaczne ogniska zgorzelinowe na prąciu i mosznie, które szybko rozszerzały się z wydzielaniem płynu ropnego o bardzo cuchnącym zapachu. Na ścianie brzusznej zjawily się znaczne nacieki zapalne z zaczerwienieniem skóry i napięciem deskowatym tkanek. Objawom tym towarzyszył stan ogólny bardzo ciężki z szybkim tętnem, suchym językiem i wysoką ciepłotą. Choremu potwierdzano nacieki zapalne, poza tem wstrzyknięto trzykrotnie surowicę przeciwzgorzelinową, znaczną ilość soli fizjologicznej oraz różne środki nasercowe i uruchomiono lawatwę kroplową. Stopniowo tkanka zgorzelinowa oddzieliła się tak, że po uspokojeniu się ostrego stanu choroby prącie i moszna zostały zupełnie obnażone ze skóry, a jądra wisiały po obu stronach prącia na swych powrózkach nasiennych. Odczyn Wassermanna okazał się ujemny; z posiewu krwi nie wyrosły żadne drobnoustroje, z ropy

wyhodowano niehemolizujące paciorkowce. Po oddzieleniu się obumarłej skóry i wytworzeniu się zdrowej ziarniny przystąpiono do operacji wytwórczych. Operacje wytwórcze na prąciu składały się z trzech aktów. Polegały one na utworzeniu pod skórą wewnętrznąj powierzchni prawego uda kanału, do którego wciągnięto pozbawione skóry prącie. Po trzech tygodniach przecięto nasadę płata, poczem dokładnie zeszyto zewnętrzny brzeg płata z nasadą. Co się tyczy jąder, to umieszczono je, wskutek kurczenia się powrózków nasiennych, w jamie brzucha zewnątrzotrzewnowo. Obecnie prącie pokryte jest całkowicie skórą, luźno przesuwaną się na niem. Podczas wzwodu prącia skóra się łatwo rozciąga: wzwody prącia są niebolesne; pacjent jest zupełnie zadowolony ze swego stanu (Streszczenie własne).

W rozprawie D w o r e c k i, omawiając sprawy bakterjologiczne, zaznaczył, że wchodziły tu w grę w okresie 1-ym bacillus oedematosus malign., w okresie 2-im przyłączenie się paciorkowców i w okresie 3-im bacillus pyocyaneus, który zazwyczaj stwarza szczęśliwy zwrot w przebiegu cierpienia. Własności te bacillus pyocyaneus są zresztą znane od dawna i nieraz starano się rozmyślnie wprowadzić jego symbiozę dla osiągnięcia skutecznych wyników w leczeniu podobnych spraw.

### **Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 16 października 1931 r.**

Przewodniczył B o r n s z t a j n.

Goldbaum, Herman i Lubelski. **Przypadek operowanego guza prawego zrazu skroniowego.** (Z oddziału E. Flataua i M. Lubelskiego).

P. M. l. 17, przybyła na oddział dr. Flataua 15.V.1931 r. Choruje od 6 m. Nagle dostała napadu drgania całego ciała, bez utraty przytomności; napad trwał godzinę, poczem bez zabiegów, lekarstw ustąpił. Po tygodniu krótkotrwale zaciemnienie w oczach. W następnym tygodniu, nagle, rano, poczuła silne odrętwienie w prawej połowie twarzy, w oku prawem, zębach po stronie prawej; było też jakoby odrętwienie w kk. prawostronnych. Odtąd drętwienie w twarzy powtarzało się napadowo; od 3 tygodni do tego silnego odrętwienia w pr. połowie twarzy, zębach i oku pr. przybyło też uczucie palenia w tej dziedzinie. W miesiąc po pierwszych objawach choroby zjawiał się napad drgawkowy całego ciała z utratą przytomności. Napady te powtarzały się raz na miesiąc, niezależnie od czasu menstruacji; trwały dobę, towarzyszyły im wymioty. Od 3 tygodni gorzej słyzy uchem prawem; nastąpiło osłabienie wzroku; od 2 tyg. zupełnie nie widzi okiem lewym, co raz

słabiej widzi też prawem. Bólów głowy przez cały czas choroby nie miała.

Menses — prawidłowe. Mocz i stolców wydalanie bez zaburzeń. St. o b. Wzrostu średniego, budowy prawidłowej. Żyły podskórne w części skroniowej prawej i u kąta zewnętrznego oka bardziej widoczne po str. prawej. Okolica nadjarzmowo-skroniowa pr. nieco bardziej wypukła. Silna bolesność uciskowa okolicy skroniowej prawej. Tętno w ułożeniu nawznak — 84, na boku prawym 102, na lewym — 90. N. n. czaszkowe: Powonienie zniesione obustronnie. Zrenic odczyn na światło słaby. Tarcze o zabarwieniu bladoszarawem, o granicach zatartych; krwotoczki i rozszerzone kapilary na twarzy.

Wyniosłość obrzęku na tarczy pr.-2 D, na oku lewym 5 D. Zwężenie pola widzenia oka prawego od strony nosowej na kolor biały i inne barwy (niedowidzenie). Wzrok oka prawego: liczy palce z przestrzeni 4 m.; okiem lewym nie widzi światła elektrycznego. Wyraźnie zaznaczony wytrzeszcz prawej gałki ocznej.

Ruchy gałek ocznych — zachowane. Odruchy spojówkowe — zniesione obustronnie. Czucie bólu i dotyku osłabione w pr. połowie twarzy i języka. Czucie zimna na prawej  $\frac{1}{2}$  twarzy zniesione, na uchu i szyi osłabione. Unerwienie prawej połowy twarzy nieco upośledzone. Słuch — po str. prawej — zniesiony, po lewej — zachowany. Pobudliwość przedsionkowa po str. prawej — wzmożona.

Smak zachowany. Język zbacza nieco w lewo. Siła klg pr. słabsza. Przy ścisku dłoni synkinezje z lewej na prawą. K. dolna prawa osłabiona, zwł. w ruchu stopy. St e w a r t — H o l m e s po str. pr. zaznaczony. Diadochokinesis po l. powolniejsza. W próbie zbliżania palca do palca nieznaczne zbaczanie dłoni prawej. W. k. d. pr. siła nieco słabsza. Odr. okostnowe—o; z triceps—słabe; Abd — b. żywe; PR — słabe pr. > l. AR — słabe; pr. > l; podeszwowe pr.—zgięcie; z lew.—areflexia. Rossolimo (—).

Usiąść z ułożenia nawznak ze skrzyżowanymi kk. górnymi nie może.

Chodząc, głowę trzyma sztywno, nieco zwróconą w lewo, przyczem stąpa niezupełnie pewnie, zataczając się niekiedy w str. lewą, a k. k. g., zwł. prawą, mało balansuje. Próba na asynergję B a b i Ń s k i e g o słabo zaznaczona, R o m b e r g (+) Roentgenogram czaszki wskazuje, co następuje.

Kości sklepienia cienkie, o wygładzonej wewnętrznej blaszce w części ciemieniowo-potylicznej; w kości czołowej odciski palczaste liczne i głębokie; w 2 miejscach tworzą

ubytki cieniowe. Sinus transversus szeroki i głęboki; powyżej rowka również znajduje się otwór w kości potylicznej. Siodło tureckie b. poszerzone, ma kształt kulisty; grzbiet jego b. cienki.

W-an we krwi — ujemny: Mocz i krew — bez zmian. Streszczając powyższe, okazuje się więc, że u 17-letniej dziewczyny zjawilo się przed 6 miesiącami odurzenie w pr  $\frac{1}{2}$  twarzy, języku i dziąsłach, które przeważa przez cały czas choroby nad wszystkimi innymi dolegliwościami. W 6-tym miesiącu choroby dołącza się szybko postępująca głuchota pr. ucha oraz upadek wzroku aż do zupełnej ślepoty oka lewego. Poza tem występowały napady utraty przytomności wraz z drgawkami całego ciała. Objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci obustronnej tarczy zastoinowej, ze znacznym upadkiem wzroku obok jednostronnego zajęcia nn. czaszkowych — czyniły rozpoznanie guza mózgu łatwym. Natomiast sprawa umiejscowienia nastęrczała pewne trudności.

Wybitne objawy ze str. prawego n. V w postaci odurzenia, które zapoczątkowały całe cierpienie i przez cały czas choroby występowały na plan I-szy, mogły być wskazywać, iż sprawa nowotworowa rozpoczęła się właśnie w okolicy V n. po str. prawej.

Za tem przemawiać mogła również szybko rozwijająca się głuchota prawostronna, nieznaczne objawy mózdkowe również prawostronny obj. Stewart-Holmesa, lekka adiadochokineza, niepewny chód. Jednakże takie objawy, jak lekki wytrzeszcz pr. galki, zniesienie wężu, wskazywały na to, że guz jest rozległy i umiejscawia się w prawej jamie środkowej.

Przemawiały również za tem silna miejscowa bolesność na ucisk pr. okolicy skroniowej, rozszerzenie zyl w tej okolicy, uwypuklenie części skroniowo—nadjarzmowej prawej. To też w porozumieniu z konsultantem dr. Lubelskim zakwalifikowano chorą do zabiegu, a mianowicie do trepanacji kości skroniowej prawej, by tą drogą dojść do guza.

Operację wykonał 5/VI dr. Lubelski: Znieczulenie miejscowe. Plan operacyjny zmierzał do tego, aby operować w obrębie środkowej jamy czaskowej. Postanowiono użyć metody takiej, jaką stosuje się w operacji splotu Gassera, a nietrzymając się podstawy czaszki. Po przecięciu skóry i odsunięciu kości skroniowej zauważono w tej okolicy 2 pagórkowate uwypuklenia kości. Kość w tych miejscach była wybitnie ścięnczona. Wydlutowano arcus zygomaticus; gdy arcus podważono, kość skroniowa pękła w okolicy opisanych pagórków—odsłoniło to szarą, mocno wypinającą się masę. Usunięto kość skroniową; była ona prawie jak papier cienka. Ponieważ wszędzie poprzez twardówkę przeświecała szara masa nowotworowa, usunięto więc część kości ciemieniowej od



góry i od tyłu i poczęści kość czołową. Podczas przecinania twardówki guz mocno się wypinał, był on barwy szarej, o spistości sadła. Odgryzanie kości i wślad za niem przecinanie twardówki prowadzono we wszystkich kierunkach, aż uwidoczniła się granica między szarą guzowatością, a bladą normalną korą. Granica ta nie była nigdzie absolutnie ostra. Starano się dotrzeć do tej granicy. Nowotwór przytem jakby się rodził z mózgu, wypinał się ponad powierzchnię, czyniąc wrażenie grzyba o b. szerokiej szypule. Podwiązano szypułę z obu stron i usunięto nowotwór wielkości pomarańczy. Pozostawiono sączek.

Badanie histologiczne: glioblastoma multiforme. Po operacji znikło drętwienie prawostronne. Stan odłąd wciąż niezły.

Do chwili obecnej chora przebyła 2 serje naświetlań I — od 18.VI do 30.VI; II od 7.VIII.

Ponieważ po operacji wytworzyło się wypadnięcie mózgu wielkości jaja kurzego oraz mała przetoka, z której sączył się w dużej ilości płyn m. — rdzeniowy, dokonano 16.VIII przeszczepienia płata skórniego z poza ucha.

Od tego czasu płyn przestał wyciekać.

Obecnie stan chorej jest pomyślny. Drętwienie oraz inne dolegliwości podmiotowe ustąpiły całkowicie. Wzrok oka lewego = 0; oka prawego — liczy palce z odległości 1 metra. Zrenica prawa — na światło oddziaływa, lewa zaś nie. Zanik tarcz, prawej w stopniu mniejszym.

Węch — osłabiony. Czucie na twarzy i języku powróciło. Odr. rogówkowe — zachowane. Wytrzeszcz galki prawej ustąpił. Nieznaczna asymetria twarzy na niekorzyść str. prawej.

Słuch — zachowany, słyszy nawet szept po str. prawej.

Język — zbacza nieco w prawo. Osłabienia k. k. nie stwierdza się. Odruchy per. — umiarkowane. Abd. — żywe. PR — żywe. pr. > lew. AR — umiarkowane.

Areflexia stóp. Rossolimo + po str. pr. Chód — dobry. Zatem ze strony n. V i VIII nastąpiła całkowita poprawa.

Należy podkreślić szczególnie niektóre objawy:

1) Wytrzeszcz galki ocznej prawej wskazywał na zajęcie sinus cavernosus.

2) Anosmia, wzgl. zaburzenia węchu, w guzach skroniowych mogą występować albo jako aura węchowa, albo jako zniesienie węchu na skutek ucisku na uncus, wzgl. gyrus fornicatus.

3) Hemianopsia — w przypadku danym była pozostałością niedowidzenia lewostronnego, zapewne naskutek ucisku guza na tractus opticus.

4) Objawy ze str. n. V spostrzegano w guzach skroniowych i tutaj były one wynikiem bezpośredniego ucisku; trudno jednak wytłumaczyć brak obustronnie odruchów rogówkowych.

5) Głuchota — należy przypuszczać—była tu korowego pochodzenia; może wystąpić obustronnie (wzgl. przy obustr. guzach skroniowych), ponieważ ośrodek korowy zaopatrywany jest przez oba zrazy skroniowe.

Jako skutek korowego podrażnienia występować tu może aura słuchowa z następczemi napadami drgawkowemi lub bez nich.

Zachowanie, a nawet wzmożenie pobudliwości przedsiolkowej przy całkowitej głuchocie po tej stronie, wskazuje, iż n. ślimakowy został zniszczony, zaś n. przedsiolkowy podrażniony.

Inne objawy — jak i piramidowe — zależne są zapewne od ucisku na II półkole mózgową.

Napady padaczkowe są dla guzów w zrazach skroniowych dość znamienne.

W rozprawie Z. Bychowski podał, że miał możność spostrzegania chorej przed jej przybyciem na oddział i uważa, że efekt operacji w danym wypadku okazał się nikły. Wzrok nie uległ pożądanej poprawie, co w innych przypadkach często występuje już po wypuszczeniu płynu mózgo-rdzeniowego. Należy przypuszczać, że w miejscu nowotworu pozostały jeszcze cząstki, których nie zdołano usunąć, a które uciskają na skrzyżowanie nerwu wzrokowego.

Higier podkreślił praktyczne znaczenie faktu, że cięcia operacyjnego dokonano w miejscu bólu objawowego z ucisku, co spowodowało natychmiast jakby wyłonienie się guza. Sprawa zaburzeń słuch, uprzedstawiona przez kol. Hermana, wymaga bliższego wyjaśnienia,

Bregman zwrócił uwagę na tarczę zastoinową, w wielu bowiem przypadkach podobne nowotwory rozwijają się, nie dając początkowo żadnych objawów, dopiero w okresie dość późnym występują bóle głowy i szybka utrata wzroku. Nie należy więc w podobnych przypadkach zwlekać i naświetlać pr. R., lecz poddać chorego możliwie szybko dekompresji.

Karbowski sądzi, że w danym przypadku nie było bezpośredniego ucisku na nerw słuchowy.

W odpowiedzi Herman zaznaczył, że wynik operacji jest zadowolający, gdyż przedewszystkiem znikły bardzo uciążliwe dla chorej napady odrętwienia w twarzy i napady drgawkowe. Zaszła również poprawa wzroku, ale nie w stosunku do stanu w dniu przybycia na oddział, lecz w porównaniu ze stanem wzroku tuż przed operacją, kiedy to była już prawie całkowita ślepota. Utrata słuchu, zdaniem prelegenta, została

spowodowana bezpośrednim uciskiem na nerw słuchowy, gdyż w przypadku korowej głuchoty kora mózgowa musiałaby być uszkodzona w obu półkolech. Zasługuje tu na uwagę wzmożona pobudliwość nerwu przedsionkowego przy całkowitej głuchocie, co oznaczyłoby wytlumaczyłoby tem, że nerw ślimakowy został już uszkodzony, podczas gdy nerw przedsionkowy znajduje się jeszcze w stanie podrażnienia.

**Cytrynik. I Przypadek zgrupowanego przymiotu skóry** (syphilis papulosa concreta recidivans), (Z oddziału St. Markusfelda).

(Cz. Ł.), lat, 26 zgłosiła się 29. IX r. b. z powodu wykwitów na brodzie i rękach od 7 tygodni. Jest mężatką nie całe 2 lata. Przed 10 tygodniami urodziła pozornie zdrowe dziecko. Po 2 tygodniach dziecko dostało wysypki na całym ciele, która jakoby po tygodniu ustąpiła. Mąż chorej w kilka miesięcy po ślubie zachorował: miał wysypkę, na ciele, twarzy i głowie, „krosty“ u otworu stolcowego. W szpitalu, w Lublinie, otrzymywał iniekcje domięśniowe i wlewania dożylna. Po tej (jednej) kuracji męża chora zaszła w ciążę. W czasie ciąży wysypki jakoby nie miała, czuła tylko pieczenie sromu, był obrzęk warg, stosowała okłady; upławy miała bardzo obfite, nieraz białe, częściej żółte. Przed 7 tygodniami wystąpiły u chorej wykwitły na podbródku i rękach; początkowo wykwitów było mało, wkrótce ilościowo powiększyły się. Chorób zakaźnych innych nie miała. Menses od 13 r. życia co 4 tygodnie, 7 — 8 dni, obfite, bóle przed miesiączkowaniem. — St. ob.: budowy prawidłowej, odżywiona miernie. Na skórze tułowia i kończyn dolnych bez wykwitów. Na twarzy i podbródku wykwitły w połowie lewej, zgrupowane w ognisko o kształcie nieprawidłowego trójkąta; w części prawej rozrzucone wykwitły w postaci grudek, wielkości soczewicy, barwy miedzianoczerwonej, w dotyku twarde; na szczycie grudek drobne pęcherzyki wielkości lepka szpilki z zawartością ropną; także wykwitły na lewym skrzydle nosa. Na grzbietowej powierzchni ręki prawej, na skórze śródreżca i nasady kości promieniowej wykwitły w postaci grudek, wystających ponad skórę otaczającą, wielkości od  $\frac{1}{2}$  grochu do monety 10-groszowej, barwy ciemno-czerwonej; obwód większości grudek łuszczy się, w środku wielu grudek zaschła wydzielina lub pęcherzyk ropny, większość grudek ułożona jest półkolisto. Takież wykwitły w mniejszej ilości na ręce lewej. Z gruczołów chłonnych zwracają uwagę łokciowe, obustronnie wielkości orzecha laskowego, po prawej stronie w dotyku wrażliwe. Koście bez zmian; błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli również.

W narządach wewnętrznych i w układzie nerwowym zmian nie stwierdzono.

Narządy płciowe zewnętrzne bez zmian.

Badanie krwi wykazało wybitnie dodatni odczyn Wass. i odczyn Citocholowy.

Charakter wykwitów, ich barwa, ułożenie, wywiad (choroba męża) i wynik badania krwi przemawia za rozpoznaniem: *Syphilis papulosa recidivans concreta*. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na stosunkową rzadkość tej postaci przymiotu skór nego. Chora najpewniej przeoczyła pierwszy okres swego cierpienia i wysypkę drugorzędową, która mogła przejść niespostrzeżenie. Wysypka, która obecnie wystąpiła, jest grudkowatą, powrotną, różni się od pierwotnej mniejszą ilością wykwitów, większymi ich rozmiarami, skłonnością do grupowania się w koła i półkoła, umiejscowieniem ograniczonym i późnym wystąpieniem—jak w danym przypadku—w drugim roku cierpienia.

## II Przypadek wielkogrudkowego przymiotu skóry.

Skrz. C., lat 43, zgłosiła się na oddział z powodu wysypki na całym ciele, która wystąpiła przed trzema tygodniami, początkowo na kończynach górnych, następnego dnia na szyi i twarzy, wkrótce na tułowiu. Była zdrowa; przed kilkunastu laty przechodziła dur, przed 4 laty chorowała na nerki; w ciąży była jeden raz; przed 5 laty urodziła dziecko, które tegoż dnia umarło; poronień nie było. Menses od 16 roku życia, co 4 tygodnie, średnio obfite. St. ob.: budowy prawidłowej, odżywiona miernie; ciepłota rano 37<sup>1</sup>, po południu 37<sup>6</sup>,—37<sup>4</sup>.

Na twarzy, na czole (na granicy uwłosionej), w fałdach nosowo—wargowych, na szyi i karku, na kończynach górnych i dolnych, na plecach, brzuchu i klatce piersiowej, bardzo obfita osutka; wolne są tylko dłonie i stopy. Osutka w postaci grudek wielkości grochu; niektóre grudki mają obwód monety 10-groszowej; wystają ponad powierzchnię skóry otaczającej, są barwy ciemno czerwonej, połyskujące; większość posiada cienką srebrzystą łuszczkę; w dotyku palcem stwierdza się twardość tych grudek. Takież wykwitły w mniejszej ilości na uwłosionej skórze głowy.

Gruczoły chłonne szyjne, boczne, po prawej stronie, twarde, wielkości fasoli, niebolesne, pachowe wyczuwalne, pachwinowe po prawej stronie wielkości orzecha laskowego, twarde, niebolesne; łokciowe niewyczuwalne. Błona śluzowa jamy ustnej bez zmian, w gardzieli zaczerwieniona; migdałki powiększone; na prawym migdale w środku widoczne ograniczone zmatowienie.

W narządach wewnętrznych bez zmian; źrenice równe, reagują na światło; akomodacja +. Odruchy Achillesa i kolonowe zachowane.

Na zewnętrznych narządach płciowych wykwitów nie stwierdza się.

Badanie krwi wykazało odczyn Wassermana i Citochology wybitnie dodatni.

Opisany obraz osutki skórnej, charakter wykwitów, ich barwa, konsystencja, zajęcie gardzieli, charakter prawostronnych gruczołów pachwinowych — przemawia za rozpoznaniem — Syphilis macro-papulo-squamosa.

C. demonstruje chorobę ze względu na powagę cierpienia, typowy obraz bardziej złośliwej osutki skórnej, wywołany słabym odczynem organizmu i ze względu na coraz rzadziej spostrzegane w szpitalu przypadki przymiotu skóry.

### **Flancman Przypadek nawykowego zwichnięcia rzepki (Z oddziału M. Lubelskiego).**

Dziecko, lat 10, kilka lat temu zostało — podobno — uderzone w okolicę lewego stawu kolanowego i od tego czasu kuleje.

Badanie stwierdza, że rzepka, w ułożeniu wyprostnem stawu kolanowego, znajduje się nazewnątrz od swego zwykłego miejsca, w zgięciu zaś kolana przesuwana się zupełnie poza staw kolanowy. Dziecko poddano operacji, metodą Ali—Crogiusa, która, jak wiadomo, polega na przesunięciu płata torebki włóknistej stawu ze strony wewnętrznej rzepki na stronę zewnętrzną. Wynik zabiegu jak dotąd, pomyślny.

W rozprawie Wertheim nie przesądzając wyników zastosowanej tu metody operacyjnej, której ocena dodatnia może się ustalić dopiero za kilka miesięcy, po zastosowaniu uzupełniającej terapii fizykalnej, podaje pewną własną modyfikację sposobu Roux, którą się posługiwał w kilku przypadkach z wynikiem dodatnim.

W odpowiedzi Flancman powołuje się jeszcze na pracę autora niemieckiego, który ogłosił 8 przypadków operowanych wskazanym wyżej sposobem Ali—Crogiusa z dobrym wynikiem.

Płóński er. Pokazy anatomopatologiczne.

### **I. Kula rewolwerowa w krezce jelita cienkiego.**

Mężczyzna 20-letni został postrzelony w brzuch w grudniu 1930 r. Podczas wykonanej wkrótce operacji kuli nie znaleziono. Po operacji czuł się niezłe. Od dnia 26.VII.31. gwałtowne bóle brzucha, później nudności i wymioty kalowe. Zmarł dn. 3.IX.31.

Na sekcji stwierdzono rozlane zapalenie otrzewnej; powrózkowate zrosty pomiędzy siecią i kilkoma pętlami jelit cien-

kich; uwięźnięcie i zadzierzgnięcie dolnej części jelit cienkich pomiędzy zrostami. W nasadzie krezki jelit cienkich tkwiła kula rewolwerowa, otoczona zbitą tkanką łączną.

Zrosty w jamie brzusznej utworzyły się najprawdopodobniej w związku z procesem gojenia się uszkodzeń, wyrządzonych przez kulę (a może i podczas operacji).

## **II. Ciężkie zmiany kiłowe w tętnicy głównej i nerkach.**

Kobieta 43-letnia chorowała od 2 lat; uskarżała się na bóle głowy, poliurję i polidypsję. Rozpoznawano raka żołądka (?), z przerzutami do przysadki. Zmarła 4 X.31.

Na sekcji stwierdzono bardzo znaczne rozszerzenie oraz zgrubienie ściany części wstępującej tętnicy głównej. Marskość nerek. Przerost serca, szczególnie w lewej połowie, świeże, włóknikowe zapalenie osierdzia. Badanie histologiczne wykazało w tętnicy głównej klasyczne zmiany typowe dla kiły; w nerkach, obok daleko posuniętej marskości i znacznych zmian naczyniowych, stwierdzono liczne ziarniniaki (granulomata), najprawdopodobniej kiłowe.

W rozprawie B r e g m a n omawiał przebieg kliniczny przypadku.

## **III. Przypadek raka brodawki Vatera.**

Mężczyzna 60-letni zachorował przed 2-ma laty na żółtaczkę przy ogólnym dobrem samopoczuciu. Od wiosny r. b. znowu żółtaczką, ogólne osłabnięcie, wychudnięcie, utrata apetytu. W kale krew utajona. Dn. 2.IX.31 po założeniu sondy dwunastniczej znaczne krwawienie. Zmarł 9.IX.31. Sekcja wykazała: Rak krwawiący brodawki Vatera. Rozszerzenie wszystkich przewodów żółciowych. Puchlina pęcherzyka żółciowego, zastój żółci i marskość w wątrobie. Przerzuty raka do gruczołów limfatycznych przy główce trzustki i przy tętnicy brzusznej.

Badanie histologiczne wykazało budowę gruczolakoraka; przerost zapalny, polipowaty, śluzówki dwunastniczej; przewlekłe zmiany zapalne w pęcherzyku i w przewodach żółciowych. Rak powstał najprawdopodobniej na tle przerostu śluzówki dwunastnicy.

W rozprawie T u r y n podkreśla, że naogół symptomatologia raków brodawki Vatera pokrywa się z objawami wszystkich żółtaczek obstrukcyjnych, i dlatego za życia nie są te guzy rozpoznawane. W danym przypadku stwierdzenie żółtaczki, początkowo ustępującej okresowo, a następnie nasilającej się stale, ciężkie krwawienia z przewodu pokarmowego, a zwł.

stwierdzenie krwawienia w dwunastnicy przy wprowadzeniu sondy dwunastniczej, czyniły rozpoznanie raka bardzo prawdopodobnem. Okresy drożności przewodów żółciowych świadczyć tu mogły o rozpadzie cząstek nowotworowych.

### **Karpowski i Wertheim. Pokaz chorego po pomyślnej plastycznej operacji przetoki oskrzelowej.**

W rozprawie Abramowicz zaznaczył, że miał zbliżony przypadek, gdzie nie wykonał plastycznej operacji, lecz zastosował klimatoterapię z utrzymywaniem rany w możliwej czystości, co doprowadziło do samoistnego zagojenia.

### **Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 28 listopada 1931 r.**

Przewodniczył Bregman.

#### **M. Płoński. Pokazy anatomatologiczne. Uszkodzenie gardzieli i przelyku przez ciało obce.**

Kobieta 34-letnia podczas jedzenia zaczęła się dławić, poczem przez kilka dni nie mogła nic połykać, miała silne bóle. Pomimo wielokrotnego badania ciała obcego nie wykryto. Poddano ją operacji, chora zmarła.

Na sekcji stwierdzono głębokie ubytki w tylnej ścianie gardzieli, ropowicę pozagardzielową i dookoła górnej części przelyku, ropniak prawostronny opłucny oraz zapalenie osierdzia. W żołądku na faldzie odźwiernikowej stwierdzono nadżerkę, która, być może, powstała przy przechodzeniu ciała obcego, którego jednak nie znaleziono.

#### **II. Przebiecie zropiałego gruczołu tchawiczoskrzelowego do przelyku. Ropnie mózgu.**

Mężczyzna 22-letni zachorował przed 2-a tygodniami; gorączka 38°, kaszel; od 6-ciu dni zamroczenie.

Na sekcji stwierdzono: Głębokie ropne zapalenie migdałków, szczególnie w prawym. Obrzmienie gruczołów tchawiczoskrzelowych dolnych i górnych; duży ropień w miejscu rozgałęzienia tchawicy; połączenie ropnia z światłem przelyku w odległości 6 cm. od wpustu. Liczne ropnie w mózgu. Przypadek jest pouczający z dwu względów; zropienie w gruczołach tchawiczoskrzelowych widzimy bardzo rzadko, a jeszcze rzadziej przebiecie ropnia do przelyku. Ropnie w mózgu powstały w związku z ropieniem gruczołu, najprawdopodobniej z przerzutu na drodze naczyńowej.

#### **III. Gruźlicze zapalenie przydatków; przebiecie do odbytnicy.**

Kobieta 38-letnia, chora od 3 mies. na nerki. Przed kilkunastu laty przechodziła chorobę kobiecą.

Na sekcji stwierdzono ciężkie podostre zapalenie nerek z licznymi bliznami, gruźlicze zapalenie przydatków, ropień prawostronnych przydatków z przebieciem do odbytnicy, stare zmiany gruźlicze w płucach i gruczołach wnąkowych.

#### **IV. Ropień podprzeponowy lewy.**

Kobieta 60-letnia przed 4-ma tygodniami przechodziła jakoby zapalenie płuc; ostatnio wysoka gorączka; przypuszczenie w kierunku guza brzucha po stronie lewej (nerki?).

Na sekcji stwierdzono otorbiony ropień na wypukłej powierzchni śledziony, zapalenie otrzewnej, oraz zapalenie wsierdza na zastawce dwudzielnej. Badanie histologiczne śledziony wykazało w okolicy ropnia stary zawał. Najprawdopodobniej w przebiegu zapalenia wsierdza został zakażony zawał przed powierzchnią śledziony, który przerwał torebkę; w ten sposób powstał ropień.

#### **V. Ropień pęcherzyka żółciowego.**

U kobiety 62 letniej rozpoznawano klinicznie raka wątroby, ogniska pierwotnego nie znaleziono. Na sekcji okazało się, iż punktem wyjścia był niewielki rak na tylnej ściance pęcherzyka żółciowego, rozpoznanie kliniczne było więc utrudnione.

#### **L. Tonenberg Pokaz cylindromatu, usuniętego z jamy ustnej (lewa strona twardego podniebienia).**

Guz wielkości małego jabłka. Charakter nowotworu nie mógł być klinicznie określony. Chora podała, że rósł on wolno w ciągu roku, był niebolesny, lecz przeszkadzał coraz znacznie w jedzeniu. Przeciwko złośliwości nowotworu przemawiał brak macalnych gruczołów, brak t. zw. naciekania nowotworu złośliwego i brak charłactwa. Badanie laryngologiczne nie wykazało powikłań w jamie Highmora, w migdałkach i gardzieli.

Guz był kształtu kulistego, miękki, zrazikowaty, na szerokiej szypule, wyrastający z lewej części podniebienia twardego. Biopsja wykazała utkanie cylindromatu z częściowem zwyrodnieniem rakowatym na obwodzie. Guz usunięto po uprzednim podwiązaniu art. carotis externa. — Pokaz uzupełniono okazaniem preparatów drobnowidzowych.

W rozprawie Płońskiej zaznacza, że tego rodzaju guzy najczęściej są umiejscowione na górze (oczodół, nos, jamy szczękowe, podniebienie, ślinianki). Są to nowotwory łagodne, ale dają nawroty; te niekiedy stają się złośliwe. A. Goldman zapytuje, czy, w związku z uprzednim podwiązaniem art. carotis externa, operujący nie spostrzegł zmniejszenia krwawienia. Wertheim podaje, że krwawienie było minimalne. Znie-



czulano sposobem przewodnikowym, zastrzykując nowokainę do fossa speno-palatina. Markusfeld spostrzegł cylindroma na skórcz, zwł. w zgięciu podkolanowem i łokciowem.

Tonenberg w odpowiedzi zaznaczył, że zabieg wypadł źlej, aniżeli się tego spodziewano; krwawienie było bardzo nieznaczne; rzecz możliwa, że zabieg mógł być wykonany w znieczuleniu zwykłym.

A. Krakowski. **Ciężki uraz czaszki u dziecka.**  
(Z oddz. L. Bregmana).

Chory, l. 2, przed 2 mies. spadł z łóżka i uderzył się o metalową podstawę do żelazka. Uderzenie było o nasileniu tak znacznem, że jedna nóżka tej podstawy wklinowała się w głowę dziecka. Po większym dopiero wysiłku udało się otczeniu podstawę tę usunąć. Nazajutrz po wypadku matka zauważyła, że dziecko nie porusza l. k. k.; w tym też czasie wystąpiła gorączka oraz ropienie rany. Powyższy stan nie uległ zmianie pomimo 3 tyg pobytu chorego w szpitalu na prowincji. St. ob. w dniu zapisania na oddz. dr. Bregmana: chory wykonywał minimalne ruchy w l. stawie barkowym, w pozostałych ruchy były zniesione; ruchy dowolne we wszystkich odcinkach l. k. d. były b. ograniczone, tak, że chory nie mógł chodzić. W prawej kości ciemieniowej stwierdzono ropiejącą ranę z tkliwym z dotyku dookoła obrzękiem. Chory gorączkował do 38°; odruchy ścięgniste i okostnowe w l. k. k. były żywe; z odruchów patologicznych stwierdzono objaw Rossolimo. Ze względu na młody wiek chorego nie można było zbadać czucia położenia oraz lokalizacyjnego.

Odruchy brzuszne zachowane, podeszwowe obustronnie+.

Płyn mózg.-rdzeniowy i krew bez zmian patologicznych. Po tygodniowym pobycie na oddziale i leczeniu zachowawczem stan chorego zaczął się szybko poprawiać. Ustąpiła gorączka i ropienie; ruchy w l. k. k. wykonywał już w większym zakresie. Obecnie chodzi zupełnie dobrze, nie utyka, nawet biega; ograniczone są nieco ruchy w lewej ręce, którą chwytą i utrzymuje przedmioty. Odruchy są nadal nieco żywsze po tej stronie, bez objawów odruchów patologicznych.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na sens mechanizmu tego porażenia, które nie jest pochodzenia kapsularnego, wobec braku objawu Babińskiego, porażenie l. k. k. bez udziału dolnej gałązki l. n. twarzowego i jednakowo umiarkowanych odruchów brzusznych. Objaw Rossolimo, oraz większe porażenie odcinków dystalnych l. k. k., mogłyby wskazywać na sprawę korową, przeczylby jednak temu brak drgawek oraz większe porażenie, zarówno na początku, jak i obecnie l. kg., podczas

gdy miejsce wklinowanej metalowej odnogi odpowiada topograficznie l.k.d. Zatem należy przypuszczać, iż jest to sprawa podkorowa, która dotknęła drogi piramidowe dla l. k. k. w ich przebiegu przez centrum semiovale.

Przypadek ten jest poza tem interesujący i pod względem praktycznym. Pomimo bowiem tak znacznej poprawy klinicznej pewne obawy co do dalszych losów dziecka budzić może r. — gram czaszki, który wykazał pęknięcie kości ciemieniowej i czołowej po str. praw. z wklinowaniem blaszki wewnętrznej.

Interwencję chirurgiczną K. uważa za przeciwwskazaną wobec b. dobrego samopoczucia chorego, stanu bezgorączkowego oraz braku objawów, któreby za wtórnem powikłaniem przemawiały. Tak więc poprawa stale jednak postępująca, młody wiek chorego, redukcja objawów rentgenologicznych na porównawczem zdjęciu, wykonaniem po miesiącu, przemawiają za słusznością dalszego prowadzenia leczenia zachowawczego.

### Cytrynik. **Przypadek ziarniniaka grzybiastego.** (Z oddz. St. Markusfelda).

G. St., lat 46, jest mężatką. Przed 9 laty, gdy była w ciąży, wystąpiło swędzenie całego ciała; z czasem zjawily się wykwitły na ciele; kilkakrotnie leczyła się w szpitalu S-go Łazarza, na klinice dermatologicznej. Wykwitły na ciele po kilku miesiącach leczenia ustępowały, później znów wracały; ostatnio prawie już od roku zmiany na skórze nie ustępują, pomimo energicznego leczenia maściami, kąpielami, promieniami Roentgena. Utrzymuje się bardzo znaczne swędzenie; ciepłota ciała jest w ostatnich czasach podwyższona. Menses od 16 roku życia, co 4 tygodnie, średnio obfite; od 2 lat brak ich. Przed kilkunastu laty przechodziła zapalenie stawów. St. ob.: budowy prawidłowej, odżywienia lichego; ciepłota ciała 38°. Skóra całego ciała (tułowia, kończyn górnych i dolnych) barwy wiśniowoczerwonej z odcieniem sinawym; przy dokładnem obejrzeniu widać, że rozlane sino-czerwone zabarwienie składa się z ograniczonych wykwitów nieprawidłowo-owalnych; niektóre leżą w powierzchni skóry, inne nieco wystają ponad poziom skóry otaczającej; w dotyku palcem niektóre z tych wykwitów są nacieczone, spoistości wzmożonej; między temi wykwitami na tułowiu i kończynach przeświecają wysepki skóry bladej, normalnej. W obmacywaniu uderza suchość skóry całego ciała, na obu podudziach, na powierzchni wyprostnej skóra napięta, polyskująca. Na kończynach dolnych wyczuwa się szereg guzków wielkości grochu do fasoli; niektóre guzki mają powierzchnię sino-czerwoną, inne normalną, bladą; na obwodzie tych białych guzków nie stwierdza się obwódki pigmentowanej. Na tułowiu

i kończynach spostrzegamy jeszcze drobną łuszczkę, łatwo ścierającą się. Na dłoniach i stopach skóra pokryta masami zrogowaciałymi, popękana, w niektórych miejscach sączy. Paznokcie u rąk i nóg popękane, zniekształcone, barwy ciemno-zółtej. Na uwłosionej skórze głowy również stwierdza się guzki wielkości grochu, twarde; skóra twarzy za wyjątkiem bladej okolicy przysusznej sino-czerwona, pokryta drobną łuską; brwi mocno przerzedzone, rzęsy skąpe; małżowiny uszne obrzmiałe, skóra popękana, sączy. Pod pachami i na wzgórku łonowem uwłosienia brak. Gruczoły chłonne na szyi, boczne, pachowe, międzyżebrowe — wielkości orzecha laskowego do małego włoskiego; pachwinowe obustronnie powiększone, tworzą pakiety gruczołów wielkości orzecha włoskiego, twarde, niebolesne.

W narządach wewnętrznych stwierdza się: w płucach norma; szmer skurczowy nad koniuszkiem i cichy rozkurczowy; na tętnicy płucnej szmer skurczowy, drugi ton zaakcentowany; tętno 88 na minutę. Wątrobę wyczuwa się o 2 palce z pod łuku żebrowego, brzeg zaokrąglony, twardawy; śledziony nie wyczuwa się. Odruchów patologicznych niema, są normalnie zachowane.

Wzór krwi: cz. c. — 4.000.000; hemoglobiny 53,4; niewielkie zmiany w kierunku anizocytozy i poikilocytozy; białych ciałek — 5.200

}	eozynochł. — 3;5	obojętnochł. 77,5
	zasadochł — 0;	myeloc. 0
	limfocytów — 13;	młodoc. 0
	jedu. przejśc. — 6;	o jądrze pał 8

„ segm. 69,5,

Mocz: C. g. 1011; Białka ślad. W osadzie: liczne nabłonki płaskie, 8 — 10 leukoc. wp. w., 3 — 5 czerw. c. niewył. wp. w.

Odczyn Wass-a i Cit. we krwi ujemny.

Prześwietlenie prom. Roentgena wykazało: czaszka mała. o prawidłowym kształcie, z przewapniałymi kośćmi sklepienia, z rozszerzonym i pogłębionym siodłem tureckim; cień węłkowy szeroki, śródpiersie przednie wolne.

W czasie pobytu chorej na oddziale obserwowaliśmy stan podgorączkowy (37<sup>1</sup> — 37<sup>6</sup>); kilkakrotnie wieczorami do 39. Już kilkakrotnie w czasie krótkiego pobytu chorej na oddz. występowały uporczywe rozwołnienia. — Chora skarży się przede wszystkim na silne swędzenie ciała; swędzenie to występuje atakami o różnej porze dnia i nocy; atak swędzenia trwa 1/2 godziny do godziny. Z powyższego opisu należy podkreślić u naszej chorej przewlekły przebieg cierpienia, wybitne swędzenie, występujące atakami, na skórze blaszki erythrodermiczne, a między niemi wysepki skóry zdrowej bez przebarwienia na obwodzie, zmiany paznokci i uwłosienia, powiększenie gruczołów chłonnych, normalny wzór krwi.

Na zasadzie tych danych należałoby myśleć o 2 grupach dermatoz. Pierwsza objęta przez Darier'a nazwą Prurigo — z tej grupy wchodzi w grę Prurigo lymphadénique — adénie eosinophilique prurigéne Fawre'a i Prurigo nodularis Hyde'a. Przeciwno prurigo lymphadénique przemawia normalny wzór krwi naszej chorej, gdyż w tem cierpieniu występuje leukocytoza do 30,000 i eozynofilia (do 15%). Prurigo nodularis Hyde'a występuje przeważnie u kobiet w wieku średnim, a zjawiają się grudki przeważnie na kończynach, rzadziej na tułowiu, jeszcze rzadziej na twarzy; grudki utrzymują się długo, zanikając pozostawiają białe plamy z obwódką przebarwioną; tych zmian u naszej chorej nie spostrzegamy, natomiast jest erythrodermia której nie znalazłem w opisach choroby Hyde'a. Z drugiej grupy dermatoz wchodzi w grę: leukaemia cutis, pityriasis rubra chronica Hebrae i ziarniniak grzybiasty. Białaczka skóry przebiega z białaczką, są wtedy zmiany we krwi.

W czerwonym łupieżu Hebry tłuszczenie się skóry jest bardzo znaczne, inny jest rodzaj łuski, a zresztą, według wielu autorów, łupież czerwony nie jest odrębną jednostką chorobową, lecz występuje w przebiegu gruźlicy, białaczki, grzybicy guzowatej.

Z tych wszystkich względów skłonni jesteśmy rozpoznać tu ziarniniak grzybiasty w okresie przedguzowym (zupełnie pewnem jest rozpoznanie tylko w okresie guzów). Jest to cierpienie, które jedni zaliczają do nowotworów—mięsaków (Kaposi, Funk) inni, jak Paltauf, uważają za odrębny ziarniniak. Szereg autorów odnosi ziarniniak grzybiasty do schorzeń zakaźno-zapalnych lub zakaźno-toksycznych.

K r z y s z t a ł o w i c z zaliczał go do schorzeń układu krwionośnego. Lumbusch podkreśla pokrewieństwo z białaczką i z białaczką rzekomą; szereg badaczy francuskich i włoskich zalicza z. grz. do cierpień układu chłonnego. Skład krwi w niektórych razach jest zupełnie prawidłowy, w innych występuje względna limfocytoza obok mniejszej lub większej eozynofilii.

Co się tyczy leczenia, to prócz miejscowego, należy nasświetlać prom. Roentgena i podawać duże dawki arszeniku. Rokowanie jest złe.

W rozprawie P ł o ń s k i e r podkreślił, że obraz histopatologiczny w mycosis fungoides bywa nieraz zbliżony do obrazu w lymphogranulomatosis; niektórzy nawet upatrują w obu cierpieniach pewne wspólne cechy. Wobec rzadkości tych spraw C. uważa dany przypadek za szczególnie nadający się do badań ściślejszych naukowych.

**Potok Przypadek padaczki na tle kiły.** (Z oddz. L. Bregmana).

Chora, lat 16; 5 tyg. temu przewieziono ją do szpitala w stanie nieprzytomnym przez Pog. Rat. Nazajutrz w badaniu była już przytomna, ale więcej o swojej chorobie nic powiedzieć nie umiała, jak to, że choruje od 5 dni. Od matki dowiedziano się, że chora w roku 1929 leżała z powodu drgawek w szpitalu Dz. Jezus przez 6 tyg. Nagle dostała napadu drgawek, następnie napady powtarzały się już w ciągu kilku dni coraz częściej, po 10—15 razy na godzinę. Przez 2 tyg. była nieprzytomna, miała porażenie pkk, nie mogła sama jeść, nie mogła chodzić. Następnie porażenie ustąpiło, w ciągu 2-ch lat czuła się zupełnie zdrowa, pracowała jako robotnica w hucie szklanej. Obecnie znów choruje od 5 dni. Nagle na ulicy upadła, straciła przytomność i dostała napadu drgawek. Przed napadem skarżyła się przez kilka dni na silne bóle głowy. Poza tem nigdy nie chorowała. Jest panną, do infekcji kiłowej nie przyznaje się. Obarczenia w kierunku alkoholizmu, padaczki i chorób umysłowych niema. St. ob: Przytomna, mowa niewyraźna. Sztymności karku niema, ruchy głową wolne; ruchy gałek oczu zachowane. Zrenice nieokrągłe, pr. nieco szersza, na światło nie reagują, na przystosowanie reagują. Prawe oko zamyka gorzej; prawa fałda nosowo-wargowa wygładzona, język zbacza na prawo. Pkg. — porażona, lkg — normalna, odruchy umiarkowane; pkd — porażona, lkd — norma. Odruchy ścięgniste pr. żywsze; odruchów patologicznych niema. Na uklucia reaguje; innego czucia zbadać niemożna. Narządy wewnętrzne bez zmian.

Podczas badania napad drgawek, rozpoczęty od skrętu głowy i gałek ocznych w prawo, następnie drgania gałek ocznych, drganie i trzepotanie powiek, drgania pr.  $\frac{1}{2}$  twarzy i m. orbicularis oris. Po uspokojeniu się drgania gałek ocznych silniejsze, drgawki kloniczne w obrębie pr.  $\frac{1}{2}$  twarzy. Drgawki nie przechodzą na kończyny. W napadzie przytomna; napad trwał  $\pm$  3 min. —

Mocz, płyn mózgowo rdzeniowy — normalne. Odczyn Wassermana w płynie mzg. — rdzen. ujemny, we krwi, +, odczyn citocholowy we krwi ++; po prowokacji Wasserman we krwi +++; citocholowy +++; w płynie ujemne. Odczyn Wassermana u rodziców i rodzeństwa chorej ujemny. Bad. ginekologiczne: virgo intacta. W dalszym przebiegu choroby napady powtarzały się co kilka minut, przeważnie chora była przytomna, niekiedy traciła przytomność. Po zastosowaniu leczenia napady stały się rzadsze, słabsze, aż zupełnie znikły. Równocześnie ustąpiły bóle głowy i stopniowo odzyskała władzę w pkk. Obecnie porusza pkk. zupełnie dobrze,

chodzi, pozostał jedynie niedowład pr. n. twarzewego. Były tu zatem drgawki o typie Jacksonowskim bez utraty, lub z utratą, przytomności. połączone z porażeniem pr.  $\frac{1}{2}$  ciała. Pierwsza serja napadów wystąpiła 2 lata temu, w międzyczasie chora była zdrowa, druga kilka tyg. temu. Chora jest niewątpliwie zarażona kiłą, za czem przemawia dodatni odczyn *Wassermana* we krwi, zaburzenia zreniczne i dodatnie wyniki leczenia antiluetycznego — a więc jest to przypadek padaczki na tle kiły.

Na pytanie, czy ma się tu do czynienia z kiłą wrodzoną, czy też nabytą, zupełnie pewnej odpowiedzi udzielić nie można, choć prędeż z kiłą nabytą, za czem przemawia brak cech degeneracyjnych dla kiły wrodzonej i ujemny odczyn *Wassermana* u rodziców i rodzeństwa.

W rozprawie *Goldflam* podkreślił istniejące tu wybitne cechy padaczki Jacksona ze zmianami organicznemi; przypuszczenie padaczki samoistnej byłoby tu niesłuszne.

*Bregman* nie podziela wywodów *Goldflama*, gdyż nie widzi zasadniczej różnicy między obiema postaciami omawianego cierpienia; obecnie przeważa pogląd, że padaczka samoistna nie jest nerwicą, lecz też polega na zmianach organicznych. Ognisko kiłowe w mózgu może zresztą wywołać w tym samym przypadku zarówno padaczkę o charakterze ogólnym, jak i padaczkę Jacksona. Tu porażenie padaczkowe szybko minęło, mogło ono zatem być spowodowane nie zmianami organicznemi, lecz wyczerpaniem ośrodków mózgu. Z drugiej strony nierówność zrenic i brak odruchu na światło wskazywałyby, że kiła dotknęła ośrodki mózgu, co jest zastawiające wobec ujemnego odczynu *Wassermana* w płynie mózgowo-rdzeniowym. Jeszcze zasługuje tu na uwagę, że po leczeniu szpitalnem nie było napadu w przeciągu dwu lat, a obecnie wystąpiły objawy w tej samej postaci, jakie spostrzegano przed 2 laty.

### **M. Fejgin i N. Mész. Przypadek anomalji rozwojowej w ułożeniu jelita grubego.**

Chora *A. M.*, lat 35, przybyła ze skargami na nieokreślone bóle pleców, boków i brzucha, zaparte stolce, zgagę i odbijania po jedzeniu. Dolegliwości jej datują się od szeregu lat; co jakiś czas miewała kilkutygodniowe okresy pogorszenia bólów i odbijania, często przyłączały się i wymioty tak, że pacjentka po kilka dni leżała wówczas w łóżku. Z jedzeniem zawsze się pilnowała. Od wielu lat stale pracowała (jest służącą do ostatnich czasów). Ubiegłego lata miała po raz ostatni nawrót gwałtowniejszych dolegliwości i wymiotów — od tego czasu czuje się ciągle niedobrze, miewa częste wzdęcia, bóle brzucha,

zaparte stolce; czuje się osłabiona. Przed 4-ma laty przechodziła jakoby zapalenie prawego płuca — stwierdzono wówczas wodę w boku. W 19-ym roku życia rodziła. Przebytych poważniejszych chorób sobie nie przypomina. Miesiąckuje co dwa tygodnie; ostatnio ma obfite upławy, czasem żółtawe.

Badanie przedmiotowe: w klatce piersiowej, poza nieznacznym zagęszczeniem szczytów płucnych oraz skurczowego podmuchu na koniuszku serca, zmian wybitniejszych się nie stwierdza; jedynie w dole prawego płuca, od 8-go żebra, przytłumienie z osłabionem drzeniem i szmerem oddechowym prawie niesłyszalnym. Brzuch nieco wzdęty, zresztą bez większego napięcia powłok i bolesności, lewa połowa nieco bardziej odznacza się od prawej, jest jakby trochę uniesiona; przy opukiwaniu stwierdza się stłumiony odgłos bębnowy w prawym podżebrzu, przykrywający okolicę, zwykle zajęta przez prawy płąt wątroby. W lewej połowie brzucha, w miejscu wygórowania, wyczuwa się spory twór podłużny, ułożony brzegiem wewnętrznym, równoległe do linii środkowej ciała o jakie dwa palce w lewo od pępka, o konsystencji dość twardego, elastycznego pęcherza; opukowo stwierdza się w tym miejscu stłumiony nieco odgłos bębnowy. Po wypiciu przez chorą wody można stwierdzić pluskanie, uderzając palcami w powłoki brzuszne nad wyż. opisanym tworem (żołądek). Układ nerwowy bez zmian. Badania laboratoryjne i dalsze spostrzeżenie chorej dały wyniki następujące: w moczu do 100 leukocytów w p.w; szczawiany, poza tem nic szczególnego. We krwi odczyn *W a s s e r m a n a* i cytocholowy ujemne; gonoreakcja  $\pm$ . Morfologiczne badanie wykazało czerw. krwinek 4300000, białych 8200 w 1 cm. w tem  $N=60\%$ ,  $L=30\%$ ,  $E=5,5\%$ ,  $Mon.=3,5\%$ ,  $B=1\%$ . W kale, krwi, ani jaj pasożytów nie znaleziono. W treści żołądkowej naczcho 50 cm. śluzowej treści, zawierającej wolnego  $HCl=10,0$ , og. kw.=27,5. Po pr. śniad. Boas-Ewalda—50 cm. treści źle strawionej; stosunek części stałych do płynu, jak 2:1, wolnego  $HCl=0$ ; og. kw.=25,0 — jednym słowem wyrażna podkwaśność. Wobec uporczywych upławów zbadano chorą ginekologicznie (Dr. *M e s z o w a*) i stwierdzono rozdarcie krocza II-go stopnia, obfitą wydzielinę z pochwy; przydatki i macica wolne. Badanie wydzieliny pochwowej na gonokoki nie wykazało ich.

Wobec trwających dolegliwości natury dyspeptycznej i wobec wyniku palpacji brzucha skierowano chorą do prześwietlenia przewodu pokarmowego, które dało wynik następujący (Dr *M e s z*): żołądek opuszczony, wydłużony, zarysowany po lewej stronie kręgosłupa, sięga dużą krzywizną do małej miednicy. Część przyoddźwiernikowa i opuszka dwunastnicy są wyciągnięte w kształcie kielbasek wprawo i ku górze,

przepona w prawostronnej  $\frac{1}{2}$ -ie jest znacznie uniesiona, ponad nią — znaczne zaciemnienie.

W 24 godz. po spożyciu pokarmu kontrastowego stwierdza się nad przeponą prawą obecność prawie całej okrężnicy, skręconej w kłębek, przyczem kątnica, wyrostek i wstępnica ułożone są dośrodkowo, poprzecznicą zaś odśrodkowo, dochodząc po prawej stronie brzucha do L<sub>2</sub>; zstępnica przebiega skośnie od strony prawej w lewo i w dół — mniej więcej w linii środkowej ciała; wlew kontrastowy wykazuje stosunki prawidłowe w zakresie odbytnicy i prostnicy, co do pozostałego jelita grubego, to wyniki są zgodne z badaniem per os.

Z czem więc ma się tu do czynienia? Rozważmy, jakie można znaleźć wytłumaczenie dla tak niezwykłych stosunków i takiego przemieszczenia jelita grubego, jakie widzimy na załączonych rentgenogramach.

Wykazują one mianowicie, iż elastyczny twór, stwierdzany w lewej połowie jamy brzusznej w badaniu ręcznym jest przesuniętym w lewo żołądkiem. Jelito grube zaś całkowicie przedwędrowało w kierunku prawego podżebrza, tak że coecum i wyrostek znajdujemy tuż pod wątrobą, zagięcie śledzionowe gdzieś w okolicy i na poziomie L, a reszta jelita skłębiona częściowo dostała się między ścianę brzuszną a wątrobę (*interpositio coli*), co tłumaczy między innymi stwierdzenie w badaniu klinicznym bębenkowego odgłosu wypukowego nad bokolicą wątroby.

Zmianom tym towarzyszy uniesienie prawej przepony i zaciemnienie w dole prawego płuca (pozostałość po przebytej sprawie opłucnowej), które nasunęło rentegenologowi rozpoznanie: *hernia subdiaphragmatica*, *relaxatio diaphragmatica dextra*.

Mogą się tu nasunąć teoretycznie następujące hipotezy, wyjaśniające istotę sprawy. Przemieszczenie jelita grubego nastąpiło wskutek jakiegoś procesu zapalnego w jamie otrzewnej, który spowodował rozległe zrosty z przesunięciem trzew. Ale nie znajdujemy potwierdzenia dla tej hipotezy ani w wywiadach, w których, poza sprawą, przez chorą określaną jako zapalenie płuc i „woda w boku“, nie mamy danych, przemawiających za tem, ani w obecnym stanie chorej. Sprawa taka bowiem w otrzewnej mogła być chyba natury gruźliczej, t. zw. *tbc. peritonei*, która może dać, jak wiadomo, rozległe zrosty i zlepy trzewi brzusznych, z przemieszczaniem i zwężeniami jelit, z wytworzeniem guzowatych tworów, przypominających nowotworowe przerzuty, z ciężkimi zaburzeniami natury ogólnej i miejscowej t. d. i t. d. Tymczasem ani stan ogólny naszej chorej, nie gorączkującej, nie mającej obecnie



znaczniejszych dolegliwości i poprzednio nieprzerywającej aż do przybycia na oddział swej ciężkiej stosunkowo pracy fizycznej, ani wyniki badania fizykalnego nie odpowiadają pojęciu, związanemu z rozpoznaniem tak ciężkiej sprawy chorobowej, jaką byłabytu gruźlica otrzewny. Zresztą trudno byłoby sobie wytłumaczyć, dlaczego nie znajdujemy zmian i zrostów w zakresie jelit cienkich, które również byłyby przecież wciągnięte w sprawę.

Jeżeli teraz przypuścimy, że przyczyny całej sprawy szukać należy w przebytem przed 4-ma laty zapaleniu opłucny, którego ślady stwierdzamy przy badaniu i prześwietlaniu, że nastąpiło przejście procesu zapalnego pod przeponę z wciągnięciem jelita grubego, z wtórnem uniesieniem przepony—wskutek czy to uszkodzenia nerwu przeponowego, czy zapalnego zaniku mięśni, jednym słowem, że działa tu jeden z tych mechanizmów, który prowadzi do relaksacji przepukliny przeponowej po zapalnej sprawie, jak to czasem stwierdzamy po stronie lewej z przemieszczeniem żołądka ku górze — aż do jamy opłucnowej, to i taka hipoteza nie da się obronić. Nie mówiąc już o tem, że zjawiska podobne spotyka się tylko po stronie lewej, gdzie niema wątroby, przeszkadzającej znacniejszym przemieszczeniom narządów, to trzeba by tu było przyjąć dodatkowe przypuszczenie — istnienia niezwykle długiej krezki jelita grubego, szczególnie jej jelita zstępującego, która umożliwiła przesunięcie jego tak znaczne, że zagięcie śledzionowe, które jest zwykle stosunkowo mocno przytwierdzone przeszło aż do linii środkowej ciała. Poza tem dolegliwości chorej, zaparcie, wzdęcia, okresowe wymioty niewątpliwie zależne są od nieprawidłowego ułożenia jelit, a są z okresu o wiele wcześniejszego, aniżeli przebyte zapalenie płuc.

Zdaje się, że sprawa znaleźć może całkowite wytłumaczenie jedynie przez przyjęcie tutaj wady rozwojowej: wrodzonej anomalji ułożenia jelita grubego. I w rzeczy samej, jeżeli przypomnimy sobie ewolucję rozwojową tego jelita, z łatwością zrozumieć można możliwość powstania podobnych zmian. Otóż jelito grube rozwija się z odcinka dolnego (t. zw. „Nabelschleife”) przewodu pokarmowego płodu, który w 6-ym tygodniu życia płodowego znajduje się pomiędzy ujściem przewodu żółtkowego (d. vitellinus), a ostrem dorsalnie położonem zagięciem jelita, tworzącem w następstwie „flexura coli linalis”. W dalszym rozwoju, w miarę wydłużania się poszczególnych odcinków jelita płodu i różnicowania ostatecznych części przewodu pokarmowego łącznie z rozwojem krezki, następuje przemieszczenie części, odpowiadającej przyszłemu jelitu grubemu tak, że przedni sąsiadujący z d. vitellinus koniec jego pętli zwraca się w prawo, w kierunku prawego podżebrza,

a potem wdół do pr. dołu biodrowego, tworząc zagięcie wątrobowe, jelito ślepe i wstępujące. Leżące ku tyłowi zagięcie pierwotnej pętli pępkowej wędruje z kolei w lewo do okolicy śledzionowej, tworząc zagięcie śledzionowe; pomiędzy temi dwoma zagięciami układa się poprzecznicą — wszystkie te odcinki układają się ponad jelitem cienkim — tuż pod powłokami, ale zrastają się z tylną ścianą brzuszną swoją krezką. W tym okresie jednak tworzenia się jelita grubego mogą zachodzić różne nieprawidłowości; jeżeli pętla jelita grubego nie wykona zwrotu, to rozwinię się całkowicie na tylnej ścianie brzucha — przykryta przez jelita cienkie; jeżeli zwrot będzie niezupełny, to całe jelito grube będzie się znajdowało po lewej stronie jamy brzucha. Jeżeli wreszcie nastąpi zwrot w kierunku lewym, zamiast w prawo, całe jelito grube znajdzie się w prawej połowie jamy brz., a jelito ślepe — przyśrodkowo — tak właśnie, jak to u naszej pacjentki stwierdzamy. Wysokie, bo aż pod samą wątrobą, ułożenie jelita ślepego, spotykamy również jako wadę rozwojową, zależną od niedostatecznego rozwoju odpowiedniej krezki, tak że obniżenie coecum do dołu biodrowego, które zwykle zachodzi dopiero w końcu życia płodowego, a nawet w pierwszych tygodniach po urodzeniu — niema miejsca, i coecum pozostaje wysoko. Przypuszczać można, że i u naszej pacjentki mamy do czynienia z podobną sprawą. Co się tyczy sprawy zapalnej w oplucnej, to chyba nie miała ona większego znaczenia w powstaniu niniejszej anomalji.

Można by było jeszcze rozważyć przypuszczenie przewlekłej sprawy zapalnej, wychodzącej z pęcherza żółciowego lub wzrostka kiszki ślepej, które nieraz spowodować może przemieszczenia dość znaczne trzewi. Nie wyłączając zupełnie tej sprawy, bo wysokie ułożenie opuszki 12 - nicy pod wątrobą i zniekształcenie jej oraz dolegliwości pacjentki mogłyby być wytłumaczone podobną sprawą. Ale nie można, zdaje się uważać, iż tłumaczyłaby ona wszystkie objawy; przyśrodkowe ułożenie jelita ślepego np. nie da się wytłumaczyć inaczej, jak sprawą rozwojową. Mogły były natomiast powstać tu zrosty zapalne wtórne — na tle wrodzonego nieprawidłowego ułożenia jelit pomiędzy niemi, a sąsiadującymi narządami — jako skutek stałych zaburzeń w ruchowej czynności jelita grubego i przewlekłej infekcji pochodzenia kiszkowego.

W rozprawie *Przeworski* porusza sprawę opuszczenia trzewi, które w rozważaniach rozpoznawczych powinno być wzięte tu również pod uwagę. *Goldflam* podkreśla specjalnie tkliwość guza w obmacywaniu i promieniowanie bólów w okolicę dolka podsercowego. Należy się tu liczyć również z możliwością istnienia *situs viscer. inversus*. *A. Goldman* w swoich

rozważaniach wyłącza tu przepuklinę przeponową, zastanawia się jednak nad sprawą zapalną wyrostka robaczkowego, którą chora jakoby przechodziła przed kilku laty, a to — z jednoczesnem schorzeniem narządów w prawej górnej połowie brzucha — mogło doprowadzić, na tle zrostów i przemieszczeń, do tak daleko idących zmian. W każdym razie nasuwa się sprawa wykonania rewizji jamy brzusznej.

Fejgin w odpowiedzi zaznaczył, że nie wyłącza tu bezwzględnie sprawy zapalnej, szczególnie wtórnej, jednakże nie tłumaczyłoby to przyśrodkowego ułożenia jelita wstępnego i wyrostka w stosunku do pozostałego jelita grubego. Taki obraz można by wytłumaczyć raczej sprawą zaburzenia rozwojowego, o którym była mowa.

### **Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 20 Grudnia roku 1931.**

Przewodniczył Flatau

#### **Płóński er. (Pokazy anatomopatologiczne). I. Ropnie wątroby po zapaleniu wyrostka robaczkowego.**

Mężczyzna 28-letni przechodził operację wyrostka robaczkowego. W 6-tym tygodniu po operacji wystąpiły objawy ogólnej ciężkiej posocznicy i zapalenia otrzewnej, z którymi przybył do szpitala.

Na sekcji stwierdzono nacieki zapalne, nastrzyknięcie naczyń krwionośnych i rozszerzenie naczyń limfatycznych w okolicy kiszki ślepej, w miejscu pooperacyjnem; ropne zapalenie żył kreczkowych oraz żyły wrotnej; w wątrobie liczne ropnie. Na zgrubiałej kreczce jelit cienkich widać było świeże naloty z włókniaka i zmętnienia otrzewny.

#### **II. Olbrzymie serce na tle reumatycznego zapalenia wsierdzia i nasierdzia z dodatnim odczynem Vidala.**

Mężczyzna 23 letni zachorował w marcu r. b. z wysoką temperaturą i łamaniem kości. Ostatnio ból głowy, łamanie w kościach, kaszel; rozwolnienia, stolce grochówkowate. Ciężkie objawy ze strony serca. Ponieważ odczyn Vidala był dodatni rozpoznano tyfus brzuszny.

Na sekcji stwierdzono olbrzymie serce, które ważyło przeszło 1 kg, i zapalenie wsierdzia i osierdzia, z zupełnem zarośnięciem worka osierdziowego; ropne zapalenie nerek; zawały nerek. Zmiany zastoinowe w narządach mięszzowych i jelitach. Żadnych zmian w kępkach Payera nie stwierdzono. W sercu stwierdzono histologicznie guzki reumatyczne Aschoffa. Posiewy z śledziony i pęcherzyka żółciowego na tyfus dały wynik ujemny.

## **Rak gruczołu krokowego z rozległymi przerzutami.**

Mężczyzna 60 cioletni chorował od roku; znacznie schudł i osłabł; od kilku miesięcy oddawanie moczu utrudnione i bolesne.

Na sekcji stwierdzono: rak gruczołu krokowego, bezpośrednio przenikający do ścianki pęcherza moczowego i tkanki otaczającej; rozległe przerzuty, które się posuwały drogą naczyń limfatycznych aż do gruczołów nadobojczykowych, zajmując po drodze prawie wszystkie gruczoły. Przewód piersiowy był wypełniony przerzutami nowotworowemi.

### **M. Wolff. Przypadek nowotworu rakowatego (przerzutowego) czaszki i mózgu, przebiegającego pod postacią psychozy. (Z oddz. E. Flataua).**

Chory E. B., lat 56, restaurator, przybył na oddział 15.XI. 31. 16.XI. 31 żona podaje, że chory od 2 tygodni zmienił się pod względem psychicznym: stał się smutny, obojętny, przestał się interesować otoczeniem, nie zabiegał o jedzenie, gdy mu jednak podano posiłek spożywał go. Często się mylił w rachunkach, np. mylił się w obliczaniu rachunków dla gości, wydawał reszty z pobranych pieniędzy za dużo lub mało, dał np. żonie 192 zł, mówiąc, że daje 170 zł. Pamięć coraz bardziej się pogarszała, miewał jednak i dni, gdy pracował sprawnie i odpowiadał dobrze. Zdarzało się jednak to już bardzo rzadko i trwało krótko. Przez cały czas rozwoju tej choroby nie wymiotował, nie miał bólów głowy, nie gorączkował. W ciągu ostatnich 2 tygodni przed przybyciem na oddział narzekał już na nieznaczne bóle głowy w skroniach, lecz nie wymiotował. — Zawsze dawniej zdrowy, pamięć miał dobrą. Zaburzeń umysłowych nie spostrzegano, był tylko łatwo pobudliwy, unosił się szybko: był łagodny, dobry. Od 2 tygodni żona zauważyła u męża guzowatość w obrębie części czołowo-skroniowej lewej, która się powiększyła. Przed kilku laty był operowany z powodu żylaków na kończynie dolnej prawej; podczas okupacji niemieckiej był operowany z powodu jakiegoś cierpienia pęcherza moczowego. Nie miał chorób zakaźnych ani wenerycznych. Alkoholu używał dużo, pił dużo wina, niekiedy się upijał. Obłądowi opilczemu nie ulegał, nie miał urojeń niewierności małżeńskiej. Dwa tygodnie przed przybyciem na oddział upił się do utraty przytomności. Palił do 50 papierosów dziennie. — Żonaty od 10 lat, żona nie rodziła, nie roula.

St. obecny. Chory wzrostu niskiego, budowy prawidłowej, odżywienia dobrego. Gruczoły chłonne niemacalne. Klatka piersiowa beczkowata, kąt międzyżebrowy rozwarty. Płuca: wypuk z odcieniem pudelkowym na całej przestrzeni. Nieznaczne przytłumienie w linii pachowej prawej w okolicy

dolnych żeber. Wysłuchowo — pojedyncze rżenia drobno-bańkowe i furchenia, więcej po stronie prawej. Serce pokryte płucem, tony głuche. Tętno 68 na minutę, miarowe, miernie wypełnione. Ciśnienie krwi 135—70. Wątroba macalna, o trzy palce niżej łuku żeberowego, niebolesna. Śledziona niemacalna. Czaszka: w okolicy czołowo-skroniowej lewej, tuż nad zewnętrznym kątem łuku brwiowego, guz wielkości śliwki, nieprzesuwalny, niebolesny, z ucisku bolesny; brzegi guza unoszą się pagórkowato, o konsystencji chrząstkowo-elastycznej. Skóra ponad guzem przesuwalna, bez zmian. W części potylicznej, po stronie lewej, guz — wielkości orzecha włoskiego — nieprzesuwalny, o konsystencji sprężystej, skóra ponad nim przesuwalna. Gałki oczne ustawione prawidłowo, nieznaczne drgania oczopląsowe. Żrenice równe, okrągłe, na światło odczyn dodatni; zbieżność normalna. Dno oczu: tarcze zawoalowane, granice nie ostre, od nosa zatarte, naczynia poszerzone i pokręcone; ostatnio dookoła lewej tarczy wybroczyny. Pole widzenia normalne. Scotoma centrale nie było. Pozostałe nerwy czaszkowe bez zmian. Odr. rogówkowe +. Odr. rogówk.— podbródkowy +, Odr. Simchowicza +. Odr. wargowo-podbródk +. Odr. Marinesco—Radovici brak. Kk g g. pod względem siły, miary ruchów, napięcia diadockokinezy, próby „palec-nos“ bez zmian. Drżenia się nie wykrywa. Odruchy per. i z tric.—żywe. Jacobsohu, Mayer, Rossolimo Sterling + z obu stron Abd + słabe. Obecne białe smugi. Cr. + z obu stron. Kk dd. pod względem sprawności ruchów, napięcia mięśni, próba „pięta — kolano“ bez zmian. PR+ żywe z obu stron. AR + żywe z obu stron; podeszwowy — fleksja plantarna. Rossolimo, Mendel — Bechterew'a objawów nie stwierdzono. Czucie gnostyczne, stercognostyczne, czucie bólu, dotyku, ciepła i zimna zachowane na całym ciele. — Mowa prawidłowa, zlekka drżąca. — Chód prawidłowy. Romberg ujemny. Obj. Babińskiego, asynergji mózdkowej, ujemny. Aleksander — ujemny. Psychika: dezorientacja w czasie, miejscu i otoczeniu. Wybitne zaburzenia pamięci i zdolności zapamiętywania. Wybitne zaburzenia w rachunkach. Duże zaburzenia zmysłu krytycznego. — Małe zainteresowanie otoczeniem i swojemi sprawami. Łatwa odwracalność uwagi. Zmienność afektywna. Przy powtarzaniu paradigmatu — potykanie się na zgłoskach. Halucynacji i urojeń wielkościowych, prześladowczych, nie ujawniono.

Badania pomocnicze: Pirquet ++; Metabolizm — 36. Mocznik we krwi — 0,53 gr. w litrze. Mocz bez zmian. Gruzoł krokowy bez zmian. Odczyn Wassermanna — Citochołowy — ujemny.

Krew: Hb — 89%; cz. — 4530000; b. c. 4300; N — 74<sup>0</sup>/<sub>10</sub>; L. — 26<sup>0</sup>/<sub>10</sub>. Roentgen: Czaszka duża, kształt owalny, kości

sklepienia grube, o przewapniałej i wygładzonej wewnętrznej blaszce. W kości potylicznej okrągły ubytek kostny. Tylna jama czaszkowa duża. Siodło tureckie małe. W kości czolowej po stronie lewej większe okrągłe ognisko rozrzedzenia kości (tumor?) Roentgen płuc: W środkowej części prawego płuca płucnego przyścienny cień wielkości kasztana, o ostrych konturach.

25.XI 31 wycięto skrawek z guza okolicy czołowo-skroniowej; badanie wykazało adeno-carcinoma. W obrazie klinicznym na pierwszy plan więc wysuwają się tu wybitne zaburzenia psychiczne o typie otępienia umysłowego; obraz ten ze względu na zmiany na dnie oczu, guzowatość kości (sprawdzonej rentgenologicznie) o budowie rakowatej, są niewątpliwie wynikiem sprawy nowotworowej, przerzutowej w mózgu i czaszce. Punktem wyjścia nowotworu było prawdopodobnie cierpienie nowotworowe płuca.

### J. Kipmanowa. **Przypadek guza śródpiersia z przerzutem do rdzenia.** (Z oddziału E. Flataua).

J. B. l. 29, przybyła po raz pierwszy 27.III.51 r. Podaje, że w maju 1930 r. zaczęło jej dokuczać uczucie drętwoty w l. boku, do którego wkrótce dołączyły się bóle w postaci pieczenia i palenia w tejże okolicy oraz osłabienie nóg. W czasie od stycznia wykonano tu 4-okrotnie nakłucia opłucnej, przyczem wydobywano za każdym następnym razem coraz mniej płynu, o barwie herbaty. Osłabienie nóg w międzyczasie postępowało stale; chora w grudniu nie mogła już chodzić zupełnie. W styczniu wystąpiło znieczulenie — na ból i dotyk od linii sutkowej do stóp, oraz zaburzenia ze strony zwieraczy; te ostatnie dolegliwości w ciągu miesiąca zmniejszyły się nieco, jednak pozostało znaczne upośledzenie czucia; zaparcie stolca, oraz moczu (1 raz na 24 godz.). W marcu wystąpiło pozatem i drętwienie w nogach, oraz drganie w nich i uczucie ściągania. St. ob.: w płucach stłumienie od grzebienia lew. łop. do dołu; tu oddech znacznie osłabiony. Serce, jama brzuszna bez widomych zmian. Odruch. brzusznych brak. Kończyny dolne w stanie maksymalnego napięcia mięśni. Siła i ruchy = 0, prócz minim. ruchów zgięcia i rozgięcia palców stopy lewej i palucha stopy prawej. PR = b. żywe. AR = kloniczne. Babiński, Rossolimo ++++. Czucie bólu i dotyku, zwłaszcza dotyku, znacznie upośledzone, po str. l. od D6, po str. pr. od D8. Czucie ciepłe — zachowane. Czucie głębokie — zniesione w palcach stopy, zaburzone we wszystkich odcinkach. Kręgosłup — na opuk niebolesny. Badania pomocnicze: Wasserman, Pirquet = ujemne; P. L.: pleocytozy nie było, NA+; B = 0,25%. Rentgen: zmian w kręgach nie wykazał.

natomiast stwierdził zaciemnienie po str. l. do  $\frac{1}{2}$  pola płucnego. Lipjodol — opadł całkowicie. Na wysokości 8 i 10 kr. dors. zrobiono nakłucie opłucnej, otrzymano nieco krwawego płynu z pływającymi cząstkami stałymi.

Badanie mikroskopowe punktatu elementów nowotworowych nie wykazało. — Ustalono w tym przypadku rozpoznanie tumoru mediastini, przenikającego poprzez otwory międzykręgowe do kanału kręgowego i uciskające rdzeń. 20.IV.1931 r. wykonano operację, przyczem na wysokości 8 kr. grzbief. stwierdzono masę nowotworową, którą usunięto bez otwierania opony twardej. Chciano zrobić oper. dekompresyjną żeber, nie otrzymano jednak zezwolenia chorej. Badanie mikroskopowe wykazało budowę mięsaka. Już niedługo po operacji zmniejszyły się znacznie bóle w boku; chora zaczęła prawidłowo oddawać mocz. Za drugim pobytym w szpitalu, w sierpniu, wykonywała nieznaczne ruchy (do 15°) zgięcia kolan oraz minimalne ruchy palcami stóp, obustronnie. W zakresie czucia przedewszystkiem uległo poprawie czucie głębokie, które wykazywało zaburzenia tylko w palcach stóp. Czucie bólu i dotyku zaczęło być wyraźniejsze w kończynach dolnych od l. pachwinowej. Obecnie chora przybyła na oddział po raz 3-ci dn. 17.VII. Poprawa jest jeszcze wyraźniejsza, gdyż chora jest w stanie unieść kończyny i zgiąć w st. kolanowych. Ruchy stopą i palcami wykonywuje też niezle. Co się tyczy czucia, to chora rozróżnia obecnie dobrze dotyk i ból na kończ. dolnych; osłabienie czucia, znaczniejsze, pozostało w obrębie D6 — D10. Czucie głębokie: w palcach po str. l. przy mocnych ruchach rozróżnia położenie. Natomiast napięcie mięśniowe jest cały czas maksymalnie wzmożone.

W rozprawie Lubelski zapytuje, czy przed operacją chora była naświetlana promieniami Rentgena, widział bowiem przypadki guzów śródpiersia, w których uzyskiwano poprawę przez samą radjoterapię bez zabiegu operacyjnego. Flatau jest zwolennikiem rengenoterapii, ale w tym przypadku postępowanie, jedynie takie, uważałby za niedostateczne. Wobec ciężkich porażen i dużych obrzęków znieczuleń w przypadku tym groziła odleżyna, zabieg więc należało wykonać jaknajwcześniej. Rentgen może zmniejszyć guz w śródpiersiu, ale nie jest w stanie zniszczyć w kanale kręgowym uciskających mas nowotworowych. Jedynie usuwanie operacyjne mas nowotworowych, uciskających na mózg lub rdzeń, w guzach zewnątrz operowanych daje dobre wyniki. Dura mater tworzy mur, który przez dłuższy czas broni rdzenia i mózgu przed nowotworem. Dlatego też w guzach śródpiersia i miednicy z przerzutami do twardówki nie należy szybko rezygnować z leczenia, a operować i następnie prześwietlać.

J. Rozenblat. **Przypadek torbieli kostnej po operacji.** (Z oddziału A. Wertheima).

Chory J. G. ma lat 9. Przypadek był demonstrowany już w maju r. 1931 — przed operacją.

Przed 2-a laty upadł w mieszkaniu. Nie mógł wstać. Miał silne bóle w prawym udzie. Zdjęcie Rtg. wykazało złamanie w miejscu torbieli kostnej. Nałożono gips na 3 miesiące. Po tym czasie stwierdzono zrost. Chory zaczął chodzić, nie miał dolegliwości. Rodzice więcej do lekarza się nie zgłaszali. Po upływie roku w identyczny — jak poprzednio — sposób upadł. Znowu zdjęcie Rtg. wykazało złamanie w temże miejscu, co i poprzednio, t. j. w miejscu torbieli kostnej; sprawa się więc powtórzyła.

Skierowany został na oddział chirurgiczny i tu wykonano zabieg wyskrobania łyżeczką ogniska szeroko otwartego. R. podkreśla, iż wyłyżeczkowanie było wykonane b. starannie. Bezpośrednio potem nałożono gips; po 4-ch miesiącach zdjęto go. Zdjęcie Rtg. powtórnie wykazało dobry zrost w miejscu złamania i wyłyżeczkowania. Zasadnicza sprawa chorobowa, pomimo starannego wyłyżeczkowania, trwa jednak. Chory nie odczuwa żadnych dolegliwości; skacze i t. p

Badanie histopatologiczne wyłyżeczkowanej treści wykazało tylko tkankę łączną, bez swoistych cech nowotworowych.

---

---



## Konferencje Neurologiczne Oddziału IX-go.

**Posiedzenie dnia 6 listopada r. 1930.**

Przewodniczył Flatau.

M. Orliński. **Przypadek dziecięcej rodzinno-dziedzicznej postaci zaniku mięśniowego typu Werdnig-Hoffmana** (Z oddz. E. Flatau).

Dziecko W.K. płci męskiej, przybyło z powodu stopniowego osłabienia kk. dolnych, później i górnych. Jest to 4 dziecko z rzędu. Poród kleszczowy. Dziecko urodziło się żywe, do 2-ich miesięcy rozwijało się zupełnie normalnie; miało b. żywe ruchy w kk. górnych i dolnych, było nawet b. ruchliwe. Później matka zauważyła, że dziecko zaczyna gorzej poruszać kk. dolnymi, nie chce ssać. Żadnych prodromalnych objawów, jak gorączki, wysypki, anginy, bólów, drgawek, wymiotów — nie było. Matka już wówczas zwróciła też uwagę, że kształty kończyn jakby się zmieniły, mianowicie zanikły plastyczne kształty nóg i nabrały formy cylindrycznej. Osłabienie kończyn dolnych postępowało, to najwięcej zaznaczało się w proksymalnych częściach; dziecko jeszcze dość dobrze poruszało stopkami i paluszkami, gdy unieść całej kończyny lub zgiąć w kolanie już prawie nie mogło. Po 6 tygodniach również zauważono, że dziecko mniej porusza kończynami, przyczem matka wyraźnie zaznacza, że przedewszystkiem osłabł odcinek barkowy; palcami dłoni dziecko wykonywało słabe ruchy. Gdy je posadzono i nie przytrzymywano zapadało się, słaniało. W tym stanie niedomogi ruchowej dziecko przybyło na oddział.

Rodzice zupełnie zdrowi. 1-szy poród był kleszczowy, dziecko martwe; 2-gi poród normalny — dziecko zdrowe, rozwija się zupełnie normalnie; 3-ci poród normalny — dziecko urodziło się żywe, a gdy miało 3 tygodnie, zauważono, że mniej porusza kk. dolnymi; stopniowo osłabienie tu rozszerzyło się na tułów i kk. górne; dziecko to zmarło w 7 m. życia na zapalenie płuc. Matka dodaje, że choroba u zmarłego dziecka rozwijała się zupełnie w ten sam sposób, jak u dziecka demonstrowanego.

St. obecny: dziecko wzrostu, odpowiadającego wiekowi, budowy kośćca prawidłowej, nieco ogólnie otyłe. Skóry, o zabarwieniu bladawym, nie udaje się ująć w fałdę, jest ona nieco obrzęknięta, twardawa. Przy silniejszym ucisku palcem zostaje mały dołek. Pod tkanką tłuszczową nie wyczuwa się mięśni (rózianca krzywiczego się nie stwierdza). Serce, płuca, narządy jamy brzusznej bez zmian, Jądro lewe nieco powiększone. Tę 36<sup>4</sup> — 36<sup>8</sup>. Tętno 140. Mocz bez zmian. Czaszka okrągła, obwód 42 cm., wymiar bitemporalny — 24 cm, przednio-tylny 23 cm. Sztywności karku i innych objawów oponowych niema. Nerwy czaszkowe bez zmian. Zrenie: dobrze reagują na światło. Dno oczu normalne.

KK. górne: konfiguracja zewnętrzna o konturach mięśniowych wygładzonych. Ruchy naogół b. skąpe, przyczem dziecko jeszcze od czasu do czasu porusza palcami, lub zgina rączki w stawie łokciowym, natomiast w odcinku barkowym żadnych ruchów nie widać. Napięcie naogół prawidłowe, może nieco obniżone. Siły zbadać nie udaje się, słabo chwytą przedmioty. Od czasu do czasu występuje lekkie drżenie rązek.

Kk. dolne o konfiguracji cylindrycznej. Zanik mięśni wybitny, szczególnie w odcinku biodrowym, mięśnie pokryte grubą warstwą tłuszczu oraz nieco zgrubiałą skórą. Kończyny dolne stale wyciągnięte, lekko przykurzone w stanie kolanowym. Ruchy minimalne: zginanie w stawie kolanowym z obu stron, w stopach i w paluszkach zaznaczone, dziecko zupełnie w całości kończyn dolnych nie unosi. Napięcie nieco wzmożone w odcinku kolanowym, obniżone w innych odcinkach, drgań włókienkowych nie spostrzega się. Odruchy z tricepsa, periostealne, PR i AK, brzuszne zupełnie zniesione.

Podeszwowe: — arefleksja, czasami niepewny objaw Babińskiego. Rossolimo brak. Czucie bólowe zachowane. Dziecko posadzone opada we wszystkie strony. Główkę utrzymuje dość dobrze, gdy pochylić nieco ku przodowi tułów — góówka opada. Badanie elektryczne mięśni i nerwów (n. ulnaris i n. peroneus) wykazuje na prąd faradyczny brak zupełny reakcji, na prąd galwaniczny — przy 8 — 10 m. — Amp. reagują, przyczem  $K > An$ . Wasserman we krwi (u dziecka i rodziców) ujemny. Zdjęcie rentgenologiczne czaszki oraz k. górnej lewej żadnych zmian nie wykazuje. Przychicznie wydaje się normalnem. Ze względu na wiek chorego (4 miesiące), na znamię schorzenia rodzinne, na topografię zaników mięśniowych (początek w pasie biodrowym, większe zajęcie odcinków proksymalnych, na progresję schorzenia i symetryczność, na brak drgań włókienkowych, na obniżenie reakcji elektrycznej, należy rozpoznać tu dziecięcą postępującą postać amyotrofji typu Werdnig-Hoffmana.

Bychowski kwestjonuje rozpoznanie choroby Werdnig-Hoffmana ze względu na brak momentu dziedzicznego i brak charakteru postępującego cierpienia. Higier rozpoznałby tu poliomyelitis chronica.

Flatau wyłącza poliomyelitis chr. ze względu na brak poprawy, typ proksymalny porażen, postępujący jednak charakter—to też rozpoznaje najchętniej tu postać zaników Werdnig-Hoffmana.

### A Krakowski. **Przypadek myasthenji z dysfunkcją gruczołów dokrewnych.** (Z oddz. L. Bregmana).

W wywiadach chorego l. 57 na podkreślenie zasługuje al. holizm chorego od 12 roku życia, a zatem w ciągu 15 lat, (codziennie rano na śniadanie wypijał szklankę wódki). Kiły nie przechodził. Obecną chorobę datuje od 2 lat. Na początku było upośledzenie wzroku, które ustąpiło. Po kilku miesiącach wystąpiło podwójne widzenie, chorey wtedy jeszcze b. ciężko pracował. Od 3 mies. stopniowe opadanie powiek górnych, osłabienie kkg. i kkd.; zmieniła się mowa, wystąpiły zaburzenia łykania i trudności w oddychaniu. W przebiegu tym były krótkotrwałe remisje. Matka i trzy siostry chorego mają znacznie powiększony gruczoł tarczowy, stałe przyspieszenie tętna i nadmierne się pocią. U jednej z sióstr, znacznie wychudzonej, stwierdza się objaw Graefego i Möbiusa. Chorey wysokiego wzrostu, wychudzony. Uderza odbarwienie skóry na powłokach brzusznych, w okolicy łądźwiowej i na mosznie. Żrenice +. Zez zbieżny to jednego, to drugiego oka. Ograniczenie ruchów gałek, szczeg. ku górze. Dno oczu—norma. Badanie szkłem kolorowem stwierdza dwojenie jednoimienne. Obie powieki górne na początku były ad maximum opadnięte. Czoła nie marszczył, zwarcie powiek bez żadnej siły, fałdy nosowo-wargowe obustronne wygładzone. Język po kilku ruchach stawał się bezwładny. Mowa z odcieniem nosowym, po 1—2' stawała się niezrozumiałą; w łykaniu częś to się krztusił, płyny wracały przez nos. Poza tem szybkie wyczerpywanie się siły mięśniowej kkg. i kkd. Odruchy okostnowe i ścięgliste szybko wyczerpują się. Czucie +. Reakcja myasteniczna Jolly'ego w mięśniach pasa barkowego. Narządy wewnętrzne +. Początkowo bradycardia — 50 na 1'. Hyposympatycotomia i wzmożona pobudliwość układu błędnego. Ciśnienie krwi max — 80, min. 60. Limfocytoza we krwi. Obniżona zawartość cukru we krwi (0,05%). R-gram czaszki i kl. piers. +. Płyn m.-rdz. bez zmian. Wass. —. Mocz: c g. 1007, obok zwiększonej ilości dobowej. Objaw białych smug +. Ptosis, porażenie mięśni gałek ocznych, diplegja twarzowa, dyszartria, dysfagia, narastające w miarę wykonywania tych czynności, szybkie wyczerpywanie się siły mięśniowej w kkg. i kkd. (obok braku zaników mięśniowych, zaburzeń czucia) i reakcji myastenicznej pozwalają rozpoznać tu myastenję. Przypadek ten zasługuje na uwagę

z tego względu, że powyższe objawy wystąpiły u chorego, pochodzącego z rodziny niewątpliwie obciążonej pewną dysfunkcją gruczołu tarczowego, u którego wraz z myastenją na plan pierwszy wysuwają się zaburzenia w korelacji gruczołów dokrewnych: nadnerczy (niskie ciśnienie krwi, obniżona zawartość cukru we krwi, zmiany barwikowe skóry, signe blanche surrénale Sergéna i t. p.), przysadki mózgowej (wysoki wzrost, polydipsja, polyurja, niski c. g. moczu) oraz gr. tarczowego w postaci jego hypofunkcji (obniżona podstawowa przemiana materji). Dodatni wpływ terapeutyczny, szczególnie na objawy opuszkowe, K. widział w stosowaniu organopreparatów wielogruczołowych i podskórnych zastrzyków adrenaliny; również cukier gronowy, względem którego chory wykazuje ogromną tolerancję, bardzo dodatnio wpływa na objawy myastenji. Ciężki alkoholizm mógł odegrać tutaj rolę momentu wyzwalającego.

W rozprawie Sterling podnosi duże znaczenie w rozwoju tego cierpienia dysfunkcji tarczycy (hyperfunkcji) i nadnerczy. Dodatni wpływ widział w stosowaniu strychniny. Higier widział kombinacje myastenji z chorobą Basedowa. Simchowicz widział również podobny przypadek. Goldflam podnosi, że objawy przemawiają tutaj za myastenją, rzadką jednak jest taka koincydencja z dysfunkcją gruczołów dokrewnych. Flatau podkreśla, że terapia w myastenji jest, jak dotąd, prawie bezsilna, bywają jednak samoistne remisje. Bremana podkreśla tu znaczny alkoholizm, jako moment współdziałający etiologiczny. Jest to przypadek naogół nietypowy i b. ciężki, że względu na to, że — obok innych gruczołów — dotknięte są też nadnercza. Krakowski podkreśla, że tu, wbrew przypadkom, spostrzeganym przez Higiera i Simchowicza, z hiperfunkcją tarczycy, ma się jej hipofunkcję (Metab. basale — 12). Ze względu na wyjątkowo dodatni wpływ cukru, per os i dożylnie podawanego, ze względu na niezwykłą tolerancję, K. proponuje cukier w dużych dawkach stosować w myastenji w celach terapeutycznych.

### A. Krakowski. **Przypadek zwichnięcia 1-go kregu szyjnego, prawdopodobnie pochodzenia gruźliczego.** (Z oddz. L. Bremana).

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na brak współmierności pomiędzy zmianami rentgenologicznymi i objawami klinicznymi. Dotyczy on chorego lat 28, z zawodu kowala, który od 2-ch lat bez żadnej przyczyny zaczął odczuwać bóle w karku. Od roku ograniczenie ruchów głowy, a od kilku miesięcy prawie całkowite unieruchomienie.

St. ob.: zupełne zniesienie bocznych ruchów głowy, przy stosunkowo dobrze zachowanych ruchach ku przodowi i nieznacznem ograni.

czeniu ku tyłowi. Niema tu zmian w zakresie nn. czaszkowych; brak objawu Hornera. Kkg. i kkd. pod względem siły mięśniowej, sprawności ruchów, czucia i odruchów (a k. k. zachowują się prawidłowo. Niema odruchów patolog., zaburzeń czucia i zaburzeń czynności zwieraczy. Wobec braku klinicznych objawów neurologicznych rentgenogram kręgów szyjnych okazał się prawdziwą niespodzianką. Okazało się, że ząb trzonu 2-go kręgu szyjnego jest zniszczony, 1-y zaś krąg szyjny wraz z czaszką są przemieszczone ku przodowi. Obraz ten przemawia za spondylitis cervicalis, najprawdopodobniej tuberculosa. Rozpoznanie spdl. tuberc. jest zgodne z przebiegiem klinicznym i brakiem danych dla innego cierpienia. Brak objawów klinicznych, pomimo b. znacznego przemieszczenia czaszki i 1-go kręgu szyjnego ku przodowi, przemawia za tem, że mechanizm zwinięcia w tej okolicy powinien być być inny, niż w innych częściach kręgosłupa. Poza tłumaczeniem, że zwinięcie tu odbywało się stopniowo, a zatem wraz z powolnem przemieszczeniem się czaszki i 1-go kręgu szyjnego ku przodowi, powoli przemieszczał się również odpowiedni odcinek rdzenia, przystosowując się jakby do nowych warunków, należy również wziąć pod uwagę i to, że przestrzeń, w której ta sprawa odbywała się, jest dość znaczna — odpowiada ona bowiem okolicy cysterny i foramen magnum.

W rozprawie Higiera zaznacza, że nie obserwował tak znacznego zwinięcia kręgu obok braku objawów rdzeniowych. Bregman również podkreśla uwagę Higiera. Krakowski tłumaczy brak objawów uciskowych ze strony rdzenia b. powolnym w ciągu 2-ech lat przemieszczeniem czaszki i 1-go kręgu szyjnego ku przodowi oraz dość dużą przestrzenią, gdzie sprawa ta odbywa się, bowiem znajduje się tam foramen magnum, stąd możliwe są dość znaczne przemieszczenia rdzenia bez ucisku.

### J. Pinczewski. **Przypadek t. b. c. baseos cranii** (Z oddz. E. Flatau a).

R. T. l. 62, przybyła 11.X.1930, ma 6 dzieci, nie ronila. Trzykrotnie zapalenie płuc: po raz pierwszy przed 30 laty, po raz II-gi w parę lat później, po raz III-ci — przed 4 laty. Po ostatniem bóle głowy przez parę tygodni oraz w l. k. d. i g. — ednocześnie wrzód obojczyka. Do wiosny r. b. czuła się dobrze. Niebawem zjawiły się bóle w dolnej części l. uda oraz obrzęk w okolicy kolana lewego. Jak się okazało, była to ropnica, którą otwarto, t<sup>o</sup> dochodziła do 40°; po zagojeniu się rany powróciła do zdrowia.

Już 5 tygodni minęło — przed przybyciem do szpitala — jak poczuła bóle głowy w potylicy oraz w części ciemieniowej lewej. Bóle te trwają bez przerwy, niekiedy nasilają się znacznie. Wymiotów nie ma

Gdy ma silne bóle głowy, odczuwa kłucie w l. uchu oraz szum. Innych dolegliwości nie wymienia.

St. obecny. Odżywienie mierne. Skóra barwy ziemistej; błony śluzowe blade. Na obojczyku prawym widoczna blizna po ropniu, również na l. udzie blizna.

Narządy wewnętrzne. Nieznaczne zmiany w górnym odcinku l. płuca. W sercu I-szy ton nad koniuszkiem nieczysty; tętno — 84, miarowe, średnio napięte.

Jama brzuszna — bez zmian. — T<sup>0</sup> prawidłowa. Pirquet — ujemny.

Mocz — bez zmian. Krew — Hb. 55% Cz. c. — 3.390.000. B. c. — 6.900, Ns. — 50% Np — 6,5%; L — 39,5%; P — 4%. Czaszka nieco niesymetryczna, a mianowicie: l. połowa bardziej wysklepiona w części ciemieniowo-potylicznej; tu wyraźna bolesność z opuku czaszki; obmacywaniem stwierdza się zgrubienie kości ciemieniowej lewej. Bolesność l. połowy karku. Ból w ruchach biernych i czynnych głowy. W kręgach czynnych bez zmian. Żyły skórne na lewej połowie czoła bardziej uwypuknione.

Nn. czaszkowe. Węch zachowany. Żrenice — na światło i zbieżność +. Lewa żrenica < — sza. Dno oczu — tarcze normalne, po str. prawej żyły poszerzone. Szpara powiekowa lewa większa; poza tem — normalny stan oczu. Słuch — po str. lewej. — O. N. przedsionkowy lewy nie reaguje (po 100 cm<sup>3</sup> wody); Ucho prawe w granicach normy. Język — prawa połowa języka wyraźnie zsiniała. Żyły zgrubiałe na dolnej powierzchni języka, zbacza on w stronę lewą; lewa jego połowa bardziej wiotka; ruchy języka zachowane. Podniebienie miękkie: lewa połowa ustawiona wyżej w czasie fonacji, podniebienie przeciąga się wstr. prawą, języczek pozostaje nieruchomy. Odruch gardzielowy po str. lewej O (porażenie lewej połowy podniebienia). Drgania włókienkowe w lewej połowie języka. Smak zachowany. Łyka dobrze. Głos bez zmian. Krtani w stanie normalnym. Mięśnie karkowo-obojczykowo-mostkowe — osłabione z obu stron. KK. górne i dolne — bez zmian w ruchach i odruchach. Płyn m — rdz. klarowny, bezbarwny. N A. +. Białko — 0.16%; RF (—). Quekenstedt — ujemny. Badanie elektryczne mięśni i nerwów twarzowych, języka oraz mięśni mostkowo — sutkowo — obojczykowych zmian nie wykazuje. Czaszka mała, kształt prawidłowy, kości sklepienia przewapniałe zgrubiałe, rowki naczyniowe (art. meningea media) poszerzone. Siodło tureckie normalne; w kręgach szyjnych bez zmian. W płucach: oddzielne ogniska naciekowe w obrębie pól szczytowych, szerokie wnęki, równomiernie rozszerzone cienie dużych naczyń. Smuga międzypłatowa po str. prawej.

Zajęcie kilku pni nerwowych u podstawy czaszki świadczy o procesie miejscowym w lewej połowie tylnej jamy czaszkowej. Sprawę nowotworową ogniskową lub też rozlaną, u podstawy czaszki, można tu łatwo wyłączyć. Rozpoznanie waha się między gruźlicą a kiłą podstawy czaszki. Brak odczynów swoistych przemawia przeciw kile. Co się tyczy gruźlicy, to przemawiają tu za nią trzykrotne zapalenie płuc, zmiany dawne w płucach oraz przebyta sprawa ropna gruźlicza obojczyka.

W rozprawie Flatau uzasadnia tu rozpoznanie gruźliczego zapalenia czaszki ze względu na całokształt rozwoju choroby, bolesność opukową okolicy cieniieniowej czaszki po stronie prawej. Wyłącza tumor, lues. Omawia sprawę umiejscowienia gruźlicy w różnych częściach czaszki.

Goldflam rozpoznaje cierpienie luetyczne ze względu na periostitis, bliznę zrosniętą z kością, za tem: cierpieniem przemawia też phtisis fibrosa.

Higier skłania się do rozpoznania tu kiły; rzecz możliwa też łącznie i kiła i gruźlica.

Bregman podkreśla, że leczenie swoiste w tych przypadkach nie zawsze działa. Rozpoznaje kiłę.

Flatau obszernie omawia charakter bólów głowy w utajonej gruźlicy; w przebiegu jej u podstawy czaszki może nie być gorączki. Nn. czaszkowe bywają zajęte w sarcomatosis podstawy czaszki; F. podkreśla też ujemny wynik tu odczynu Wassermanna.

### **Posiedzenie dnia 4 grudnia r. 1930.**

Przewodniczył Bregman.

P. Szpilman Neudingowa. **Odosobnione schorzenie nerwów wzrokowych na tle kiły.** (Z oddz. L. Bregmana).

B. kl., lat 30, przybyła 11/XI 30. Podaje, że przed 2 tyg. doznała bólu głowy po pr. str. czoła, miała wówczas katar. Po 8 dniach nagle zaczęła widzieć pr. okiem, jak przez mgłę, następnego dnia już okiem prawem zupełnie nie widziała. W dniu poprzedzającym przybycie do szpitala zaczęła gorzej widzieć lew. okiem. Nudności, wymiotów, urazu czaszki nie było. Od 4 lat napadowe bóle głowy z wymiotami co 2 — 4 tyg. Przed rokiem ulcus durum. Odc. Wassermanna był dodatni; nie leczyła się.

Klinicznie stwierdza się budowę hypoplastyczną. W narządach wewnętrznych bez zmian. Opuk czaszki niebolesny. Żrenice równe, lewa na światło reaguje żywo, prawa — nieco leniwiej. Dno oczu:

obustr. tarcza zastoinowa. Wyniosłość pr. oka 1 — 2 D, lew. 2 — 3 D. Siła wzroku — na początku pr. okiem liczyła palce na odległ.  $\pm 1$  mtr., na lewym 5/10, obecnie l. oko 5/6, prawem liczy palce na odległ.  $1\frac{1}{2}$  mtr. Hemianopsji nie stwierdza się. W zakresie innych nn czaszkowych, kkg. i d., odruchach — bez objawów patol. Badanie jam obocznych nosa ropy nie wykazało. R-gram czaszki i szkieletu twarzy również nie szczególnego nie wykazał. Zatoki nosa powietrzne z obu stron. Badanie krwi na odczyn Wasserm. dało + + + +, w płynie m — rdzeń Wasserm. ujemny. Płyn zawierał 7 limfoc., NA +: białka 0,16‰.

Ma się tu więc chorą po przebytej infekcji luetycznej, u której przed paru tyg. wystąpiły ostre zaburzenia wzrokowe, doprowadzające w ciągu 1 doby prawie do zupełnej ślepoty prawego oka. Prócz tarczy zastoinowej z wyniosłością 1 — D i 2—3 D żadnych innych objawów w dziedzinie układu nerwowego nie stwierdzono: ponieważ chora utrzymuje, że wystąpienie zaburzeń wzrokowych poprzedził ból głowy w czole z pr. str. i katar, zwrócono uwagę na jamy nosowe. Badanie rhinologiczne, jak i promieniami R-tgena, zmian tam nie wykazało. Niema również danych dla przypuszczenia nowotworu lub ropnia mózgu. To też uważać można tu za pewne, że schorzenie nn. wzrokowych stało się tu następstwem zakażenia kiłą, a limfocytoza w płynie m. rdz. przemawia również za kiłą układu nerwowego. Pewna poprawa, osiągnięta już po 2 tyg. kuracji swoistej (ustąpienie bólu głowy i lekka poprawa wzroku), potwierdziła to przypuszczenie. Wiadomo, że n. wzrokowy zostaje często dotknięty w sprawach kiłowych, najczęściej w postaci zwyczajnego zaniku, rzadziej — jako stan zapalny nerwu wzrokowego, często w postaci tarczy zastoinowej. Ta ostatnia towarzyszy zwykle innym: zespołom kiły mózgu, bądź obrazowi zapalenia opon mózgowych, bądź kilakowi mózgu. W rzadkich przypadkach tarcza zastoinowa tak, jak w danym przypadku, jest jedynym objawem kiły mózgu.

Pierwszy przypadek tego rodzaju, według Nonne'go, opisał Foerster już w 1876 r., tłumacząc powstanie zastoiny kilakiem przegród łącznotkankowych nerwu wzrokowego. Oppenheim też podaje, że neuritis gummosa n. wzrok. występować może jako cierpienie odosobnione. Według Nonne'go tarcza zastoinowa występuje niekiedy we wczesnym okresie, ale b. rzadko — jako cierpienie odosobnione bez innych objawów kiły. Nonne cytuje przypadki Hutschinson'a, Schlütter'a, Horstmana i Uthoffa.

Przypadek podobny do demostrowanego opisał niadawno Reganati: w ciągu jednego tyg. rozwinęła się najpierw jednostr., potem



obustr. ślepotą. Wziernikiem stwierdzono tarczę zastoinową, po zastosowaniu rtęci i neosalvars. nastąpiło wyzdrowienie. Baruch i Rollet podają, że tarcza zastoinowa, wzgl. zapalenie n. wzrokowego, występować może we wczesnym okresie kiły, i potwierdzają pomyślnie wyniki leczenia swoistego, nie wyłączając salwarsanu.

W rozprawie Higier zastanawia się nad wyodrębnieniem tej sprawy od meningitis serosa, pochodzenia nieluetycznego. Goldflam rozpoznaje tu raczej zastoinę, a nie stan zapalny dna oczu, źrenice reagują na światło, upadek wzroku jest nieznaczny. Zastoina w sprawach luetycznych rzecz rzadka, częściej jest neuritis. Sterling uważa, że nie jest wyłączone, iż kilak jest tu podłożem cierpienia. Flatau w związku z przypadkiem przypomina dane z pracy Quinke'go o meningitis serosa luetycznego pochodzenia. W danym przypadku lues w wywiadach i dodatni wpływ leczenia swoistego przemawiają za podłożem kiłowem. Nie odpowiada tylko zespołowi zwykłemu ujemny odczyn Wassermana w płynie m. rdz. i nieznaczna pleocytoza (7 limfocytów). Bregman podkreśla, że sprawa tutaj toczy się tylko w samych nn. wzrokowych. Wyłącza meningitis serosa i kilak, które zwykle dają wiele innych objawów, a nie tylko odosobnione schorzenie nerwów wzrokowych, jak w powyższym przypadku,

### **Potok. Choroba Tay-Sachsa powikłana wodogłowiem.** (Z oddziału L. Bregmana).

Dziecko płci męskiej, wiek 1 rok i 10 miesięcy. Rodzice zdrowi niespokrewnieni. Pacjent jest 1-ym z kolei dzieckiem, z porodu normalnego. Początkowo rozwijał się normalnie, od roku choruje. Z początku wystąpiło osłabienie kkgd; dziecko przestało chodzić, nie mogło stać i siedzieć, później, wystąpiły też zaburzenia umysłowe, przestało mówić śmiać się. Nie słyszało, nie widziało. Od 4-ch miesięcy drgawki kloniczne lub toniczne. Od 2-ch tygodni powiększenie objętości głowy, co skłoniło matkę do przybycia z dzieckiem do szpitala.

St. ob. Dziecko b. blade, leży nieruchome, nie reaguje na żadne bodźce słuchowe lub wzrokowe. Głowa duża, obwód 55 cm., szwy kostne dobrze wyczuwalne. Oczy nieruchome, od czasu do czasu tylko zwraca oczy na bok lub do góry. Czasami oczopląs, połączony z niepokojem gałek ocznych. Źrenice na światło reagują. Hipotonja mięśni karku. Chwostek obustr (+). Kkgd — ruchów dowolnych nie wykon., wa, napięcie mięśni wzmożone. AR, PR — wz. ożone. Obustronne obj. Babińskiego. Badanie płynu mózgu. — rdzeniowego dało wynik ujemny. Badanie krwi; znaczna limfocytoza, 47% i 60.5% limfocytów przy ogólnie niezwiększonej liczbie białych ciałek. Hemoglobina

zmniejszona — 65%, Mocz — norma. Rentgenogram czaszki: kości sklepienia b. cienkie, czaszka b. duża, siodełko tureckie pogłębione. Badanie oczu: pole szaro-białe w okolicy macula lutea z czerwoną malinką w środku. Pokazany przypadek przedstawia typowy obraz Tay-Sachsa, a zasługuje na uwagę z powodu powikłania wodogłowiem. Opisane w piśmiennictwie przypadki z wodogłowiem należą do postaci młodzieńczej tej choroby, t. z. typu Vogt-Spielmeiera, natomiast P. nie znalazł w dostępnem piśmiennictwie opisu przypadków postaci dziecięcej Tay-Sachsa z wodogłowiem.

W rozprawie Mackiewicz dodaje, że przedstawiał podobny przypadek z objawami decerebral rigidet. Higier również widział podobny przypadek; uważa wodogłowie za przypadkową koincydencję, gdyż choroba Tay-Sachsa jest cierpieniem typowem zwyrodnieniem. Bregman uważa za możliwe, że hydrocephalus jest tu następstwem zasadniczego cierpienia, podobnej kombinacji jednak dotąd nie obserwował.

M. Orliński. **Przypadek Encephalomyelitis disseminata, leczony promieniami Roentgena.** (Z oddz. E. Flataua).

S. T. 25 lat, mężatka, przybyła po raz 1-sz 27.III.30 r. z powodu bezwładu kończyn dolnych, drętwienia na całym ciele, uczucia ogólnego ciężaru. Chorobę obecną datuje od 7 tygodni; rozwijała się stopniowo. Zaczęło się od bólu w prawej piersi, towarzyszyła temu jakoby gorączka oraz dreszcze. Po dniu wystąpiło drętwienie w końcach pa'ców u rąk i nóg, jednocześnie uczucie przeszywania jakby igłą, idące od góry w dół. Po 2-tych tygodniach choroba poczuła bóle w łydkach i w udach. Przestała chodzić. Gorączka wtedy dochodziła do 37°. W 2-im tygodniu choroby — zaczęła gorzej mówić, mowa była powolna, skandowana. Od 5-ciu tygodni — zaburzenia w połknięciu. Od 2-tych tygodni zaburzenia czynności pęcherza. Ostatnio od czasu do czasu diplopia, oraz zaciemnienia pola widzenia. W dzieciństwie grypa, zapalenie ucha środkowego. Ma jedno dziecko zdrowe. Nie roniła. Narządy wewnętrzne bez zmian. T<sup>o</sup> 36° — 36°. Tętno 86'. W moczu (incontinentia) — bez zmian patologicznych. Układ nerwowy: czaszka normalna, bez bólów głowy, lecz z uczuciem ciężaru w głowie. Twarz nieco z blaskiem, jakby naoliwiona: Węch — upośledzony od wielu lat. Żrenice — okrągłe, jednakowe. Reakcja na światło i konwergencję +. Dno oka — norma. Upośledzenie łykania; pozatem nerwy czaszkowe — bez zmian. K. K. górne — bolesność mięśni uciskowa. Ruchy czynne we wszystkich odcinkach zachowane, mało rozległe. Siła osłabiona we wszystkich odcinkach; napięcie — normalne. Próba palec — nos wykazuje wyraźną dysmetrję z obu stron. Odr.

z triceps, okos'nowe = 0. Odr. brzuszne = 0. K. K. dolne — minimalne zginanie w stawach kolanowych, poza tem wszystkie ruchy zniesione. Napięcie — zmniejszone wybitnie. Siła we wszystkich odcinkach prawie = 0. Odr. PR, AR = 0. Podeszwowe — arefleksja, obj. Rossolimo nie spostrzega się.

Czucie wszystkich rodzajów zaburzone tylko w k. k. do'nych, poczynając od stawów kolanowych ku dołowi. Chodzić nie może. Mowa powolna, skandowana. Badanie elektryczne mięśni, w rwów kk. górnych stwierdza zmiany ilościowe, w kk. dolnych — reakcja zwyrodnienia. Was. we krwi, w płynie ujemny. Płyn m.—rdzeniowy bez leucytozy. NAP ++. Białko 1%. Posiew — ujemny. Chora otrzymała 5 naświetlań Rtg. kręgosłupa do 17.IV. 30.IV 30 czuje się znacznie lepiej. Ruchy kk. dolnych zaczynają wracać. Mowa wyraźna. 18.VII chora otrzymała 2 serie naświetlań kręgosłupa Rtg. Wypisana z odłz. 2.VIII ze znaczną poprawą ogólną. Ruchy kk. dolnych — wszystkie dobrze zachowane, prócz ruchów stóp. Nie chodzi.

Chorą zapisano po raz 3-gi 20.XI do dalszej kuracji Rtg. Czuje się zupełnie dobrze, chodzi sama. St. ob.: narządy wewnętrzne — bez zmian. T° 36<sup>a</sup>-37°. Tętno 88%. Mocz i kał oddaje prawidłowo. Nerwy czaszkowe — bez zmian. K. K. górne: ruchy, siła, napięcie — normalne. Dłonie zimne, spoczone. Odr. z triceps — słabe, periostalne zachowane, Odr. brzuszne — zachowane, słabe po str. lewej. K. K. dolne: stopa prawa nieco opadnięta; stopy spoczone, zimne; siła, ruchy, napięcie — prawie normalne we wszystkich odcinkach, prócz odcinków skokowych, gdzie siła jest nieco osłabiona; rozgięcie stawu skokowego prawego = 0, napięcie tu nieco wzmożone. Ruchy palców u stóp ograniczone. Odr. PR — słabe, z kaszlem wzmagają się. AR = 0 obustronnie. Podeszwowe — arefleksja obustronnie, bez obj. Rossolimo. Czucie wszystkich rodzajów zachowane, prócz głębokiego w 3 ch palcach zewnętrznych u lewej stopy, Próby — palec — nos, pięta — kolno bez zmian patologicznych. Mowa — powolna. Chód zlekka beładny, steppage.

Badanie elektryczne: k. k. górne — ilościowe zmiany w nerwach i mięśniach. K. K. dolne — częściowa reakcja zwyrodnienia. Przypadek powyższy ze względu na typ porażenia, na typ parastezji o niezwykle barwnym charakterze, należy do grupy encephalomyelitis disseminata. Przypadki podobne były opisywane przez wielu autorów. Obszernie omawiane zostały przez Flataua w pracy: „O epidemii zapalenia rozsianego układu nerwowego w W. Cz. L., N. N. 43, 44, 45, 1928 r.

W rozprawie o rozpoznaniu różnicowem H g i o r podnosi, że, jak wiadomo, w polyneuritis zajęty bywa niekiedy rdzeń, (retentio urinae, incontinentia alvi). Bregman obserwował na oddziale przypadek

zapalenia wielonerwowego, gdzie zajęcie rdzenia nie ulegało żadnej wątpliwości (zaburzenia ze strony zwieraczy, drżenie włókienkowe). Rokowanie w tych przypadkach jest wzgl. pomyślne. Br. niema jeszcze tego przekonania, aby prom. X istotnie miały taki dodatni wpływ terapeutyczny, jak prelegent sądzi. Flatau uważa, że te przypadki są wywołane przez zarazek, zbliżony do enceph. epid. Mówi o różnych postaciach i odmianach powyższej jednostki chorobowej. Fl. podnosi, że w niektórych przypadkach encephalomyelitis widział istotnie dodatni wpływ na przebieg choroby po naświetlaniach prom. Rentgena.

### **Posiedzenie dnia 8 stycznia r. 1931.**

Przewodniczył E. Flatau.

**M. Orliński. Przypadek leukemji limfatycznej z objawami opuszkowemi i mózdkowemi.** (Z oddz. E. Flatau).

U. G., 50 lat, mężatka, przybywa 3.XII.30 r. z powodu osłabienia kk. dolnych. Zawsze zdrowa. 7 lat temu — gorączka do 37,3°, ból gardła, przyczem powiększyły się gruczoły podszczękowe obustronnie. Była wtedy widziana przez lekarza, który po stwierdzeniu we krwi u chorej do 51.000 białych ciałek krwi (50% limfoc.) zalecił naświetlanie prom. Rtg. gruczołów podszczękowych, wątroby i śledziony. Otrzymała 2 serje naświetlań, poczem czuła się dobrze, gruczoły się zmniejszyły. W ciągu 3 lat stan chorej był zupełnie dobry (otrzymała w tym okresie jeszcze 2 serje naświetlań R.). 3 lata temu grypa. Parę miesięcy potem zaczęła odczuwać ogólne osłabienie, silne zawroty głowy, prócz tego napadowe bóle, b. dokuczliwe, w okolicy części skroniowo-potylicznej prawej. Mimo naświetlań Rtg. które powtórzyła — stan wciąż się pogarszał, zawroty głowy wzmagaly się, chód stawał się utrudniony, z powodu osłabienia kk. oraz niepewności w chodzeniu. Od 1½ roku nictrzymanie moczu. Osłabienie chorej z biegiem czasu wzmogło się, od roku nie opuszcza łóżka. Od kilku miesięcy — mowa się zmieniała. Ma 2 dzieci zdrowych. 1 raz ronila. Mąż zdrowy. Ojciec chorej — zmarł jakoby na leukemję. Menses od 15 roku życia do 39 r.

W badaniu stwierdza się: odżywienia miernego, budowy prawidłowej. Skóra bladeziemista, śluzówki — blade, białka barwy podżółtaczkowej. Gruczoły chł. nne karkowe i pachwinowe powiększone po str. prawej. Narządy wewnętrzne — bez zmian, prócz wątroby i śledziony, które są macalne. Incontinentia urinae; zaparcie. Czaszka bez zmian. Objawów oponowych niema. Żrenice równe, okrągłe, jednakowe. Reakcja na światło, konwergencja — zachowane; dno normalne. Ruchy gałek ocznych — zachowane. Nystagmus dwustronny.

Ból i dotyk gorzej czuje na twarzy — po stronie prawej. Zanik mięśni skroniowych, osłabienie żwaczy obustronnie. Odr. rogówkowe zachowane. Słuch nieco osłabiony po stronie prawej. Inne nerwy czaszkowe bez zmian. Kk. górne: siła ogólnie nieco osłabiona we wszystkich odcinkach, ruchy, napięcie normalne. Odruchy: z triceps. periostalne — żwawe, jednakowe. Jacobsohn, Rossolimo, Sterling + obustronnie. Brzuszne—lewych brak, prawa słabe. Kk. dolne: siła nieco osłabiona, więcej po str. lewej. Napięcie, ruchy normalne. PR — żwawe, lewy >, AR — prawy słaby, lewy b. słaby. Podeszwowe — Babiński — obustronnie; obj. Rossolimo niema. Czucie — gorzej czuje ból po str. lewej. Czucie głębokie — zaburzone w 3-ch zewnętrznych palcach po str. lewej. Próba — palec—nos—wykazuje dysmetrję. po str. lewej >. Próba — pięta—kolano—wykazuje atakując z obu stron. Mowa niekiedy niewyraźna, zamazana. Psychika naogół bez zmian. Pamięć nieco osłabiona. Chod trudny, wybitna asynergja. Wass. we krwi i w płynie m. rdzeniowym ujemny. W krwi: Cz. c. — 4.230.000, b. c. — 24.700 N = 22,5%, L = 75,5% (mało i średnie). P = 1,5%, E. 0,5.

Schorzenia centralnego układu nerwowego w leukemji limfatycznej są naogół rzadkie, z tego też powodu przypadek ten zasługuje na uwagę. Tu potwierdza się też spostrzeżenie Spitz'a, że zmiany w leukemji przewlekłej szerzą się w śródmózgowiu i tyłomózgowiu.

W rozprawie Higier zaznacza, że stwierdzał w takich przypadkach w ukł. nerwowym rozsiane nacieki limfatyczne. Zaznacza poza tem, że ostre leukemje dają wylewy krwawe. Goldflam czyni zastrzeżenia co do rozpoznania tu leukemji; związek cierpienia gruczołowego z objawami nerwowymi jest tu, sądzi, problematyczny. Bregman podnosi, że gdy w niedokrwistości złościwej powikłania nerwowe są dość częste, w leukemji spostrzega się je rzadko.

**A. Krakowski. Obustronne zniesienie odruchów rogówkowych w następstwie urazu.** (Z oddz. L. Bregmana).

Chory, l. 46, uderzony został przed 5-ciu miesiącami łyżką w okolicę p. oka. Uderzenie było tak silne, że chory stracił przytomność, po której odzyskaniu narzekał na bóle głowy. Leczył się bezskutecznie na oddz. ocznym i wewnętrznym. Chory wypowiada mnóstwo różnorodnych skarg subiektywnych (ściskanie w gardle, w dołku podsercowym i t. p.). Od czasu choroby posmutniał. Źrenice obie na światło i zbieżność reagują dobrze. Brak odruchów spojówkowych; zupełny brak rogówkowych. Uzupełniające badanie okulistyczne stwierdza pęknięcie urazowe błony Descemeta rogówki oka lewego, przyczem średnica rogówki tegoż oka okazała się o 1½ mm

większa od rogówki oka prawego. V. o. d. —  $\frac{5}{6}$ , v. o. s. — liczy palce z odległości  $\frac{1}{2}$  metra.

W kkg. i kkd. odruchy ściąg. i okostnowe żywe; brak odruchów podeszwowych; odruchów patologicznych niema. Analgezja na lkk., l.  $\frac{1}{2}$  twarzy i l.  $\frac{1}{2}$  tułowia; po str. pr. hipalgezja. Zastanawia tu brak odruchów rogówkowych, który w niektórych sprawach organicznych, jako znamię patologiczne, odgrywa b. doniosłą rolę. W rozważaniu wyłączyć tutaj można nowotwór kąta mostowo-móźdżkowego (dobrze czynne tu n.n. VII i VIII, brak zastoiny, nagły początek). Wyłączyć też można sc. mult i syringomylię, w których stwierdzano brak odruchów rogówkowych. Początek cierpienia (uraz fizyczny + wstrząs psychiczny), oraz cały zespół objawów (hypalgezja i analgezja, wzmożenie odruchów, brak podeszwowych, różne subiektywne sensacje i skargi) obok braku cech organicznego schorzenia, przemawiają za sprawą czynnościową, która tutaj spowodowała również zniesienie odruchów rogówkowych, to jednak w schorzeniach funkcyjnych należy zaliczyć do objawów niezmiernie rzadkich.

W rozprawie Higier wysuwa tu dwie możliwości kliniczne: hysterję i jamistość rdzenia. Goldflam zgadza się z prelegentem i uważa, że zniesienie odruchów rogówkowych w tym przypadku jest pochodzenia czynnościowego, z czem przemawia znieczulenie na skórze i błonach śluzowych oraz całokształt psychiki chorego. Bregman podnosi, że zniesienie odruchów rogówkowych może mieć niekiedy i związek z urazem mechanicznym. Krakowski wyłącza tu syringomylię (brak rozszczepienia czucia, zmian troficznych i t. p.), w cierpieniu tem zresztą brak odruchów rogówkowych jest objawem dość rzadkim.

A. Krakowski. **Przypadek stwardnienia wieloogniskowego z b. wybitnemi zaburzeniami czucia, szczeg. czucia cieplnego.** (Z oddz. L. Bregmana).

Chery, l. 30, przed 10-ciu laty przechoǳił grypę. Wkrótce potem wystąpiło osłabienie jednocześnie obu kkd., szczeg. pkd., następnie zjawily się zaburzenia w urynowaniu w postaci nietrzymania moczu. Od 5-ciu miesięcy tempo osłabienia kkd. b. szybko postępuje. W przebiegu choroby byly też długotrwałe remisje. Obecnie chód jest spastyczno-paretyczny. Prawa gałka oczna jest w zezie zbieżnym, ruch jej ku górze jest nieco ograniczony. Ny +. Źrenice normalne. Odbarwienie skroniowe obu tarcz, szczeg. prawej. Kkg.; drżenie palców, dysmetrja przy próbie palec — nos. Odruchy ścięgnięte i okostnowe b. żywe. Obustronnie objaw Jacobsohna. Kkd: ruchy dowolne we wszystkich odcinkach są ograniczone, szczeg. w obwodowych. Napięcie

mięśniowe wzmożone, Bezład w próbie pięta — kolano. PR i AR obustronnie kłoniczne. Obustr. stopowstrząs, Rossolimo, obj. Babińskiego. Mendel-Bechterewa, Oppenheim'a. Zaburzenia czucia dotykow. bólowego i ciepłego na kkd. i tułowia sięgają do sutek. Zaburzenia czucia głębokiego na palc ch u stóp. Zaburzenia czucia ciepłego są tak daleko posunięte, że chory uległ dwukrotnie dość ciężkiemu i rozległemu oparzeniu, o którym nie wiedział. Objawy te nasuwać mogą rozpoznanie jamistości rdzenia. Dla rozpoznania syringomyelji brak objawu rozszczepienia czucia, zaników mięśniowych; syringomyelja rozpoczyna się najczęściej w górnych częściach rdzenia. Wyłączyć tu też należy sprawę uciskową. Zespół objawów składa się tu na obraz stwardnienia rozsianego (oczopląs, odbarwienie skroniowe tarcz, drżenie zamiarowe, bezład w kkg. i kkd. ze wzmożeniem odruchów ścięgnistych i okostnowych, z odruchami patologicznymi; remisje w przebiegu). Wyjątkiem w obrazie klinicznym są daleko posunięte zaburzenia czucia, podczas gdy zwykle w scl. mult. zaburzenia są dyskretne i niepewne. Ze względu zaś na daleko posunięte zaburzenia czucia ciepłego była to rzekomo jamistochłonna postać stwardnienia wieloogniskowego.

W rozprawie Goldflam nie ma wątpliwości co do rozpoznania scl. mult., skłonny byłby tu jednak rozpoznać raczej władową postać stwardnienia wieloogniskowego. Bregman, omawiając symptomatologję, podkreśla istotnie niezwykle w stwardnieniu wieloog. zaburzenia czucia, s czeg. czucia ciepłego. Krakowski dodaje, że w pseudotabetycznej postaci stwardnienia wieloogniskowego bezład byłby b. wybitny, tu jest on jeszcze w granicach, jakie często w scl. mult. się spotyka. W psudo-tabetycznej postaci Kr. obserwował zmiany ze strony źrenic, w postaci objawu Argyll-Robertsona.

### M. Wolff. 2 przypadki stwardnienia rozsianego pod postacią rwy kulszowej. (Z oddz. E. Flatau).

I G. K., l. 41, żonaty, tragarz. Przybył 13.XII,30 r., Przed 7 tygodniami rozpoczęły się bóle wzdłuż lewej k. d. na tylnej powierzchni. Wskutek stałego wzmaganie się bólów przestał pracować, musiał leżeć. Zwieracze i erekcje bez zmian. Bólów opasujących i t<sup>o</sup> powiększonej nie było. Przed 4 — 5 laty także bóle wzdłuż tylnej powierzchni pr. k. d. w ciągu 20 dni. Przed 15 laty ropotok z pr. ucha. Przed 20 laty złamanie pr. obojczyka. Chorób infekcyjnych i wenerycznych nie miał. Pił od 100 — 200 cm<sup>3</sup> alkoholu dziennie; pali 40 papierosów dziennie. Dzieci 6, poronień nie było.

St. praes. W narządach wewnętrznych po za zaostrozonym oddechem nad pr. szczytem bez zmian widomych. W nn. czaszkowych: oczopląs przy spojrzeniu bocznem, myli się w rozpoznawaniu małych

krażków czerwonych i niebieskich — poza tem w nn. czaszkowych bez zmian. Zaznaczony odruch rogówkowo-podbródkowy. W kk. gg. pod względem siły mięśn., napięcia m., sprawności ruchów stan normalny. Odruchy: per i z triceps zachowane. Jakobson, Rossolimo, Sterling, Mayer + z obu stron. Radovici — Marinesco + po l. str., — po pr. str.; Wartenberg + z obu stron. Abd — górne zachowane; środkowe i dolne słabe, szybko się wyczerpują. Zaznaczone białe smugi. Cr. + z obu stron. Analny i cocygoanalny odr. +, pr. analny.

W kk. dd. pod względem siły mięśniowej, napięcia m. i sprawności ruchów, stan również normalny; Lassègue + po l. str.: Bolesność punktów uciskowych lew. n. kulszowego. Kręgosłup bez zmian. Art. dors. pedis tętnią.

PR — żywe; AR — również, areflexja plantae z obu stron. Rossolimo + z obu stron, w próbie Jendrasika zwiększa się, wyraźny z palców i paluchów. Percepcja kinestetyczna i czucie prawidłowe. P. L. Płyn przezroczysty; Quekenstedt ujemny; bez pleocytozy; NA —; B + 0,16%; Lange, Guillain, Wasserman —. We krwi Wasserman — ujemny. Pirquet +. Próba kaloryczna dodatnia. Krew cytol. i mocza — norma; ciśn. krwi 135/90.

II. J. R., 23 kawaler. przybył 11.XII.30. We wrześniu 30 r. bóle napadowe w łydce prawej. Bóle coraz się wzmagaly, odtąd stałe i rozprzestrzeniły się po kilku tygodniach wzdłuż całej tylnej powierzchni pr. k. d., Obecnie chodzić nie może. Zwieracze, erekcje bez zmian. Chorób zakaźnych nie miał. Przed 3 l. ulcus penis, nieleczoney, Przed 5 laty appendektomia. Używał do 100 cm<sup>3</sup> dziennie alkoholu; pali 30 papierosów dziennie.

St. pr.: w narządach wewnętrznych — poza zaostreniem oddechu nad pr. szczytem — bez zmian. W nn. czaszkowych, prócz nieznacznych ruchów nystagmoidnych przy spojrzeniu w lewo i prawo, bez zmian. Odruchy per. i z triceps żwawe, Jakobson, Sterling, Rossolimo g., Wartenberg, Radovici — Marinesco, Mayer + z obu stron. W kk. dd. pod względem sprawności ruchów, siły m. i napięcia mięśni bez zmian; Lassègue + po pr. str. Feierstein +. Bolesność punktów uciskowych pr. n. kulszowego. Art. dorsalis pedis tętnią. PR. zachowane, pr. <, AR — żwawe. Podeszowy — fleksja plantarna, Rossolimo +. Kręgosłup bez zmian. Percepcja kinestet. i czucie wszystkich postaci prawidłowe.

P. L. Płyn przezroczysty; Quekenstedt ujemny; Lange, Guillain, Wasserman. ujemny, bez pleocytozy, NA +, B — 0,16%<sub>00</sub> Pirquet +. Próba kaloryczna słabo dodatnia. Mocza bez zmian, również krew cytologicznie normalna. Ciśn. krwi — 140/60. Roentgenogram bez



zmian po za sacralisatio L. V. W obu powyższych przypadkach ma się więc do czynienia z objawową rwą kulszową, która tu jest przejawem stwardnienia rozlanego, za czem przemawiają podane wyżej objawy.

W rozprawie Higier zaznacza, że może być przypadkowa koincydencja scl. mult. i neuritis. Rwa kulszowa zresztą może mieć b. różnobarwny przebieg. Rozpoznanie jest niekiedy b. trudne, również i w tym przypadku nie jest pewne, czy ujęcie tej sprawy przez prelegenta jest słuszne. Goldflam podkreśla znaczenie diagnostyczne w tych przypadkach objawu Rossolimo. Ny. i wzmoczenie odruchów ścięgnistych oraz szczególnie oporność w tej postaci rwy kulszowej wszelkim zabiegom terapeutycznym. Bregman nie wyłącza możliwości rwy kulszowej, jako jednego z objawów scler. mult. Zupełnie pewnych momentów różnicowych jednak niekiedy ustalić nie można.

### **Nadesłane.**

Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy.

Wielmożny Panie Redaktorze!

Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy prosi uprzejmie WP Redaktora o umieszczenie w najbliższym numerze Panów pisma następującej wzmianki:

W uzupełnieniu poprzedniego komunikatu czwartego zjazdu lekarskiego w Krynicy, mającego się odbyć dnia 15 i 16 maja (Zielone Święta) zgłosili jeszcze odczyty następujący koledzy: Dr. Braun Bronisław (Kraków), Dr. Mieczysław Dukiet (Krynica), Dr. Felix Józef (Kraków), Dr. Kmiotowicz Franciszek junior (Krynica), Dr. Kubiczek Mieczysław (Kraków), Dr. Sokolowski Adam (Kraków).

Krynica, dnia 27 lutego 1932 r.

Sekretarz generalny komitetu organizacyjnego  
czwartego zjazdu lekarskiego w Krynicy  
(Dr. Witold Skórczewski)

J. Marzyński i L. Silberstrom (Łódź). Próba serologiczna rakowa Hirsfeld-Halberówny.

### **Od Redakcji.**

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 mianownictwa lekarskiego polskiego.

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, wzgl. polskim.

Zaczynając od zesz. I r. 1931 Redakcja umieszcza krótkie streszczenie w języku esperanto artykułów oryginalnych.

---

T R E Ś Ć N U M E R U.

*M. Abramowicz.* O wrodzonych przetokach bocznych szyi. *M. Płoński.* Pneumatozis cystoides intestinorum. Sprawozdania z posiedzeń naukowych (1931).

S O M M A I R E.

*M. Abramowicz.* Sur des fistules congenitales laterales du cou. *M. Płoński.* Pneumatozis cystoides intestinorum. Comptes rendus des séances cliniques à l'Hôpital Israélite à Varsovie (1931).

---

---

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **J. 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

# Streszczenia artykułów oryginalnych.

(Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie.  
Zeszyt III i IV r. 1931).

## **Pneumatosis cystoides intestinorum**

**M. Płoński**

### ZUSAMMENFASSUNG.

Bei der Sektion eines 57 — jährigen Mannes, der an einer ausgedehnten Myokardfibrose gestorben ist, — fand sich eine Pneumatosis cystoides des ganzen Kolon. Die mikroskopische Untersuchung zeigte ein sehr charakteristisches und gut bekanntes Bild: ausser der Cysten und Riesenzellenbildung waren reichliche diffuse chronisch-entzündliche Infiltrate gefunden. Die Veränderungen waren fast ausschliesslich in der stark sklerosierten Submukosa verbreitet. Es wird vermutet, dass im Verlaufe eines Entzündungsprozesses in den Lymphspalten, bzw. in den Lymphgefässen des Darmes, Synzytium und Riesenzellen sich bilden. In dem mit denletzten gefülltem Lumen erscheint ein Gas, welches die Cystenbildung veranlasst und die Riesenzellen, bzw. das Synzytium an die Peripherie verschiebt. Es wurde der Uebergang der erweiterten Lymphspalten in die fertigen Gascysten beobachtet.

*M. Płoński.*

**Cistoida pneumatozo de intestoj.** Che la sekcio de 57 jara viro, kiu mortis de miokarda fibrozo, trovighis cistoida pneumatozo de la tuta kolono. La mikroskopa ekzameno montris la karakterizan aspekton: krom la cistoj kaj gigantaj cheloj trovighis multaj difuzaj kronikinflamaj infiltrajhoj. La proceso koncernis preskau eksklusive la sklerozitan submukozon. La aŭtoro supozas, ke dum la daŭro de la inflamo formighis sincitio kaj gigantaj cheloj en la limf-spacoj, kie aperis gazo kaj kaŭzis la cistojn. Oni povis konstati la transformighon de la larghigitaj limf-spacoj en gascistojn.

## Sur des fistules congénitales latérales du cou.

P A R

M. Abramowicz

L'auteur étudie la genèse et la pathologie non suffisamment déterminées jusqu'à présent de cette forme en rapport d'un nouveau cas observé par lui en 1931 (en cette matière il a déjà publié en 1920 dans la *Gazeta Lekarska*). Chez son patient, âgé de 25 ans, on n'a constaté, de fistule jusqu'au 1930; elle s'étendait ayant plus de 9 cm. de longueur de la troisième part inférieure du cou au delà de l'apophyse mastoïde. L'auteur s'incline préférentiellement à l'opinion du prof. Węglowski, qui considère les fistules congénitales latérales du cou complètes et incomplètes comme des restes du conduit du thymus, qui dérivent du 3-me sinus trachéenne et dont le conduit passe en forme d'un canal oblique le long du sterno-cléido-mastoïde.

*M. Abramowicz.*

**Pri kunnaskitaj flankaj fistuloj de kolo.** La aŭtoro priparolas la duban genezion kaj patologion de tiu malsano, okaze de nova kazo, kiun li observis en 1931 jaro. Ĉe 25 jara paciento la fistulo estis konstatita nur en la jaro 1930. Ĝi havis 9 cm. de longeco. La aŭtoro opinias, same kiel Węglowski, ke la kolaj fistuloj estas restajhoj de kanaloj timusaj.

# Sur les vomissements excessifs des femmes enceintes.

P A R

S. Zamkowy.

Le moment étiologique le plus important — c'est l'autointoxication par des produits nuisibles d'échange de matières (de la mère et du fœtus). Le moment psychogénique joue le rôle secondaire, en déclanchant la maladie. Une supposition intéressante, quoique encore insuffisamment éclaircie, explique les vomissements excessifs par l'antagonisme biologique entre le sang de la mère et celui du fœtus.

Nous distinguons 2 périodes cliniques de la maladie: 1) la sensibilité nerveuse excessive et 2) l'intoxication grave. Dans le diagnostic il faut distinguer les vomissements secondaires. Par contre, la distinction entre les vomissements excessifs vrais et faux n'a pas de raison théorique ni pratique.

Dans le traitement des vomissements excessifs, il faut penser avant tout à la prophylaxie de cette maladie chez les personnes neuropathiques. Dans les cas prononcés à part la thérapie causale (des injections abondantes de solution de Ringer, de glucose avec de l'insuline etc), la diète de famine avec lavements nourissants — un rôle important joue la thérapie symptomatique, principalement des injections quotidiennes intraveineuses de brome (10 cm<sup>3</sup> 10% Ca. brom.), qui sont appliquées avec succès dans le service du Dr. Natanson, et lesquelles je recommande combiner avec des injections de medinal (Schering).

Dans les cas d'intoxication exceptionnellement grave (la température fébrile, le pouls rapide, des symptômes cérébrales) il faut recourir à une interruption de la grossesse, qui doit présenter un cas exceptionnel dans le traitement des vomissements excessifs, mais son application ne doit pas retardée. À part l'observation clinique vient en aide la réaction d'Hijman-van-den Bergh sur la bilirubinaémie, qui possède une valeur décisive pour la définition d'une intoxication grave.

de S. Zamkowy.

**Pri eksterordinara vomado ĉe gravedaj.** La plej grava etiologia momento — estas intoksikado per malutilaj produktoj de stofsango (de la patrino kaj de feto). La momento psikogenia ludas duagradon rolon en solvo de la malsano. Interesa supozo kvankam ankoraŭ nesufiĉe esplorita, klarigas la

eksterordinaran vomadon per biologia lantagonismo inter la sango de la patrino kaj de fetuso. Ni distingas 2 periodojn de la malsano: 1) eksterordinaran nervan sentemon kaj, 2) gravan intoksikadon. En la diagnozo oni devas distingi sekundaran vomadon. Anstataŭe — la distingo inter eksterordinara vomado vera kaj falsa havas racion nek teoriant nek praktikan. Dum la kuracado d'eksterordinara vomado oni devas penosi aŭ pri profilakto de tiu—ĉi malsano ĉe personoj neuropatiaj. Eu kazoj klaraj krom terapio kauza (abunda enŝprucigo de Ringer'a solvaĵo, de glukozo kun insulino k. t. p., dieto malsateca kun nutraj klisteroj — ludas gravan rolon la simptoma terapio, ĉefe ĉiutagaj envejnaj enŝprucigoj de bromo (10 cm<sup>3</sup> 10% CaB<sub>2</sub>) sukcese aplikataj je fako de D-ro Natanson kaj tiujn mi rekomendas kombini kun enŝprucigoj de Medinal Schering. Eu kazoj d'intoksikado tre grava (febri rapida pulso cerbaj simptomoj) oni devas provi interrompon de gravedeco, kiu devas prezenti esceptan kazon en la kuracado d'eksterordinara vomado sed ĝia apliko ne devas esti malfrua.

Krom klinika observado helpas la reakcio de Hijman Van de Bergh je bilirubinemo kiu posedas decidan rolon por difino de grava intoksikado.

## Zur Kasuistik der Trachealkarzinome.

von

L. Lubliner und M. Płoński.

Es wurde ein Fall von Karzinom des unteren Trachealteils bei einem 24-jährigen Fräulein beschrieben. Das Karzinom umfasste ringförmig die Trachea und hatte das Aussehen eines breiten, derben Tumors; die dem Tracheallumen zugekehrte Fläche war ulzeriert. Es fanden sich Metastasen in den benachbarten Lymphdrüsen und eine Fernmetastase in dem linken Scheitelbein und der anliegenden dura mater cerebri. Die histologische Untersuchung ergab ein wenig differenziertes Carcinoma basocellulare cylindromatosum.

Klinisch verursachte das Karzinom zunehmende Atemnot und Blutspuren im Sputum.

L. Lubliner kaj M. Płoński

**Al Kazuistiko de traheokarcinomoj.** Oni priskribis kazon de karcinomo en malsupra parto de traheo ĉe 24-jara fraŭlino. La karcinomo ĉirkaŭiris ringforme la traheon kaj havis aspekton de vasta kaj malmola tumor. Le supraĵo direktita al trahealumo estis ulcera. Oni trovis metastazojn en la najbaraj limfo-

glandoj kaj malproksiman metastazon en maldekstra parietala osto kaj ĉekusanta dura mater cerebri.

La histologia esploro montris malmulte diferencitan Carcinoma basocellulare cylindromatosum.

Klinike la karcinomo kauzis kreskantan mankspron kaj postsignojn de sango en la kraĉo.

Travail du Laboratoire bactériologique de l'hôpital à Czyste (Varsovie).  
Chef du laboratoire: Dr. Dworecki.

## **L'hémogramme de Schilling dans l'appendicite.**

P A R

**M. Landau**

Conclusions:

1. Il faut considérer l'hémogramme dans l'appendicite comme un signe plus élastique et souvent plus précis et bien plus précoce que les autres.
2. La fièvre ainsi que l'accélération du pouls évoluent en général avec une hyperleucocytose. Au cours des appendicites nous observons parfois une forte leucocytose, à côté d'une fièvre peu élevée; Ce chiffre, avec la formule sanguine à tendance myeloïde, indique l'existence d'un foyer inflammatoire, purulent.
3. La valeur pronostique de l'hémogramme trouve son plus large application dans les cas inflammatoires et purulents à évolution aiguë. Les éosinophiles comme la déviation régénératrice des noyaux dans les neutrophiles jouent le rôle de présage soit de l'amélioration soit de l'aggravation de l'état.
4. Le taux de leucocytes au dessus de 20000 — 30000, l'absence absolue de d'éosinophiles, et une déviation régénératrice prononcée des noyaux dans les neutrophiles jusqu'à myelocytes inclusivement, caractérisent l'appendicite aiguë avec péritonite généralisée.
5. Dans l'appendicite aiguë avec péritonite localisée nous trouvons le chiffre de 15000 — 20000 leucocytes, l'absence d'éosinophiles, en outre apparaissent ici les petits myelocytes, le chiffre des leucocytes granuleux à noyau boudiné s'élève à 15—20%.

6. Dans l'appendicite simple le chiffre des leucocytes s'élève à 10 — 15000, dans la formule sanguine nous voyons le nombre d'éosinophiles diminué (0,5%—2%), une déviation insignifiante à gauche dans les neutrophiles, le chiffre des leucocytes à noyaux boudiné ne dépasse pas 10—12%.
7. Les abcès bien limités ainsi que les processus postinflammatoires ne donnent pas des changements dans la formule sanguine.

de Marja Landau.

### Hemogramo de Schilling dum apendicito.

Konkludoj:

1. Hemogramon dum apendicito oni <sup>A</sup> generale devas konsideri kiel klinikan signon pli elastan kaj ofte pli gravan, aperantan antaŭ aliaj.
2. Plialtigo de korp<sup>A</sup>temperaturo kaj plirapidigo de pulso aperas kutime kun kresko de leukocitozo. Dum apendicito ni vidas iam ĉe ne tro alta temperaturo rimarkeblan leukocitozon (20.000), tiu nombro kun sangobildo je tendenco mieloida montras la ĉeston de fokuso inflama pusa.
3. La prognoza valoro de hemogramo trovas tre vastan aplikon en kazoj enflamaj, pusaj je trapaso akuta; rolon d'anoncanto de pli — au malpli-bonigo havas la ĉeloj eozinofilaj kaj trasovo regeneranta de kernoj en korpetoj neutrofilaj.
4. Appendicitis acuta cum peritonitide generalisata karakterizas nombro de leukocitoj, plia ol 20—30.000, manko d'eozinofilaj kaj sufiĉe granda regeneranta trasovo de kernoj en neutrofiloj <sup>A</sup>gis mielocitoj inkluzive.
5. Dum appendicitis acuta cum peritonitide localisata la nombro de leukocitoj atingas <sup>A</sup>15—20000, manko d'eozinofilaj, sufiĉe granda regeneranta trasovo de kernoj en neutrofiloj, krome aperas ĉi — tie junecaj formoj nombro de bastonetformaj (15%—20%), sen mielocitoj.
6. Appendicitis simplex—nombro de leucocitoj 10—15000, en la sangobildo malpli d'eozinofilaj (0,5—2%), ne granda trasovo maldekstra en la neutrofiloj. La nombro de formoj je bastonetkerno ne superas 10—12%.
7. Abscesoj bone apartigitaj kaj procesoj postenflamaj ne donas sangon <sup>A A</sup> en la sango.

