

ROK 1933  
TOM XII

STYCZEŃ-CZERWIEC  
ZESZYT 1 i 2

**KWARTALNIK KLINICZNY**  
**SZPITALA STAROZAKONNYCH**  
**W WARSZAWIE**

*WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA*

---

*WARSZAWA    ❖   ❖   ❖   1933*

300

NEUMAN & TOMASZEWSKI  
WARSZAWA

Miejsce zarezerwowane

dla

T-wa Przem. Chem.-Farm. d. Magister K L A W E

S. A. Warszawa



Wchłaniający się,  
o dobrym smaku  
środek

**WYKRZTUŚNY**  
i  
**PRZECIWNILNY**

Syrop-flaszki po 200 gr.  
Tabletki-rurki po 20 szt.



licerynowy ester gwajakolu)

ABJANICKA SP. AKC. PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO

# KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

Z oddziału ocznego. (Ordynator: A. Zamenhof).

## Czy wyłuszczenie gałki ocznej, dotkniętej gruźlicą, może być przyczyną ogólnej gruźlicy prosówkowej?

Pod a ł a

**Bronisława Turkus-Sterlingowa.**

6-go kwietnia 1932 r. skierowany został na oddział oczny Dra A. Zamenhofa chory z oddziału chorób wewnętrznych D-ra Fejgina.

P. S. M., — lat 42, 8 lat temu po oziębieniu miał podwyższoną temperaturę, chrypkę i kaszel. Przez 6 lat czuł się dobrze, tylko kaszlał od czasu do czasu. Od 6-u miesięcy kaszle stale, ma bóle w plecach, niebawem podczas kaszlu wypluł około 2-ch łyżek jasnej krwi; od tego czasu płwocina jego była krwią podbarwiona. Okiem lewem nie widzi już od 20-u lat; od 3-ch miesięcy oko to czerwieni się, od tygodnia mu dokucza. Ma 4 dzieci; żona nigdy nie ronila. Chory dużo pali i pije.

Stan obecny. Według zapisków oddziału dra Fejgina rozpoznano tam gruźlicę włóknisto-zserowaciałą i jamistą; zapalenie opłucnej i osierdzia; katar krtani.

Oczy: prawe normalne; dno oka: żyły trochę szersze. Oko lewe ślepe; przy ucisku gałka bolesna; ciśnienie śródoczne poniżej normalnego. Silne przekrwienie spojówki gałkowej. W kwadracie dolno-nosowym widać twór unaczyniony, wielkości okrągłego grochu, z wydrążeniem kraterowatym, o brzegach podminowanych, dnie szarawo-czarnem. Rogówka nachuchana; w dolnej części rogówki miejscami zmętnienia, wznoszące się pęcherzykowato; żółtawe nacieki w głębszych warstwach rogówki; na błonie Descemet'a kulcowate i grudkowe

Biblioteka Jagiellońska



1003046704



101641  
" "  
12/19

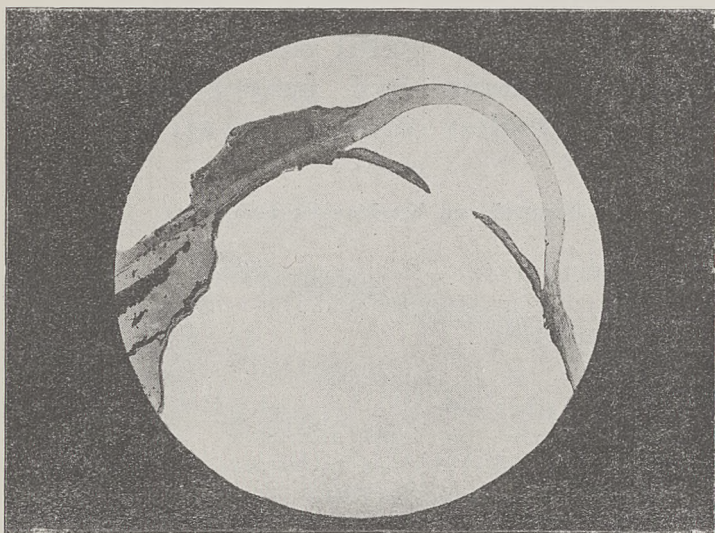
82

osady *Seclusio et oclusio pupillae*. W polu źrenicznym wy-  
siek zorganizowany. Komórka przednia głęboka.

Ciepłota ciała  $37^{\circ},8$ . W płwocinie: 1—2 prątki Kocha  
w 4 — 5 polach widzenia. Odczyn *Wassermana* i cyto-  
chology ujemne.

9-go kwietnia wyluszczone galkę.

Badanie makroskopowe. Wymiary galki: Prze-  
kroj tylno-przedni 29 mm, przekroj poprzeczny 25 mm.. W prze-  
kroju poprzecznym, w odległości 2 mm od rąbka rogówki, wi-  
dać wydrążenie w kształcie stożka, którego wierzchołek odpo-

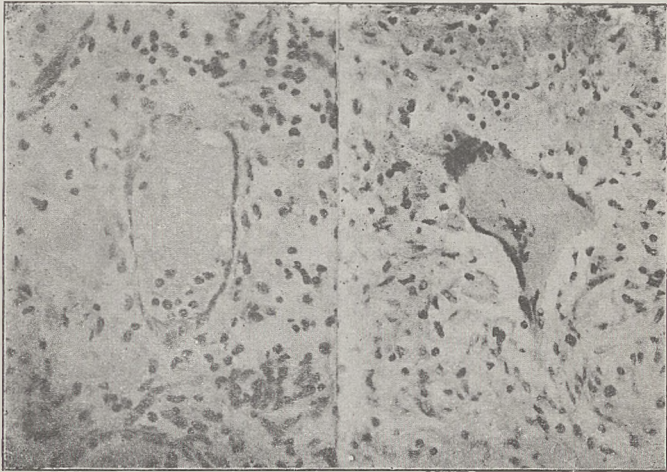


1. Tkanka granulacyjna typowa dla gruźlicy w rąbku  
rogówki.
2. Skupienie gruzelków w powierzchniowej warstwie  
twardówki.
3. Twór podłużny między naczyniówką i twardówką.

wiada przebiciu twardówki. Miejsce przebicia twardówki oto-  
czone jest tworem półokrągłym koloru brudno-żółtawego, obję-  
tości  $8 \text{ mm}^3$ , dochodzącego do rąbka rogówki. Przy bocznej  
ścianie galki, między twardówką i naczyniówką, znajduje się  
twór ciemno-szary, podłużny, wielkości małego orzecha, przyle-  
gający ściśle do ścianek galki, dochodzący do rąbka zębatego  
siatkówki, z tyłu odległy o 8 mm. od wejścia nerwu wzro-  
kowego.

Soczewka płaska, twarda, przezroczysta, koloru żółtawego.

Badania mikroskopowe: w rąbku widać tkankę ziarninową, typową dla gruźlicy, wytworzoną: 1) z naczyń włoskowatych nowowytworzonych o ścianach cienkich, w świetle naczyń — leukocyty; 2) z fibroblastów; 3) z okrągłych komórek jednojądrowych: limfocytów i leukocytów; 4) z wielojądrowych leukocytów i 5) z komórek olbrzymich. (patrz mikrof. 1 i 2).



Tkanka granulacyjna, typowa dla gruźlicy, wytworzona: 1. z naczyń włoskowatych nowowytworzonych o ścianach cienkich, w świetle naczyń leukocyty; 2. z fibroblastów; 3. z okrągłych komórek jednojądrowych: limfocytów i leukocytów; 4. z wielojądrowych leukocytów i 5. z komórek olbrzymich.

W powierzchniowej warstwie twardówki widać skupienie gruzelków, wytworzone. 1) z nieprawidłowego czworoboku zserowaciałego, na którego obwodzie i pośrodku widać limfocyty i leukocyty; 2) z gruzelków prosówkowych częściowo zserowaciałych, otoczonych limfocytami i leukocytami i z gruzelków z komórką olbrzymią pośrodku, otoczonych masą zserowaciałą i limfocytami. Na prawo u dołu masa limfocytów, pod którymi widać dwa nowowytworzone naczynia z leukocytami (mikrof. 3).

Nablonek rogówki bez zmian, w niektórych miejscach niema go wcale, widać tylko skupienia leukocytów i nowowytworzone naczynia, wypełnione leukocytami. W mięszu rogówki, tuż przy rąbku, nacieki leukocytów. Wyrostki ciała rzęskowego krótkie, tęczówka ścięczała, barwik rozrzucony bezładnie. Komórka przednia głęboka, siatkówka ścięczała. Zanik nerwu wzrokowego. Soczewka o budowie normalnej. Między twardówką i naczyniówką duże skupienia czerwonych



Skupienie gruzelków wytworzone. 1. z nieprawidłowego czworoboku zserowaciałego, na którego obwodzie i pośrodku widać limfocyty i leukocyty; 2. z gruzelków prosówkowych częściowo zserowaciałych, otoczonych limfocytami i leukocytami i z gruzelków z komórką olbrzymią pośrodku, otoczonych masą zserowaciałą i limfocytami. Na prawo u dołu masa limfocytów, pod którymi widać dwa nowowytworzone naczynia z leukocytami.

ciałek krwi, poprzecinane miejscami kółkami, niezabarwionymi i rozgałęzionymi cienkimi włókienkami czerwonymi — prawdopodobnie wysięk zorganizowany, widziany klinicznie w polu żrenicznym.

Nie udało mi się znaleźć prątków Kocha sposobem Grama.

Po usunięciu ślepego oka gruźliczego stan chorego się nie pogorszył, rana dobrze się goiła i 13-go kwietnia chory prze-

szedł na oddział wewnętrzny. Tydzień później, t. j. 12 dni po operacji, nastąpiło zeszczywnienie karku, utrata przytomności i po 2-ch dniach śmierć.

Sekcja zwłok, wykonana w szpitalu (Dr. P ł o ń s k i e r), wykazała gruźlicze zapalenie opon mózgowych, obrzęk mózgu, gruźlicę jamistą płucną, gruźlicę prosówkową płuc, śledziony i wątroby; zapalenie migdałków i miedniczek. — Otrzymałam ze stołu sekcyjnego do badania histologicznego kawałek wątroby, śledziony i tylną część gałki ocznej; w wątrobie i śledzionie znalazłam gruzelki, podobne do gruzelków w twardówce; w tylnej części gałki ocznej żadnych zmian patologicznych nie stwierdziłam.

Czy usunięcie choremu gałki ocznej przyczyniło się do śmierci? Czy operacja jakiegokolwiek organu w stanie zakażenia gruźliczego może wywołać gruźlicę prosówkową? Oto pytanie, na które starałam się znaleźć odpowiedź w piśmiennictwie lekarskim.

Gruźlica oka w tym wypadku była pochodzenia przerzutowego, powstałego na drodze krwionośnej i — jako taka — jest w ścisłym stosunku z gruźlicą ogólną, to też zasługują na uwagę poglądy na zabiegi operacyjne w przypadkach gruźlicy nie tylko okulistów, ale wogóle lekarzy tego schorzenia. Istnieje gruźlica chirurgiczna, t. zw. gruźlica stawów i kości, a po przejrzeniu piśmiennictwa lekarskiego gruźlicy wogóle przychodzi się do wniosku, że wszystkie organy ludzkie, zakażane gruźlicą, były już operowane.

W roku 1886-ym T h. W a r t m a n (Szwajcarja) obserwował 16 przypadków gruźlicy chirurgicznej. Twierdzi on, że w końcu 1-go lub 2-go tygodnia po operacji organu gruźliczego występują pierwsze objawy ogólnej prosówkowej gruźlicy, a w 4-ym tygodniu śmierć. Miejsce operowane w bliskości żyły jest otwartą drogą, po której przenikają prątki do ogólnego krwioobiegu i wytwarzają ostrą gruźlicę prosówkową. K ö n i g na 837 wypadków operowanych miał 26 wypadków śmiertelnych, twierdzi jednak, że ogólne zakażenie występuje również przy leczeniu konserwatywnem. N. D a m i a n o s operuje gruźlicze stawy łokciowe; uważa, że usunięcie gruźliczej kości jest leczeniem radykalnem, a zakażenie płucne nie jest w tym wypadku przeciwwskazaniem do operacji.

Imię	na	wypadków	miał	wypadków	śmiertelnej	gruźlicy	prosówkowej
Albrecht	na 162	wypadków	miał 9	wypadków	śmiertelnej	gruźlicy	prosówkowej
Izaak	8	"	" 0	"	"	"	"
Walzberg i Riedel	21	"	" 1	"	"	"	"
Vetsch	27	"	" 1	"	"	"	"
Willmer	63	"	" 5	"	"	"	"
Sack	144	"	" 2	"	"	"	"
Meusing	92	"	" 1	"	"	"	"
Fritz	37	"	" 0	"	"	"	"
Dun	9	"	" 0	"	"	"	"
Hinsch	9	"	" 0	"	"	"	"
Gresch	120	"	" 3	"	"	"	"
Munch	45	"	" 1	"	"	"	"
Bentlow	19	"	" 0	"	"	"	"

W piśmiennictwie francuskim niema statystyki. Baraban uważa usunięcie organu gruźliczego za środek zapobiegawczy przeciw ogólnej infekcji, gdy w innych częściach ciała jest gruźlica. Gangolphe radzi wczesną operację, H. Matti (Bern), przeciwnie, jak najdłużej leczyć konserwatywnie. H. Pachoud (Lozanna) zaleca powietrze, słońce górskie, dobre odżywianie i jod; jest przeciwnikiem tuberkuliny. Bernhard (St. Moritz), H. Machard (Genewa), Jentzer (Genewa), Bircher (Aarau), Rollier (Leysin), Quervain (Bern) zalecają słońce górskie i helioterapię. Oscar Wolf leczy gruźlicę kręgosłupa operacyjnie i nie ma wypadków śmiertelnych. Vuillet (Szwajcarja) leczy gruźlicę chirurgiczną słońcem w wysokich górach; operacje mają dla niego znaczenie drugorzędne. Stahnke twierdzi, że leczenie operacyjne zaoszczędza czas i koszty leczenia. Pouzet twierdzi, że metoda operacyjna jest krótsza, konserwatywna dobra, ale długotrwała. F. J. Rose na 99 wypadków operowanych miał 1 wypadek śmiertelnej gruźlicy prosówkowej (po 8 miesiącach). M. H. P. Van Haeff (1931) dziwi się, że są jeszcze dziś chirurdzy, którzy w gruźlicy kości nie uważają operacji za leczenie najbardziej pożyteczne. R. Messart i E. Ponz zawsze operują. K. Gangele mówi o metodach konserwatywnych: o unieruchomieniu z pozostawieniem ruchów biernych i o słońcu w górach szwajcarskich. F. Pouzet (Lyon) radzi wczesną operację. J. V. Finck (Dresden — 1931) mówi o mechanicznem leczeniu stawów gruźliczych z dodaniem leczenia dietetycznego, słońca i powietrza. Brandes (1930) operuje gruźlicze koście; w gruźlicy stawów stosuje metodę kon-



serwatywną u dzieci i operacyjną u dorosłych. R. Massart operuje gruźlicę u niemowląt. M. Cleveland i E. Pyle twierdzą, że metoda operacyjna skraca leczenie i koszty. Kuss jest zwolennikiem metody operacyjnej, lecz po operacji chory musi dłuższy czas być pielęgnowany, jak po ogólnej chorobie zakaźnej.

Z wyżej wymienionych wypadków widzimy, że w ostatnich latach większość lekarzy niemieckich, francuskich i amerykańskich przemawia za metodą operacyjną gruźlicy stawów i kości; Szwajcarzy uważają operację za zabieg drugorzędny, bardzo cenią metody konserwatywne, prawdopodobnie dlatego, że mają tak wyjątkowe warunki klimatyczne do helioterapii wśród gór Alpejskich.

Co się tyczy innych operowanych organów gruźliczych, to V. Conrath operował w 58 przypadkach grubą kışkę w gruźlicy płuc. Banks operował 135 nerek gruźliczych; z tych zmarło 27, chorych, ale tylko 2 na gruźlicę prosówkową. F. d'Alaines i P. Pavie operowali 20-letnią kobietę na gruźlicze zapalenie otrzewnej z dodatnim wynikiem. A. Blaskowic operuje gruźlicze gruczoły krokowe i twierdzi, że tylko wczesna operacja jest radykalna. R. H. J. Swan i J. H. B. Fry obserwowali 11 przypadków gruźlicy gruczołu piersiowego u mężczyzn; wszystkie operowano z dobrym wynikiem. Henryk Hilarowicz operował gruźlicę żołądka. Rettig (Münich) w gruźlicy nerek uważa operację za radykalną. Pantaloni (Marseille) operował 33-letnią kobietę i 20-letniego mężczyznę z gruźliczym zapaleniem ślepej kışki z dobrym wynikiem. G. Nicolas wyleczył 26 wypadków gruźlicy języka wycięciem nowotworu i przyżeganiem. A. Mirolli operował żołądek gruźliczy, pacjent wyzdrowiał. K. Brandes operuje gruźlicze organy płciowe z dodatnim wynikiem. P. Sidłowski (Kijów) usuwa nowotwory gruźlicze mózgu, gdy się dobrze oddzielają od tkanki mózgowej. Luigi Fassi operował 3 gruźlicze gruczoły tarczycowe. L. G. Faïn robił pomyślnie dekapsulację, nefrotomję, pyelotomję i ureterotomję organów gruźliczych.

Organy operowane są przeważnie zakażane wtórnie; pierwotną jest najczęściej gruźlica płucna.

Jak się zapatrują okuliści na zabiegi operacyjne w gruźlicy oka? Jeszcze do 1/2 ubiegłego stulecia okuliści wiedzieli mało o tem cierpieniu: W. Michel pierwszy na podstawie spostrze-

żeń klinicznych i badań histologicznych rozpoznał sprawę patologiczną oka na tle gruźliczem. Lecz dopiero na początku obecnego stulecia Axenfeld, Stock i Schieck poszerzyli nasze wiadomości co do istoty gruźliczych procesów oka. Nic więc dziwnego, że w piśmiennictwie okulistycznym mało względnie jeszcze zanotowanych zabiegów operacyjnych w gruźlicy oka.

Prof. Manz podaje spostrzeżenie gruźlicy z gruzełkami na prawych spojówkach u 2 $\frac{1}{2}$ -letniego dziecka, które po kilku miesiącach umarło na zapalenie opon mózgowych. J. Stahr opisuje 2 przypadki zapalenia gruźliczego tęczówki i ciała rzęskowego u 1 $\frac{1}{2}$ -rocznego i 1-rocznego. Dzieci te zmarły na suchoty płucne: pierwsze w 6 miesięcy, a drugie w 4 tygodnie po usunięciu chorego oka. P. Baumgarten badał granulacje na gałce i gruzełki na lewej rogówce u 10-letniej dziewczynki; po usunięciu chorego oka dziewczynka wyzdrowiała. M. Perls u 6-letniego chłopca, chorego na zapalenie gruźlicze tęczówki i ciała rzęskowego lewego; stwierdzał jednocześnie (w zdrowym przedtem szczycie prawego płuca) nacieczenia; dziecko to zmarło w konwulsjach; sekcja wykazała gruźlicę prosówkową mózgu, otrzewnej, w tęczówce, ciałku rzęskowym. Dziecko nie było operowane. Hock opisuje 2 wypadki: 2-letniego chłopca z gruz. łką na twardówce, który urósł do wielkości dużego grochu i zmiękczył twardówkę; po kilku miesiącach dziecko umarło na zapalenie opon mózgowych; drugi wypadek to 61-letni lekarz, stary gruźlik, u którego urósł żółty twór w zewnętrznym kącie prawego oka; wkrótce potem chory umarł. E. Amann (Zürich) usunął z dobrym wynikiem oczy gruźlicze u 13-letniego chłopca, który miał gruzełki w tęczówce i w ciałku rzęskowym i 56-letniego mężczyzny z żółtymi gruzełkami w twardówce. G. Grune (Tubingen) wymienia 27-letniego pacjenta, u którego badania histopatologiczne i bakterjologiczne usuniętej spojówki wykazały komórki olbrzymie i prątki Kocha; po operacji chory wyzdrowiał. H. Lagrange wyłuszczył 2 gałki z dobrym wynikiem: u 21-letniego mechanika usunął oko ślepe z odklejeniem siatkówki, w którym badanie anatomo-patologiczne wykazało gruźlicę; u 4-letniej dziewczynki wyłuszczył oko prawe z gruźlicą przedziurawiającą naczyniówkę i twardówkę. R. Rogmann twierdzi, że wyłuszczenie gałki ocznej jest niebezpieczne, gdy nerw wzrokowy i twardówka są chore. W jego 11-u wypadkach nastąpiło zapa-

lenie opon mózgowych i gruźlica płucna (6 do 19 miesięcy po operacji) w przypadkach, w których była tylko miejscowa gruźlica. Prof. S c h l e i c h radzi usuwać bolące, ślepe oko gruźlicze. E. H e r t e l twierdzi, że usunięcie gruźliczego oka nie zwalnia jeszcze tak organizmu z pierwotnego ogniska gruźliczego, jak to powszechnie uważano. Konieczne jest wyłuszczenie gałki ocznej, gdy gruźlica przebija od zewnątrz tkanki i gdy przenika do nerwu wzrokowego. E. R o l l e t i A. C o l r a t korzystają z zabiegów chirurgicznych w gruźlicy wtórnej rogówki, spojówki i twardówki. Wycięcie gruzełków ze spojówki lub twardówki, a nawet usunięcie całej tkanki gruźliczej spojówkowej, dało pomyślny wynik.

Stosują oni wyłuszczenie gałki ocznej gruźlicy tęczówki i ciała rzęskowego, gdy grozi przedziurawienie tkanek, oraz gruźlicy naczyńki. Obawa ogólnego zakażenia nie powinna więc w zasadzie wstrzymać okulisty od wyłuszczenia bolesnej gruźliczej gałki ocznej. T r e l a t twierdzi, że ognisko oczne wtórne, pogarszające stan ogólny gruźlika, bez wahania powinno być usunięte; przeciwwskazaniem do operacji są już występujące objawy zapalne opon mózgowych lub ogólnej gruźlicy prosówkowej.

Pacjent, przeze mnie obserwowany, był to gruźlik, który miał lewe oko ślepe od 20-u lat. Pierwotnym ogniskiem zakażenia były u niego płuca; zakażenie szło niewątpliwie drogą krw. onosną, a ognisko w oku było tu przerzutowe tak samo, jak w wątrobie, śledzionie, miedniczkach, migdałkach i oponach mózgu.

Nie jest wyłączone, że chory, gdy przybył na oddział oczny — miał już gruźlicę prosówkową, lecz o rozwoju powolnym (wyodrębnioną przez prof. A. S t r ü m p l a), która do 10-u tygodni może niekiedy nie dawać dostatecznych znamion rozpoznawczych klinicznych. Możliwe też jest, że pierwszym organem, który uległ wtórnemu zakażeniu było tu oko. — V. M i c h e l, mówiąc o gruźlicy, twierdzi, że bardzo często oko jest początkiem zakażenia.

Sądzę więc, że w podobnych przypadkach nie należy naogół obawiać się usunięcia oka niewidzącego, które może stanowić wtórne ognisko zakażenia. Niema też, sądzę, powodu dostatecznego, aby przypuszczać, że rozsianie gruźlicy, (które spowodowało śmierć obserwowanego przeze mnie chorego) było tu

w bezpośrednim związku z wykonanym zabiegiem; sekcja zwłok wykazała, że w ustroju znajdowało się wiele ognisk, z których nie jedno mogło się przyczynić do powstania gruźlicy prosówkowej.

## P I Ś M I E N N I C T W O.

*St. Gallen in Tb. Wartman.* Die Bedeut. der Resek. tuberkulös erkr. Gelenke f. d. General. der Tuberkulose. Zt. f. Chir. XXIV. s. 435. 1886 r.

*Baraban.* Des result. éloignés des resekt. des grandes articul. Paris. G. Masson. 883.

*Henle.* Die Behandl. der tuberk. Gelenkerkran. u. der kalten Absc. chirurg. Klinik Breslau, 1890—1896. Zt. f. Chir., 1898. s. 555.

*Oscar Wolff.* Tuberkul. in Schultergelenk. und Caries. des Proc. corac. Zt. f. Chir. 1898. s. 145.

*Bango.* The remote results after operat. f. renal tubercul. Ann. of surgery 1898. Januar.

*N. Damianos.* B. z. operat. Behandl. der Tuberk. des Ellbogengelenkes D. Zt. f. Chir. LXXI. s. 288. 1904 r.

*H. Matti (Bern).* Sitzungsberichte der Jahresversammlung schweiz. Gesellsch. f. Chirurgie Montreux und Leysen. Mai 1928.

*A. Mirotti.* Contrib. alla conoscenza della tubercul. chirurg. dello stomaco Arch. ifol. Chir. XXIV. 1929.

*K. Brandes.* Beh. der Nebenhodentuberk. mit Operation und Roentgenbestrahlung. Chirur. Univ. Klin. Göttingen. Bruns. Beitr. 1929. s. 147.

*P. Schidłowsky (Kiew).* Frage der Tuberkulome des zentr. Nervensyst. A. Klin. Chir. s. 703. 1929.

*Luigi Fassi.* Weiterer Beitr. z. Kenntnis der Tuberk. der Gland. thyroidea. D. Zt. Chir. s. 213. 1929.

*L. S. Fain.* U. fruhe Diagnos. u. Behandl. d. Anfangsstadien urogenit. Tuberkulose. Now. Chir. Archiv. s. 10, 1927.

*Pantaloni.* Resect. de l'intest. grele pour tuberculose intestinale chron. Ar. prov. de Chir. N. VI. 1898.

*V. Contralt.* U. die lok. chron. Coecumtuberculose und ihre chir. Behandl. Beitr. z. klin. Chir. Bd. XXI. Hft. 1.

*F. d'Allaines et P. Pavie.* Tuberculose d'une eventration. Ann. d'anat. pathol. et d'anat. norm. med. chirurg. V. IV. C. VII. p. 777. 1927.

*A. Blašković.* Tuberculose d. Prostata. Liječnicki wiesnik. 1926.

*R. H. J. Swanand J. H. B. Fry.* Tuberculosis of the male breast. Britjourn. of. surgery. vol. XIV. N. 54, p. 234.

*Hilarowicz.* Operowana gruźlica żółądka. Przegląd Chirurgiczny, tom 5-y, zeszyt 1, stron 163.

*Ropke.* Barmen. Tuberculose d. Nieren. M. m. Wschr. N. 19. 1930.

*G. Nicolas.* Die Tubercule der Lunge. Sammelstatistik aus der letzten 10 Jahren Chir. Klin. Basel. D. Z. Chir. s. 226.

*K. Gangele* (Zwickau). Wandl. in d. Behandl. d. Gelenktuberculose. A. Orthop. Chirur. 28. s. 211—217. 1930.

*F. Pouzet* (Lyon). La tuberculose du calcaneum chez 1) enfant. Rev. d'orthop. 17. 301. 1930.

*J. V. Finck* (Dresden). D. mechan. Behandl. d. Gelenktuberc. nach neuen Gesichtspunk. A. orthop. Chir. 29. 210—244. 1931.

*Brandes*. Dortmund. Sitzungsberichte chirurg. Gesellschaft. Essen 12—13 Juli 1930.

*Rapbael Massart*. A propos du trait. tuberculosés chirurg. Bull. Soc. Chir. Paris. 21. 643, 1929.

*M. Cleveland and E. Pyle*. Joint tuberculosis. Treatm. of sixtycases. J. amer. med. assoc. 92. 1496. 1930.

*Kuss*. Über chirurgische Tuberculose. D. med. Wschr. N. 10. 1930.

*Manz*. Tuberculose d. Bindehaut. Kl. Monatsbl. f. Ahkd. B. XIX, s. 187. 1881 r.

*P. Baumgarten*. Über Tubercul. d. Auges. A. f. Ophtalm. B. XXIV. s. 185 1878 r.

*Julius Stabr* (Halle). 2 Fälle v. Iridocyclitis tubercul. 1880.

*Hanus Cbiari* (Wien) und *H. Sattler*. U. Tubercul. d. Sehnervon. A. f. Ophtalm. B. XXIV. s. 127. 1878.

*M. Perlo* (Königsberg). Z. Kenntn. d. Tubercul. Auges. A. Ophtalm. B. XIX. s. 221. 1873.

*Hock*. D. Tubercul. d. Bindehaut. Jahrb. der Med. Schmidt. CLXVIII. s. 184.

*Michel*. U. d. tubercul. Infektion d. Auges. Sitz. Ber. d. physic. medic. Ges. Würzburg. 1891.

*E. Aman* (Zurich). Iristuberculose. Kl. Mon. Bl. f. Augenh. B. XXXV. s. 135. 1897.

*C. Grunert* (Tübingen). B. z. Tubercul. d. Bindehaut. A. f. Augenhk. B. XXXIV. s. 99. 1897.

*Rogman*. La tuberculose de l'oeil. Ann. d'oculist. V. 30. 1904.

*Schleich*. U. d. prim. tubercul. Uvealcrkrankuneen. D. m. Wschr. B. XXXII. s. 38, 1906.

*E. Hertel*. U. d. heut. Stand. d. Behandl. tubercul. Augenerkrankungen. Samml. zwängl. Abbanda. a. d. Geb. d. Augenheilk. B. IX. 1914.

*H. Lagrange*. La tubercul. du tract. uvéal. 1924.

*E. Rollet et A. Colrat*. La tuberculose de l'oeil et ses annexes.

*Borys Pinev*. Gružlica oka. Klinika oczna. 1931.

# Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

## **Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 13 i 20 stycznia 1933 r.**

Przewodniczył Płóński er.

N. Piwko. **2 przypadki spondyloarthritis nkylopoetica.** (Z oddz. d. A. Sołowiejczyka).

Spondyloarthritis ankylopoetica jest jednostką chorobową, związaną z nazwiskami Bechterewa, Strümpela, Pierre-Mariego. W dawniejszej literaturze rozróżniano tu dwa typy schorzeń: 1. opisany przez Strümpela i Pierre-Marie, jako t. z. spondyloze rhizomelique, 2. oraz przez Bechterewa. Oba typy schorzeń miały jedną wspólną cechę: postępujące zeszywnienie kręgosłupa. Istniały jednak różnice tak, że każdy z autorów uważał, że ma do czynienia z jednostką chorobową sui generis.

Strümpel i Pierre-Marie opisują swoją jednostkę chorobową jako powolne zeszywnienie kręgosłupa i dużych stawów; brak kyphozy. Bechterew zaś, jako postępujące zeszywnienie kręgosłupa, idące od góry do dołu, prowadzące zawsze do kyphozy; stawy tu są niezmiennione. Przebieg w obu typach chorób b. przewlekły, rozciągający się na lata całe.

Podział ten jednak nie utrzymał się. Dalsze badania Fraenkla, Siemondsa wykazały, że pod względem anatomo-patologicznym, symptomatologicznym, jak i etiologicznym, nic nie upoważnia do rozgraniczenia tych jednostek chorobowych.

I dlatego oba te typy schorzeń zjednoczono później pod jedną wspólną nazwą spondyloarthritis ankylopoetica. Anatomo-patologiczna, w dł. Fraenkla, przyczyna zeszywnienia kręgosłupa tkwi w schorzeniu stawów międzykręgowych, które ulegają zrostowi. Poza zmianami w stawach występują również skostnienia rozmaitych wiązań, łączących pojedyncze odcinki kręgosłupa.

Ponadto występują kostne połączenia kręgów ze sobą przez skostnienie powierzchniowych warstw chrząstki międzykręgowej.

Z dwu demonstrowanych przypadków pierwszy zalicza się do typu Bechterewa, drugi zaś do Strumpela — Pierre-Mariego.

Pierwszy chory: W. l. 31, z zawodu malarz. Niedomaga od lat 5. Bóle w kręgosłupie i krzyżu. Blady, źle odżywiony; kręgosłup tworzy jednolity łuk kifotyczny, głowa pochylona do przodu. Przy oddychaniu porusza się tylko brzuch; klatka piersiowa, mimo napinania się mięśni oddechowych, pozostaje nieruchoma.

Ruchy czynne i bierne kręgosłupa całkowicie zniesione. Absolutna sztywność kręgosłupa.

Ruchy bierne i czynne w stawach zachowane, aczkolwiek ruchy czynne cechuje pewna ociężałość; odruchy normalne.

Ilość Ca we krwi 15,7 mgr. %. Pobudliwość mięśni nieco obniżona.

Retgen.: zrost drobnych stawów międzykręgowych, gdzie nigdzie mosty kostne, łączące kręgi pomiędzy sobą.

W części piersiowej w okolicy stawów żebrowo-kręgowych pasma kostne, pochodzące ze skostnienia wiązań stawowych.

Drugi: R. chory od lat 6-ciu. Rozpoczęło się od bólów i obrzęku kolan. Po pewnym czasie bóle w kolanach ustąpiły, a od 2-ch lat ma bóle w st. biodrowym lewym. Co raz bardziej występujące ograniczenie ruchów w stawie uniemożliwia mu chodzenie; wyraźnie utyka.

Przy badaniu chorego zwraca uwagę, poza zmianami w stawie biodrowym w postaci całkowitego ograniczenia ruchów, sztywność kręgosłupa.

Rentgen wykazuje tu w kręgosłupie zrost stawów międzykręgowych oraz gdzieś tam mosty kostne między kręgami; w stawach biodrowych: zwężenie szpar stawowych oraz dzioby kostne naokoło panewki stawu biodrowego lewego.

Badanie krwi wykazuje, że ilość Ca = 10,6 mgr. %. Pobudliwość mięśni nieco obniżona.

W obu przypadkach poziom wapnia we krwi jest podniesiony: w pierwszym bardzo wyraźnie ponad normę, a w drugim osiąga najwyższy, prawie normy.

Hypercalcaemia, obniżona pobudliwość mięśni, wskazują, że w obu wypadkach występuje nadfunkcja przytarczyczek.

Prelegent, opierając się na pracach Oppla i Lericha, uważa tu za wskazane w obu przypadkach dokonanie parathyreoidektomji.

Oczywiście, operacja nie usuwa istniejących zmian w stawie, zapobiegać ma jednak dalszemu szerzeniu się sprawy i przynosi, jakoby, znaczną ulgę.

Znikać ma uczucie zeszczywnienia, tak bardzo dla chorych uciążliwe. Jeśli się zważy, że było się dotąd zupełnie bezsilnym wobec tego cierpienia, które nieuchronnie prowadzi do fatalnego końca, to metoda Oppla stanowi b. znaczny postęp, wymagający jednak niewątpliwie jeszcze badań i potwierdzenia.

Operacje te będą na oddziale Dra S o ł o w i e j c z y k a wykonane.

W rozprawie B y c h o w s k i jest zdania, że referent zbyt uprościł kwestję terapii. Usunięcie gruczołów przytarczycowych nie zawsze daje tak dobre wyniki, jakby je chciał widzieć Ooppel. Między innymi Samarin, który gruczoły te szczególnie badał, żadnych w nich zmian nie stwierdził. Należy uważać, że zmiany mięśniowe, które podług Leriche'a wchodzić po usunięciu przytarczyczek w grę, polegają raczej na uczuciu odprężenia w obrębie całego kręgosłupa, i dlatego chorzy operowani doznają zaraz po operacji dużej ulgi. R e z n i k o w uważa, że w przyp. I. należałoby raczej rozpoznać spondylarthritis deformans, gdyż w spondylitis ankylopoetica mielibyśmy na rentgenogramie rozlane wszędzie i równomiernie rozmieszczone zmiany skostnienia, podczas gdy w danym wypadku znajdujemy tylko jeden mostek, charakterystyczny zresztą dla spondylarthritis deformans. Poza to stwierdzamy tu ogólne odwapnienie kręgów. Jeżeli ponadto weźmiemy pod uwagę przebieg kliniczny cierpienia i wyzwalający czynnik etiologiczny — obciążenie pacjenta wielkim ciężarem w przeciągu szeregu miesięcy, to moment charakterystyczny dla arthritis deformans ujawnia się bardzo jaskrawo, bowiem wiadomem jest, że choroba ta powstaje na tle t. zw. zużycia kręgów. Zmiany złogowe można tu uważać, jak niektórzy autorzy podają, jako dążenie ustroju do czynności wyrównawczej. F e j g i n usiłuje sprowadzić wszelkie przewlekłe sprawy stawowe do zasadniczych 2 postaci: arthrosis, względnie spondylarthrosis deformans oraz spondylarthritis ankylopoetica, natury infekcyjnej. W przypadkach demonstrowanych etiologia jest niewiadoma; tarczyca i przytarczyczki są w grze tylko wówczas, gdy wyraźnie stwierdzamy w organizmie zmiany bilansu wapniowego. H i g i e r przytacza między innymi francuski sposób leczenia tego rodzaju cierpienia — przeciwrzeżączkowy, gdyż stwierdzono niejednokrotnie, że punktem wyjścia etiologicznym bywa rzeżączka. Opiswane są postaci dziedziczne; ostatnio, oczywiście, górują poglądy etiologii wielogruczołowej. W e r t h e i m podaje, że w kilku przypadkach, operowanych przez Leriche'a, napotkano na guzy przytarczyczek. Jaki to jednak miało związek ze sprawą poprawy, uzyskanej po operacji, Leriche nie rozstrzyga. P i w k o w w odpowiedzi przytoczył jeszcze raz szczegółowe dane kliniczne i rentgenowskie, które przemawiają za słusznością rozpoznania. Decyzja w sprawie terapii będzie w najbliższym czasie powzięta.



Lewinson. **Przypadek uchyłka pęcherza moczowego, wyleczony operacyjnie.** (Z oddz. A. Sołowiejczyka).

L. przedstawia przypadek uchyłka pęcherza moczowego, leczony operacyjnie. Uchyłek wielkości pięści znajdował się na lewej ścianie pęcherza. L. operował po odłączeniu otrzewny na tępo. Po upływie kilku tygodni wykonał usunięcie gruczołu krokowego. Wynik dobry; chory oddaje mocz i opróżnia pęcherz całkowicie.

Wertheim. **W sprawie powikłań po wycięciu wola.**

23-letnia chora, dotknięta chorobą Basedowa w ciężkiej formie, z wartością odsetkową podstawowej przemiany materji + 62, którą przed operacją udało się, drogą podawania jodu, obniżyć do 16%. Operowana była 19. XI. 1932 r. w znieczuleniu miejscowem. Dokonano resekcji obustronnej wola, umiarkowanej wielkości, po podwiązaniu obu górnych tętnic tarczycowych i prawej dolnej in loco electionis, poza gruczołem. Jak zwykle, pozostawiono z obu stron część tkanki gruczołu, pokrywającą okolicę dolnych przytarczyc, rozgałęzień dolnych tętnic tarczycowych i nerwu zwrotnego.

Wieczorem wystąpił kompletny bezgłos i duszność, które nazajutrz spotęgowały się tak dalece, że po naradzie z laryngologiem (kol. Mackiewicz), który stwierdził t. zw. przyśrodkowe zestawienie obu strun głosowych, nieruchomość szpary przy oddechu i fonacji, — słowem bezwład obu m. crico-arytenoidei postici — zaszła potrzeba natychmiastowego cięcia tchawicy, po otworzeniu rany operacyjnej

Potem nastąpiła poprawa wybitna stanu ogólnego.

7. XII chora mówi trochę głośniejsz; laryngologiczne badanie stwierdza jednak trupie ustawienie obu strun, wibrację strun rzekomych, brak modulacji.

11. I. 1933 r. Ruchy abdukcyjne i addukcyjne strun głosowych prawie normalne, lewe nieco upośledzone, przy fonacji lekki niedowład m. interarytenoidei, praktycznie bez znaczenia.

13. I lewa struna gł. przy fonacji i oddechu w pozycji przyśrodkowej — struna prawa robi ruchy abdukcyjne i addukcyjne w stopniu umiarkowanym. Niedowład m. interarytenoidei, jak w dniu 11. I. 33 r.

Rana po tracheotomji prawie zagojona, chora odzyskała głos, wybitna poprawa objawów zatrucia tarczycowego.

Jak widać, w danym przypadku miało się niewątpliwie do czynienia z groźnymi objawami obustronnego porażenia nerwu wstecznego. Wiemy, że największe niebezpieczeństwo grozi

temu nerwowi podczas operacji w dwóch miejscach: 1) na miejscu skrzyżowania z tętnicą tarczycową dolną, 2) w okolicy górnego rogu gruczołu przed wejściem nerwu pod m. *cricopharyngeus*. Również może on ulec uszkodzeniu podczas zaszywania kikutu po resekcji gruczołu, wreszcie nawet podczas samego wywichnięcia wola nazewnątrz.

Statystyka uszkodzeń operacyjnych n. wstecznego waha się między 4 — 20% w zależności od metod operacyjnych. Rokowanie zależy, oczywiście, od tego, czy nerw uległ przerwaniu lub przecięciu, czy też został nadszarpinięty bez uszkodzenia ciągłości—jak to, prawdopodobnie, miało miejsce w przypadku danym, w stosunku do obu nerwów.

Takie obustronne porażenie n. *recurrentis* jest rzadkiem, ale tem groźniejszym powikłaniem, prowadzącem do zwężenia krańcowego szpary głosowej i wymagającym nierzadko dokonania tracheotomji. Jest rzeczą prawdopodobną, że ten skurcz głośni powstaje dzięki skurczowi m. *cricothyreoidei* (napinającego struny), jak również m. *constrictoris pharyngis inf.* Mięśnie te unerwia n. *laryngeus sup.* — zazwyczaj nieuszkodzony, podczas gdy reszta mięśni, rozszerzających lub zwężających krtań i napinających strunę, zależy od n. wstecznego i ulega porażeniu.

Jak zapobiec temu przykremu powikłaniu? Ogólnie powiedzieć można, że należy wybierać takie metody operacyjne, które pozwalają trzymać się zdala od przebiegu nerwu, a więc resekcję wola sposobem Mikulicza i, jeżeli chodzi o podwiązkę t. tarczycowej dolnej, o podwiązywanie jej sposobem de Guerwain'a poza pomięśniowo. Przy tej metodzie nerwu wogóle nie widzi się.

W naszym przypadku częściowe—jak widać—porażenie obu n. wstecznych najprawdopodobniej powstało podczas wylaniania z głębi stosunkowo niewielkiego wola wskutek nadszarpięcia nerwu.

W rozprawie Ant. Goldman sędzi, że w danym wypadku nie było uszkodzenia nerwu, lecz traumatyzacja, nieunikniona nieraz podczas wykonywania ruchów operującego, zależna zresztą często od warunków miejscowych i konstytucji chorego. Rokowanie jest zazwyczaj pomyślne.

Bychowski wskazuje tu analogję z porażeniem z urazu nerwu twarzowego, co również rokuje szybką poprawę.

Tencer, który przypadek ten obserwuje od chwili operacji, stwierdził, że struna głosowa lewa następnego dnia po operacji, jak i dziś, znajduje się w położeniu przyśrodkowym, zupełnie nieruchoma podczas oddychania, natomiast struna głosowa prawa znajduje się w tak zwanem położeniu „trupiem“ w czasie oddychania i wykonywa ruchy w czasie fonacji, aczkolwiek nie dochodzi do linii środkowej. Należy uważać, że

uległ tu porażeniu całkowitemu nerw zwrotny lewy, natomiast prawy został lekko uszkodzony, co podczas przeszukiwania w czasie operacji mogło nastąpić. Przypadek ten byłby do pewnego stopnia zaprzeczeniem teorii Semon-Rosenbacha, w myśl której pierwotnie zostają porażone mięśnie odwodzące krtani, a dopiero później przywodzące. Co się tyczy częstotści uszkodzenia, to najczęściej podczas strumiektomji zostaje uszkodzony nerw zwrotny lewy, jakkolwiek zdarzają się i uszkodzenia obustronne.

Mackiewicz szczegółowo objaśnia pogląd na teorię Semon-Rosenbacha, w myśl której uszkodzony nerw początkowo znajduje się w stanie podrażnienia, a dopiero po upływie pewnego czasu następuje okres porażenia.

Mész, wobec możliwości podobnych komplikacyj, nie radzi operować, lecz poddawać podobne przypadki leczeniu promieniami R..

Higier nie podziela wywodów Mackiewicza, który dla stanu po przecięciu nerwu usiłuje wprowadzić pojęcie początkowego podrażnienia i następczego objawu porażenia. Takiej analogji H. w schorzeniu innych nerwów po ich urazach nie zna.

Wertheim w odpowiedzi podkreślił, że uszkodzenie nerwu zdarza się najczęściej przy podwiązaniu tętnicy tarczycowej dolnej, a w danym wypadku tętnica ta nie została podwiązana.

### J. Rotstadt. **Przyczynek do pooperacyjnego leczenia urazowych porażen nerwów obwodowych.**

Spostrzeżenie I Chory lat 32, raniony nawylot w części prawej podobojczykowej kulą karabinową w marcu r. 1929; bezpośrednio po tem był sprowadzony na oddział chirurgiczny szpitala na Czystem i tu dwukrotnie operowany z powodu powikłań i zakażenia rany. 14.III 1929 r. usunięto odłamki kostne prawej łopatki i wykonano zabiegi drobne z przodu u stawu barkowego, w miejscu wlotu kuli po stronie prawej i na tylnej ścianie w miejscu wylotu. 1.V 1929 r. poddano chorego drugiej operacji w celu usunięcia urazowego tętniaka prawdziwego, podobojczykowego, zrosniętego z otaczającymi tkankami. W zabiegu tym odsłonięto cały splot barkowy prawostronny, przyczem okazało się, że tylko bardzo mała jego część była uszkodzona; w miejscu odpowiedniem wykonano zeszytanie nerwu przerwanego (odciarki jego nie były zbyt oddalone); pozostała część splotu barkowego uległa uciskowi guza. Już 12.V 1929 r. chorego skierowano na mój oddział fizjoterapeutyczny. Tu, oprócz nieznacznych ruchów palca dużego u prawej dłoni, stwierdzono zupełny bezwład kończyny górnej i zniesienie czucia na przedramieniu i dłoni w części unerwionej przez gałązki nerwu przyśrodkowego, pro-

mieniowego i mięśniowo-skórnego. Prowadzone okresowo badanie na oddziale fizjoterapeutycznym ustaliły — w miarę postępującej poprawy — że pobudliwość elektryczna ulega zmianie jakościowej tylko w mięśniach, unerwionych przez n. mięśniowo-skórny; zmiany w innych mięśniach stwierdzone w 1-ym okresie cierpienia (przez innego kolegę). były też znaczne, lecz tylko ilościowe.

W r. 1931, po 22 miesiąca h terapii fizykalnej, chory unosił kończynę prawą górną do linii pionowej, zbliżał ramię do tułowia, odprowadzał je, ze znaczną siłą rozginał sprawnie prawostronny staw łokciowy, zginał natomiast w sposób znamienny, pomocniczymi ruchami zastępczymi m. odwracającego długiego, a to z powodu zupełnego porażenia m. ramieniowego i dwugłowego. Chory nawracał i odwracał niezłe przedramię, zginał kciuk, przeciwstawiał go sprawnie, o sile wyraźnej, innym palcom, zbliżał go do innych; zginał 2 i 3 członki palcowe u prawej dłoni, ujmował 3-ma palcami dobrze ołówek, znaczył wyraźnie swój podpis. W badaniu elektrycznym — po 22 miesiącach leczenia — okazało się, że mięśnie, unerwione przez nerw mięśniowo-skórny, na prąd faradyczny nadal zupełnie nie odpowiadają, a na prąd galwaniczny, bez właściwego efektu ruchowego, skurczem wiotkim. (AnZ > KaZ). Mięśnie, unerwione na przedramieniu i dłoni nerwem promieniowym i łokciowym (jak i same nerwy), aczkolwiek były jeszcze w stanie niedowładu częściowego, lecz już o zmianach elektrycznych ilościowych. wciąż mniejszych w postępowaniu leczniczym.

Spostrzeżenie II. — St. C-ka lat 13, ugodzony 29.VI r.1932 nożem w zewnętrzną powierzchnię prawostr. ramienia powyżej łokcia. Rana zgoiła się w ciągu dwu tygodni. Bezpośrednio po urazie nastąpiło porażenie ruchów wyprostnych dłoni prawej oraz palców. Po 3-ch tygodniach chory przybył do szpitala na Czystem, gdzie był dn. 13. VIII r. z. operowany. Cięcie (w uśpieniu eterowym) wykonano na wysokości stawu łokciowego równolegle do musc. brachioradialis (z wycięciem blizny skórnej). Rozsunięto m. brachialis internus i supinator longus, poczem natrafiono na nerw promieniowy prawy. W miejscu przecięcia nerwu stwierdzono między odcinkami twardą bliznę, most, łączący odcinki, 2 ctm. długi; obwodowy odcinek przeciętego nerwu był tuż nad rozwidleniem nerwu.— Bliznę między odcinkami wycięto, poczem zeszyto zbliżone odcinki kilku szwami węzłkowymi poprzez perineurium. Linję szwu całkowicie osłonięto wolnym płatem tkanki tłuszczowej. Po zabiegu ułożono kończynę w szynie gipsowej pod kątem 60° w zgięciu łokciowym. Zrost prędko (29 VIII 1932). Od 1.XI 1932 leczenie fizykalne, umyślnie bez wstępnego badania prądem elektrycznym, aby nie drażnić miejsca zrostu odcinków nerwowych przerywanymi prądami. Wiadomo zresztą, że wy-

nik badania odczynu elektrycznego niema znaczenia dla rokowania, gdyż, w warunkach dodatnich biegu sprawy regeneracyjnej, czynność porażonych mięśni zazwyczaj wraca znacznie wcześniej, niż odczyn normalny (badany przez skórę). Istotnie, już w pierwszych dniach grudnia były zwiastuny powrotu ruchu wyprostnego prawej dłoni, gdy w badaniu 28.XII 1932 r. brakło wciąż jeszcze odczynu elektrycznego z drażnienia pośredniego i bezpośredniego mięśni rozginaczy stawu napięstkowego i pierwszych członków palcowych. W drugiej 1/2 grudnia ruchy wyprostne dłoni i palców zbliżały się już do normy. W styczniu r. b. wymiar ruchów stał się prawie normalny, a odczynu elektrycznego wciąż nie było. Pozostało też jeszcze nieznaczne znieczulenie w granicach zwykłych na dłoni i palcach dla nerwu promieniowego.

Spostrzeżenie III. Fr. Szl, lat 23, uległ urazowi prawego ramienia (fractura supracondyloidea humeri dextri) V. 1932. Bezpośrednio potem przybył do szpitala, gdzie na oddziale chirurgicznym nałożono mu opatrunek gipsowy; zdjęto go po 6 tygodniach. Bezpośrednio potem rozpoczęto na oddziale moim postępowanie fizjatryczne, aby uruchomić zeszywniały w gipsie staw łokciowy. Po 2 tyg. już pomyślnych wyników leczenia fizykalnego chory uległ po raz drugi urazowi: w miejscu zrostu kości ramieniowej znów nastąpiło złamanie. 29.VII 1932 r. chorego poddano operacji należytego zestawienia złamanych odcinków. Bezpośrednio po operacji ujawniono porażenie prawostronnego nerwu promieniowego, który, na skutek dwukrotnego urazu w tem miejscu, uległ wstrząsowi, względnie rozciągnięciu, bez widomych dla gołego oka zmian zewnętrznych. Badanie (3.VIII 32 r.) odczynu elektrycznego z drażnienia pośredniego (wzgl. bezpośredniego) prądem faradycznym i galwanicznym mięśni, unerwionych przez n. promieniowy, ujawniło znieśnienie zupełne tego odczynu. Już w końcu września r. z. w biegu leczenia fizjatrycznego ujawniono pierwsze objawy ruchów wyprostnych w stawie nadgarstkowym i palcach prawej dłoni. Brak odczynu elektrycznego trwał bez zmiany. W końcu X 1932 r. chory unosił już sprawnie, z siłą wyraźnie zaznaczoną, dłoń prawą, prostował palce w stawach śródreżycz-palcowych. W listopadzie-grudniu sprawność tych ruchów coraz krzepła, wrócił też odczyn elektryczny z pośredniego drażnienia nerwu promieniowego, mięśni wyprostnych stawu nadgarstkowego i palców; odczynu bezpośredniego z drażnienia mięśni wciąż jeszcze nie było.

W terapii fizykalnej na oddziale, w pierwszym okresie leczenia tych trzech porażen urazowych, szczególną uwagę zwracano też na nieżyłowe zmiany wtórne z bezruchu w stawie barkowym, łokciowym i napięstkowym, które w znacznym stopniu opóźniają powrót sprawności ruchów w tych odcin-

kach kończyny. Wszelkie rytmiczne zabiegi mechanoterapeutyczne, ręczne i maszynowe, poprzedzała stale odpowiednia terapia hypertermiczna (wzgl. hiperemiczna), aby przedewszystkiem zapomocą przekrwienia czynnego i biernego wzmóc odżywienie tkanek miękkich i skóry. W zabiegach wodnych komorowych (dla dłoni i przedramienia) i ogólnych (dla stawu barkowego) włączano do wody prąd sinusoidalny (wzgl. mieszany), aby w zaburzonem krążeniu miejscowem wzmóc, przez rytmiczne skurcze mięśni, czynnik tloczny ruchu mięśniowego, niezbędny dla prawidłowego krążenia żylnego.

W rozprawie Piwko zaznacza, że u 3-go chorego po zdjęciu gipsu nastąpiło po pewnym czasie, naskutek wypadku samochodowego, powtórne złamanie. P. wykonał tu operację krwawą i, pomimo ostrożności w postępowaniu oraz ułożenia nerwu w ochronne łożysko mięśniowe, wystąpiły objawy traumatyzacji, co zwykle jednak daje rokowanie pomyślne. Higier popiera zasadniczy pogląd w podobnych sprawach: operowania jedynie starych spraw, nie zaś świeżych, oraz zaleca, jak i prelegent, badać koniecznie podczas operacji obnażony nerw prądem faradycznym.

### M. Fejgin i B. Rozenberg. Zator powietrzny w przebiegu odmy sztucznej.

B. J., lat 25, fryzjer, przebywał na oddziale z powodu gruźlicy płuc włóknisto-serowatej z ogniskiem rozpadowem górnego prawego płatu i gruźlicy początkowej górnego lewego płatu. Chory dostawał odmě prawostronną. Podczas próby dopełnienia odmy poraz IV-ty, przy wkluciu igły, nie otrzymano wahań w manometrze, wobec czego igłę natychmiast cofnięto. W chwilę potem chory usiadł na łóżku z zaczerwienioną twarzą, mówiąc, że mu się robi słabo. Tętno w tym momencie było wyraźnie zwolnione 54', a pozostało dobrze napięte. Chory zaraz się położył, zbladł i zaczął narzekać, że nie czuje lewej połowy twarzy i lewej ręki. Lewa ręka, szczególnie dłoń, wyraźnie zsiniała, była zimna i spocona oraz przyjęła pozycję t. z. ręki akusзера. Jednocześnie chory zaniewidział. Tętno przez cały czas dobre. Lewą kończyną dolną poruszał dobrze, zblednięcia języka nie stwierdzono.

Natychmiast zastrzyknięto Acecoliny 0,1 domięśniowo. Po 10 minutach niedowład przedramienia i dłoni ustąpił, a po 40 minutach zaburzenia wzroku i niedowład ustąpiły zupełnie.

Niewątpliwie więc mieliśmy tu do czynienia ze skutkiem zatoru powietrznego podczas wykonywania odmy. Jak ten przypadek wykazuje, zator taki powstać może nawet zanim zaczęto wprowadzać powietrze z aparatu — jedynie naskutek

przedostania się tej nieznaczej ilości powietrza, która zawarta jest w igle i ew. w rurce gumowej, łączącej igłę z aparatem odmowym. Warunkiem powstania zatoru takiego jest wkłucie igły do naczynia żylnego o ujemnem ciśnieniu. Nadmienić trzeba, że niepodobna wprost przewidzieć i uniknąć podobnego epizodu przy zakładaniu odmy, wystarcza bowiem, ażeby igła trafiła na naczyniowy zrost i przedziurawiła naczynie żyłne, ażeby pęcherzyk powietrza wciągnięty został do naczynia krwionośnego — a stąd powędrował do mózgu i spowodował groźne nieraz objawy zatoru. I w istocie, statystyki dużych szpitali i ośrodków odmowych notują stale pewien — nieznaczący na szczęście — odsetek tych nieuniknionych — nawet przy zachowaniu największych środków ostrożności — zatorów. Rokowanie w tych przypadkach, pomimo alarmujących często objawów na początku, nie jest złe — francuscy autorzy podają opisy szeregu przypadków, gdzie, nawet po kilkudniowym trwaniu porażenia połowiczego, objawy mijają samoistnie, wzgl. po stosowaniu acecoliny, która ostatnio jest bardzo polecana w tych razach. Niektórzy klinicyści skłonni są nawet do ujmowania wszelkich objawów t. zw. wstrząsu opłucnowego, spostrzeganego czasami przy zabiegach na opłucnie za skutek zatorów powietrznych. Niedawno wykonane badania doświadczalne na królikach przez Richeta syna i inn. dowodzą, że jednakże odruch z opłucnej istnieje i prowadzić może do ciężkich i niebezpiecznych objawów, niezależnie od zatoru powietrznego.

W rozprawie Bieleńki zwraca uwagę na skrupulatne przestrzeganie należytych warunków podczas dokonywania odmy: ułożenie chorego, ścisła kontrola ciśnienia; należy pamiętać o zrostach, które zmuszają do zaniechania tego zabiegu i t. p.. B. obserwował tylko 1 podobny przypadek w 1914 r.. Dany chory niebardzo się nadawał do odmy, gdyż Rtg. wykazywał zmiany odczynowe w opłucnej dość znaczne. Leczenie preparatami złota na oddziale jest stosowane przez B. już od 8 lat, lecz B. nie spostrzega dobrodziejstw tego środka.

Płońskier sądzi, że w danym wypadku powietrze mogło się dostać jedynie do żyły płucnej. Fejgin w odpowiedzi przytacza warunki korzystne dla odmy w powyższym przypadku. Chory zrazu dostawał 200 cc., później więcej, w końcu 500 cc. powietrza. Powikłanie, jak wyżej wskazane, jednak nie jest tak rzadkie. W statystyce posiedzeń szpitalnych w Paryżu ostatnio jest notowane kilkakrotnie. Preparaty złota F. stosuje nieraz z dobrym skutkiem.

Ant. Goldman podkreśla, że sprawa tu najważniejsza, oczywiście, należyty dobór przypadków.

**G a b a y o w a. 4 przypadki pęcherzycy pospolitej przewlekłej. (Z oddz. St. Markusfelda).**

I. Chora, lat 50, przybyła 29. XII 1932 r. z powodu utrudnionego łykania (od 2 mies.). Ma 6-ro dzieci; nie ronila. Menopauza od 3-ch lat.

Stan chorej w dniu przybycia do szpitala: budowa prawidłowa, odżywienie mierne, blada, osłabiona; gorączkuje. Gruczoły nie powiększone. Na skórze wykwitów niema. Płuca, granice serca prawidłowe; tony głuchawe, akcentuacja II tonu u tętnicy głównej. Wątroba i śledziona niemacalne. Układ nerwowy +. W jamie ustnej, na granicy twardego i miękkiego podniebienia, powierzchowne owrzodzenia wielkości 20-groszówki. Na miękkim podniebieniu, na przednich i tylnych łukach, tylnej ścianie gardzieli śluzówka obrzękła, pokryta nabłonkiem zmętniałym. Na wolnym brzegu języka — owrzodzenia płaskie, niewielkie. Wolny brzeg nagłośni zaczerwieniony, bez nabłonka. Na śluzówce przegrody nosa liczne strupy w części przedniej po str. lewej i małe nadżerki po prawej. Chwiejące się zęby w dolnej szczęce i chore korzenie w górnej. Wass. ujemny; posiew krwi jałowy. W krwi: komórek kwasochłonnych 1,5%, limfocytów 23%. Mocz +; z moczem w ciągu doby wydano 3,1 gr. chlorków.

II. Chora, lat 60, przybyła 19/XII.32 r. z powodu uczucia suchości w gardle i utrudnionego łykania (od 5 mies.). Przed 30 laty dur brzuszny. Rodziła 14 razy, poronień nie było, menopauza od 40 r. życia.

Stan chorej w dniu przybycia do szpitala: budowa prawidłowa, odżywienie mierne; nie gorączkuje. Gruczoły chłonne bez zmian. Na skórze wykwitów niema. Płuca, granice serca prawidłowe; głuchawe tony, akcentuacja II tonu u tętnicy głównej i carotis. Wątroba i prawa nerka wyczuwalne, śledziona niemacalna (kol. Munwes). Układ nerwowy +. Tuż przy macicy, po str. prawej, guz wielkości małego jabłka. Na błonie śluzowej policzków, na podniebieniu twardem, na granicy podniebienia twardego i miękkiego widoczne są powierzchowne ubytki, dość ostro odgraniczone, pokryte szarym nalotem i łatwo krwawiące z dotyku. W krtani, po str. lewej, na wolnym brzegu nagłośni, również miejsca pokryte szarym nalotem; u otworu nosowego lewego pęknięcie skóry, pokryte strupem; na przegrodzie w przedniej części, z obu stron owrzodzenia, pokryte skrzepami. Wargą dolną obrzękła, i tu miejsca pokryte strupami. Wass: ujemny; posiew krwi jałowy. W krwi: komórek kwasochłonnych 3,5%, limfocytów 38%. Mocz +; wydano z moczu w ciągu doby 7,29 gr. chlorków.

III. Chora, lat 55, przybyła 11/XI.32 r. z powodu uczucia suchości w nosie i utrudnionego łykania (od 6 mies.).



Stan w dniu przybycia do szpitala: budowa prawidłowa, odżywienie upośledzone; nie gorączkuje. Gruczoły chłonne nie powiększone. Na skórze wykwitów niema. Płuca: nieco świstów, oddech zaostrowany. Zwiększenie poprzecznego wymiaru serca, głuchawe tony; wątroba wystaje o 2 palce z pod łuku zębowego; śledziona nienamacalna (kol. M u n w e s). Układ nerwowy +. Na błonie śluzowej twardego podniebienia z obu stron 2 obnażenia śluzówki wielkości 10-groszowej monety, o kształtach nieprawidłowych, o powierzchni żywoczerwonej czystej; na obwodzie utrzymują się resztki nabłonka. Na wolnym brzegu nagłośni, na granicy z więzadłami nagłośniowo-nalewkowemi, symetryczne 2 owrzodzenia, pokryte nalotami szarobiałymi wielkości pestki jabłka; także 2 owrzodzenia powierzchowne na powierzchni językowej nagłośni w plica triangularis na granicy łuku przedniego i u podstawy języka; w otworach nosowych, w części skórnej, owrzodzenia pokryte brunatnymi strupami. Jama ustna bezzębna. W a s s, ujemny; posiew krwi jałowy. W krwi komórek kwasochłonnych 6%, limfocytów 29,5%. Mocz +; w dobowym moczu wydano 6,47 gr. chlorków; w krwinkach 3,45, w surowicy 4,75<sup>0/100</sup> chlorków. Zdjęcie Rtg. (Dr. M e s z): czaszka mała wieżykowata, o skróconej podstawie, o kościach sklepienia i siodelku tureckiem prawidłowych; szyszynka zwapniała.

IV. Chora, lat 4), przybyła 12/XII.32 r. Wykwity w jamie ustnej i utrudnione łykanie od 7-ia miesiący. Rodziła 3 razy, bez poronień, perjody nieregularne.

Stan ob., gdy przybyła na oddział: budowa prawidłowa, odżywienie mierne, stan podgorączkowy, gruczoły chłonne nie powiększone. Na skórze pleców 2 wykwity wielkości ziarnka grochu, ostro odgraniczone, pokryte strupkiem. Płuca, granice serca prawidłowe; nieznaczna akcentuacja II tonu u tętnicy głównej. Wątroba i śledziona nienamacalne (kol. M u n w e s). Układ nerwowy +. Na śluzówce przegrody nosa, oraz, na skrzydełkach nosowych, nadzěrki i drobne pęcherzyki o zawartości mętnej; na śluzówce podniebienia twardego i miękkiego, na łukach, na tylnej ściance gardzieli, na śluzówce policzków, pod językiem, na wolnym brzegu nagłośni, na chrząstkach nalewkowych obok pęcherzyków widoczne były powierzchowne obnażenia, łatwo krwawiące w dotyku. W a s s ujemny; posiew krwi jałowy; komórek kwasochłonnych 3,5%, limfocytów 18 5%. Myoma uteri, cysta ovarii. Zdjęcie Rtg.: czaszka mała o kościach sklepienia zgrubiałych, o podstawie skróconej; rowki nacyniowe rozszerzone, siodelko normalne.

Dane przypadki są ciekawe z tego względu, że pierwotne objawy wystąpiły u chorych na błonie śluzowej jamy ustnej, krtańi i nosa, gdzie i obecnie utrzymują się — jako jedyne zmiany chorobowe, z wyjątkiem ostatniego przypadku, w któ-

rzym wtórnie wystąpiły pojedyncze pęcherzyki na plecach. Chore są leczone zastrzykami dożylnymi novarsenobenzolu, chininą doustnie; nadżerki w jamie ustnej środkami ściągającymi. Wyniki leczenia i tu są zadowalniające, nie chronią jednak od nawrotów. Rokowanie złe. Przyczyny choroby tej nie znane; występuje ona nagle, rozwija się napadowo, trwać może tygodnie, miesiące i lata, nie udziela się ani otoczeniu, ani potomstwu, nawiedza ludzi obu płci, jest chorobą różnych ras, przeważnie jednak spostrzega ją się wśród semitów.

W rozprawie D w o r e c k i wspomina o pracach Kartaniszewa, według których zatrzymanie chlorków w ustroju, stwierdżane zwłaszcza w próbie obarczeniowej, oraz eozynofilia, mają tu b. duże znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne.

### **Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 10 lutego r. 1933.**

Przewodniczył R o t s t a d t.

P ł o ń s k i e r. 1 Thromboendocarditis ulcerosa valv. aortae u 13-letniego chłopca. Rozległe masy zakrzepowe u podstawy tętnicy głównej bez zawałów w narządach.

2. Ca. scirrhusum circulare pylori u kobiety 40-letniej.

3. Chorionepithelioma u kobiety 40-letniej. Przerzuty w pochwie, w przymaciczach i w płucach.

4. Ca. sinus piriformis et partis super. oesophagi. Perforatio ad tracheam.

W rozprawie Lubliner podał szczegółowo przebieg kliniczny w przypadku raka przełyku.

Lubelski sądzi, że w przypadku raka części przyodźwiernikowej żołądka należało raczej wykonać doszczętną rezekcję żołądka.

B i e l e ń k i, nawiązując do pokazu nabłoniaka kosmkowego, omawia sprawę szybkiego szerzenia się sprawy złośliwej i na rozsianie przerzutów na otrzewnej w związku z pobieraniem wycinków do badania próbnego.

A. P o t o k. **Przypadek niedokrwistości z objawami rdzeniowymi.** (Z. oddz. L. B r e g m a n a).

Chora, lat 32, od 2 ch lat osłabienie pkk., od 6 miesięcy większe osłabienie obu kkd., drętwienie w kkd., chód trudny. Przez kilka miesięcy chromatopsja. Menses +. Nie rodziła. St. praes: skóra bladozielonkawa, język niebolesny. Szmer nad koniuszkiem serca, tętno 80. Narządy wewnętrzne +. Zrenice +. Kkg — norma. Odruchy b. żywe. Lekka dysmetrja w kkg. Kkd. — ruchy po stronie lewej nieco ogra-

niczone. PR — żywe, l-toniczny, AR — kloniczne. Bab.+. Rossol.+. Czci'e położenia na palcach kkd. zaburzone, pozatem zachowane. Chód — lekko ataktyczny. Ciśnienie krwi 150/95. Mocz +. Płyn mózg-rdz.: B 0,16%. NA +, 6 limfocyt. WaR w płynie i we krwi ujemny. Morfolog. krwi: Cz. c. 3380.000. Hb 60%, Index 0,9. Bc 6100. Np 3%, Ns 71%. L—24%. M.<sup>u</sup> 1.5%. EQ 5%. Krwinki prawidłowe co do kształtu, wielkości i barwy.—Treść żołądkowa po próbnem śniadaniu: odczyn zasadowy, kwas solny 0, ogólna kwasota 9. Leczenie w ciągu kilku tyg. wątrobą (150 — 200 gr. dzien.) dało wyniki b. dobre. Poprawa ogólna, zewnętrznego wyglądu, obrazu krwi (4.630.000, Hb 75%) i objawów rdzeniowych (B a b i Ń s k i —, ataksja — 0, chód — dobry).

Niewyjaśnione zostało, z jaką niedokrwistością miało się tu do czynienia: czy z niedokrwistością złośliwą (HCl—O, objawy rdzeniowe), czy też zwykłą (brak anizocytozy, polkilocytozy, index mniejszy niż l i t. d.).

Przypadek zasługuje też na uwagę ze względu na poprawę objawów ogólnych, a również rdzeniowych, po leczeniu wątrobą.

W rozprawie P l o Ń s k i e r zaleca dokładne poszukiwanie utajonej sprawy nowotworowej, zwłaszcza raka żołądka, co daje tu często przerzuty do szpiku kostnego, a wyraża się ciężkim stanem ogólnym, o objawach niedokrwistości, bez obrazu krwi, znamiennego dla niedokrwistości złośliwej.

H i g i e r podkreśla, że zasadniczo tylko sprawy rakowe mogłyby być przyczyną tak ciężkiego stanu chorej; z drugiej strony — nie moglibyśmy wówczas uzyskać tak dodatniej poprawy naskutek leczenia. Zastanawiającem jest, że niekiedy, nawet w niedokrwistości złośliwej — po zastosowaniu preparatów wątroby — wzór krwi nie ulega poprawie, gdy natomiast objawy nerwowe giną całkowicie.

B r e g m a n skłonny jest przypuścić, że tu ma się do czynienia z niedokrwistością złośliwą. Badanie szczegółowe nie wskazało podłoża dla niedokrwistości wtórnej. Znane są w anemji złośliwej objawy rdzeniowe, zbliżone do tych, które tu wystąpiły; są to objawy cierpienia bocznych i tylnych pęczków, znamienne są też tu parestezje. Chromatopsja zjawiała się tu naskutek podrażnienia i drobnych wylewów na siatkówce. Ponadto, jeżeli nawet obraz krwi nie wykazuje tu cech znamienych dla niedokrwistości złośliwej, to jednak wyniki leczenia preparatami wątroby są swoiste dla tego cierpienia, które tu, być może, jest jeszcze w swoim wczesnym okresie rozwoju.

D w o r e c k i, opierając się na obrazie krwi, nie jest skłonny rozpoznać tu anemji złośliwej. K r a k o w s k i sądzi, że objawy neurologiczne niekiedy wyprzedzają wystąpienie

objawów niedokrwistości złośliwej i że obraz krwi w anemii złośliwej nie zawsze jest tak typowy, jak to podają w opisach klasycznych.

**P. Szpilman - Neudingowa. Przypadek tężca poronnego z b. silną reakcją płynu m. rdzen. po zastrzyknięciu surowicy.** (Z oddz. L. Bregmana).

A. K., 24 l., przybył 9 I.33; przed 2 $\frac{1}{2}$  tyg. skaleczył prawą dłoń drutem. Ranę zalał naftą, karbolem i jodyną. Krwawienie było nieobfite. Następnego dnia miał lekki obrzęk dłoni. Po 2 tyg. rana zagoiła się, natomiast stwierdził „zesztynienie“ pr. dłoni, niemożność ułożenia jej w pięść, jak i otwierania ust. Niekiedy kurcze w pr. k. g.. Ból w plecach.

D. 8.I 33 w szpitalu w Łomży wykonano nakłucie łądźw. i zastrzyknięto domięśniowo 1 flak. surowicy przeciwtężcowej. Klinicznie stwierdzono, iż chory otwiera usta na szerokość 1 ctm. *Risus sardonicus* był lekko zaznaczony. Sztywności karku nie miał. — Łyka dobrze. Na prawej dłoni kłuta rana. Napięcie mięśni dłoni duże, ruchy palcami i kciukiem ograniczone. Odruchy ścięgniste i okostn.-umiark. Kłd, pod względem ruchowym, napięcia mięśni i odruchów — normalne. W przypadku tym, ze względu na kurcze, lekko zaznaczony *risus sardonicus*, *trismus*, potwierdzono rozpoznanie tężca i dokonano nakłucia łądźwiowego. Płyn m.-rdzen. był przezroczysty, ciśn. umiarkowane, pleocytozy nie zawierał. B. 0,16%. NA —. Po wypuszczeniu 25 cm<sup>3</sup> płynu zastrzyknięto do kanału 2 flakony surowicy przeciwtężcowej. Następnego dnia (10 I) miał silny ból głowy, t. 38,8°. *Opisthotonus*. *Herpes labialis*. Kurcze w pr. k. g. były słabsze, ruchy dłoni i palcami nieco wolniejsze. Dokonane nakłucie łądźw. dało płyn ropny o słabym ciśnieniu, zawierający 5280 Neutr., 724 limf. Po wypuszczeniu 30 ctm<sup>3</sup> płynu zastrzyknięto 3 flak. surowicy przeciwtężcowej. 3-go dnia (11.I) t. 38,4°, ból głowy, sztywność karku trwają. *Risus sardonicus* wyraźniej zaznaczony. Otrzymał domięśniowo 2 flak. surowicy. 12.I. stan bez zmiany. Nakłucie łądźw. wykazało płyn opalizujący, który zawierał 528 Neutr., 352 limf.; B. 0,2%. NA ++. Bakterjol. — płyn jałowy. Następnego dnia t. spadła; bóle głowy i sztywność karku stopniowo ustępowały. Po 2 tyg. pobytu na oddz. miał tylko minimalnie zaznaczoną sztywność żwaczy.

Tu zasługuje na uwagę postać poronna tężca i zmiany w płynie m.-rdz. po wprowadzeniu surowicy do kanału kręgowego. Przyp. ten — prosty pod względem rozpoznawczym — należy zaliczyć do postaci poronnej ogólnego tężca, który zatrzymał się w swym I-ym okresie, dając tylko *trismus* i nie dużą sztywność mięśni dłoni i palców pr. k. g. z nieczęstymi

kurczami. Silny ból głowy, wysoka ciepłota ( $38,8^{\circ}$ ), opisthotonus, herpes labialis, które wystąpiły dopiero następnego dnia po zastosowaniu surowicy do kanału, miały charakter oponowy, czemu też odpowiadał ropny płyn i b. duża pleocytoza.

Czy tu szybkie wyleczenie zależne było od działania surowicy, czy też od łagodnej postaci i dość długiego okresu inokulacyjnego — trudno powiedzieć.

Co się tyczy płynu m.-rdzen., to w tężcu nie przedstawia on zmian patologicznych, co było i w naszym przypadku po 1-y m nakłuciu. Po zastosowaniu jednak surowicy otrzymano po 2-ym nakłuciu płyn ropny, (5280 neutr. i 724 limf., bakter. jałowy); 3-cie nakł. łądz. dało jeszcze płyn opalizujący. z następnych nakłuć płyn był już przezroczysty z norm. składem chem. cytologicznym.

Wiadomo, że już i samo nakłucie łądzwiowe, wykonywane codziennie, jak również i wstrzyknięcie soli fizjologicznej do kanału, może niekiedy — jako odczyn — dać pleocytozę w płynie m.-rdzen.. Tu podkreślić należy b. dużą pleocytozę przy stosunkowo niewielkiej zawartości białka. N. tak silnej reakcji po zastrzyknięciu surowicy do przestrzeni podpajęczynówkowej dotychczas nie spostrzegano.

Na oddz. Dra F l a t a u a spostrzegano ciężki tężec, w którym po 1-ym zastrzyku surowicy również była duża reakcja (2556 neutr.), a po II-im 3996 neutr.; w następnych nakłuciach płyn już się oczyszczał.

W rozprawie Higier podziela wywody prelegentki. H. nie miał dobrych wyników po stosowaniu surowicy, spostrzegał bardzo ciężkie postaci tężca;  $MgSO_4$ , stosowane domięśniowo, okazało się bardzo skuteczne. Zalecane i wprowadzane do łądzwiowo nieraz powodowało porażenie mięśni oddechowych. R o t s t a d t miał możność obserwować bardzo wiele przypadków tężca. Tam, gdzie cierpienie to występowało w 10–12 dniu po zakażeniu przyranem, przebieg był zawsze stosunkowo łagodny, natomiast, gdy w okresie wcześniejszym, w ciągu pierwszych 8 dni, już występowały objawy choroby, surowica okazała się mało wartościową i przebieg cierpienia był zawsze bardzo ciężki, przeważnie śmiertelny. R. również zaleca stosować  $MgSO_4$  domięśniowo, a do kanału z wielką oględnością. Surowica daje wyniki dobre, gdy stosuje się ją zapobiegawczo. Co się tyczy pleocytozy odczynowej, to w danym wypadku musiał zapewne podziałać jakiś jad jałowy, zawarty w surowicy, co było przyczyną silnego podrażnienia opon. B r e g m a n nie wiąże też tu wyleczenia ze stosowaniem surowicy.  $MgSO_4$  stosuje oddawna na oddziale, nie spostrzegał jednak tak korzystnych efektów przeciwtężcowych, jakie przypisywano temu środkowi leczniczemu. B r.

silną reakcją ze strony płynu mózgo-rdzeniowego, po zastosowaniu tu surowicy, tłumaczyłby aseptycznem zapaleniem opon mózgowych. Lubelski stwierdza, że wykonano u niego na oddziale kilka tysięcy operacyj w znieczuleniu lędźwiowem, nigdy jednak nie spostrzegał objawów zapalenia aseptycznego lub innego opon mózgowych.

### **Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 17 marca 1933 roku.**

Przewodniczył Sołowiejczyk.

Krajterkraft i Płoński. **Zgorzelinowe zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie otrzewnej, guz pozaotrzewnowy kolosalnej wielkości.** (Z oddz. A. Sołowiejczyka).

Przypadek ten zastanawia z powodu trudności rozpoznawczych w dagnostyce chorób brzusznych, nagłych, gdy bez wszelkich badań pomocniczych, bez długotrwałych badań klinicznych, należy szybko postawić rozpoznanie i zdecydować się na zabieg.

J. K., l. 56, dozorca w młynie Przybył 6. I. 33 o g. 22-ej z powodu nagłych bólów brzucha, trwających od 4. I. 33 r. Bóle znaczniejsze po stronie prawej — napadowe i kurczowe. Wiatrów ani stolca nie oddaje, urynował prawidłowo. Podaje, że od czasu do czasu cierpiał na żołądek. Brzuch miał zawsze nieco wzdęty. Stolec raz na kilka dni. Pozatem był zdrow.

Status pr.: budowa prawidłowa, odżywienie mierne. Zabarwienie błon śluzowych i skóry bladobiałe. Zrenice reagują na światło. Język wilgotny, nieobłożony. Tętno 110, miarowe, mierne, napięte i wypełnione. T.<sup>o</sup> 37,8<sup>o</sup>. Płuca, serce +.

Brzuch — nierównomiernie wzdęty, więcej po stronie lewej. Wypuk bębnowy tylko po stronie lewej, przytłumiony na znacznej przestrzeni na linii brodawkowej. W dotyku stwierdza się napięcie mięśniowe, bardziej zaznaczone po stronie prawej, tu też większa bolesność. Po stronie lewej wyczuje się jakby jakiś twór, dość spoisty, tylko wobec wzdęcia, bolesności i napięcia mięśniowego trudny do dokładniejszego określenia. Podczas badania chwytają chorego bóle, uwidacznia się przytem wzmożony ruch wzdętych jelit, idący od strony prawej ku lewej w kierunku stwierdzonej przeszkody (guza). Blumberg dodatni. Na skórze brzucha widoczna jest rozwinęta sieć żylna. Badanie per rectum — nihil. Płukanie Hegara — bez skutku.

Na zasadzie powyższego badania K. zdecydował, że chory ma ostrą niedrożność jelit z powodu guza po stronie lewej; myślał także o zapaleniu wyrostka robaczkowego wobec znaczniejszej bolesności po stronie prawej, objawów otrzewnowych, podwyższonej ciepłoty i nagłości wystąpienia schorzenia.

W uspianiu eterowem otwarto jamę brzuszłą w linii środkowej. Wydobyto plyn brunatno-ropiasty z małej miednicy i boków. Stwierdzono guz, przypominający tłuszczak, kolosalnej wielkości, na nim część spadniętej zstępnicy i esicy, powyżej wzdęte jelita grube i cienkie. Po zamknięciu jamy brzusznej w linii środkowej otwarto ją cięciem prawem skośnem. Kątnica, usadowiona tuż pod wątrobą, wyrostek bardzo długi i gruby, o ściance ciemno-szaro-zielonkawej znajdował się w łóżysku ropnem. Treść wyrostka brudno-brunatna, cuchnąca. Kątnica pokryta szaremi nalotami. Wyrostek usunięto. Jamę brzuszłą sączkowano. Na 6-ty dzień po operacji — mors. — Chory miał guz ten już zapewne dłuższy czas. Zapalenie wyrostka — choroba tu przypadkowa, której chory z powodu stalego swego cierpienia nie mógł należycie zwalczyć. Niezrozumiałą jest tylko w tym przypadku przewaga objawów niedrożności nad objawami zapalenia otrzewnej.

W rozprawie Goldstein mówi o przypadku guza, wychodzącego z otoczki nerki i ważącego około 30 kgr, który operował przed wielu laty. Nowotwór ten, usunięty całkowicie, nie przedstawiał mikroskopowo cech złośliwych, a jednak wystąpił nawrót po upływie pewnego czasu. Krajer i Kraft podkreśla, że zasługują tu na uwagę objawy okluzyjne bardzo wyraźne, czego zazwyczaj nie spostrzega się podczas rozlanego zapalenia otrzewnej. Płoński wyraża przypuszczenie, że w danym wypadku zapalenie otrzewnej powstało dość późno i było dość ograniczone. Podczas sekcji P. nie stwierdził cech anatomicznego, rozlanego zapalenia otrzewnej. Nawiązując do powyższego pokazu, Solowiejczyk demonstrował preparat bardzo dużego guza pozaotrzewnowego, który niedawno operował i podaje przebieg kliniczny tego przypadku.

**J. Tencer i M. Płoński. Przypadek guza tchawicy.** (Z oddz. L. Lubliner).

Chora, lat 48, podaje, że od 4 miesięcy odczuwa duszność wysiłkową, ma chrypkę i kaszel. Od czasu do czasu odpluwa kawałki krwi. Nigdy chorób poważniejszych nie przechodziła, ma 3 dzieci, nie ronila. Laryngoskopja wykazuje, że podstrunowo po stronie prawej istnieje duży twór soczysty żywo-czerwony, wychodzący z bocznej i przedniej ściany tchawicy. Dokonano tracheoskopji. Przy dotknięciu guza — krwawienie. Dokonano biopsji. Badanie nosa i gardła — norma. Klatka piersiowa — oddech uciskowy w górnym odcinku praw. płuca, w większym stopniu w dolnym odcinku. Gruczoły chłonne na szyi nienamacalne. Mocz+, krew —, morfologia — c. b. 9.400, c. czerw. 4 100.000, wzór leukoc.: eozyn. 3%, neutr. 67% (paleczk. 4%, segm. 63%), limfoc 26%, monoc. 4%, Wassermann — ujemny.

Roentgen (Dr Mesz): „łuk tętnicy głównej znacznie wychylony, w polu prawego płuca rozrzucone okrągłe ogniska o ostrych odgraniczonych konturach (przerzuty!)“. Badanie histopatologiczne (Dr. Płoński): „w nadesłanym materiale stwierdza się rozrost elementów nabłonkowych dwojakiego rodzaju: w dość dużym odcinku widać twory podłużne z wąskiej osi łącznotkankowej, pokrytej przerosłym nabłonkiem, a więc nowotwór o charakterze brodawczaka (papilloma); w innym odcinku widać rozrost nabłonka wielowarstwowego w kierunku do podścieliska z zaznaczoną nietypowością (Ca planocellulare)“.

Przypadek zostaje pokazany ze względu na rzadkość nowotworów tchawicy. Ciekawe, że w przypadku tym powstały przerzuty na drodze powietrznej, gdyż umiejscowiły się wyłącznie w prawym płucu. Wobec obecności przerzutów leczenie tędzie przeprowadzone promieniami Roentgena.

### L. Lipszowicz. **Dwa przypadki zespołu kąta mózdkowo-mostowego.** (Z oddz. Dr. L. Bremana).

Pierwszy przypadek dotyczy 40-letniego mężczyzny, który przybył na oddział dnia 20-go lutego r. b. Przed 3-ma tygodniami nastąpiło nagle, wśród zupełnego zdrowia, uporczywe drętwienie prawej  $\frac{1}{2}$  twarzy i przybrzeżnego skrawka języka po str. prawej. Po tygodniu parestezje na twarzy mniej dotkliwe, na języku zaś o niezmiennym nasileniu, zarazem napadowe b. silne bóle w prawej  $\frac{1}{2}$  głowy i szum stały w prawym uchu. Chód stał się chwiejny.

St. o b.: prawy odruch rogówkowy osłabiony, prawy mięsień żwacz napina się znacznie gorzej, znaczny niedowład prawego n. twarzowego o typie obwodowym. Diadochokineza mało sprawna, zwł. po str. lewej. Przy próbie „palec—palec“—zbaczanie w lewo. PR-AR -- żywe, tendencja do stopowstrząsu. Areflexia plantae. Chód ostrożny, o nieco poszerzonym kroku. Słuch nieznacznie obniżony. Po dwutygodniowym pobycie w szpitalu stan chorego uległ znacznej poprawie, a obecnie pozostały bardzo nieznaczne ślady niedowładu pr. n. twarzowego oraz osłabienie pr. odruchu rogówkowego. Bóle głowy ustąpiły, pozostały jedynie parestezje w języku.

Objawy chorobowe w przypadku tym wytłumaczyć się dadzą ogniskiem w kącie mostowo-mózdkowym. Należy się również liczyć z możliwością ogniska u podstawy półkuli mózdkowej prawej, które, obok objawów asynergji mózdkowej, spowodować mogło naskutek ucisku zajęcie V, VII i VIII nerwów. Zwraca uwagę zarówno szybkie narastanie, jak i zanikanie, sprawy chorobowej. Guz powinienby w dalszym swym rozwoju dać zczasem nowe i trwałe objawy, zarówno ogólne jak i ogniskowe.



Drugi przypadek dotyczy 28-letniego chorego, który przybył na oddział w stanie bardzo ciężkim dnia 2-go lutego b. r. Anamneza: od 4-ch lat osłabienie słuchu po str. prawej, od półtora roku stałe dotkliwe bóle głowy. Przed 3-ma miesiącami pogorszenie; nie opuszcza łóżka. Raz jeden dostał napadu, podczas którego zrobiło mu się niedobrze, odczuwał oziębienie, i drętwienie w całym ciele, głowę zarzuciło ku tyłowi. Pod koniec grudnia wystąpiły bardzo silne bóle głowy z wymiotami, zupełne zniesienie słuchu po str. lewej, przyczem chory zauważył wykrzywienie twarzy po tejże stronie. Przejściowe utrudnione oddawanie moczu.

W dniu przybycia na oddział stan chorego był rozpaczyliwy: wybitna indolencja, torpor, zaburzenia w orientacji co do czasu, ogromne wycieńczenie. Mówił ledwo dosłyszalnym szeptem, nie zawsze odpowiadał na pytania. Tętno przyspieszone, oddech b. powierzchowny. Istniała obawa o bliskie zejście śmiertelne.

Źrenice mało wydatnie oddziaływające na światło. Początek zastoiny tarcz. Ruchy gałek ocznych: prawej na wewn. — o, na zewn. — niedostateczny, lewej na zewn. — o, na wewn. — niedost.. Pozostałe ruchy zachowane z towarzyszącym im oczopląsem. Odruchy rogówkowe: 1 = o, pr. — minimalny. Ruchy mięśni twarzy b. nieznaczne — gorsze po str. lewej. Niedowład i obniżenie napięcia mięśniowego w prawych kończynach. Mowa nosowa, wybuchowa. Łyka niedostatecznie. Po kilku dniach pobytu w szpitalu stwierdzono wzmożone odruchy PR i AR, objaw Rossolima obustr., żywszy po str. pr.

4.II. dokonano nakłucia łądzwiowego, płyn wyciekał pod dużym ciśnieniem. (W płynie wodnojasnym—11 limf., NAp. ++, białka 0,66%. Odczyn L a n g e g o zbliżony do porażenia postępującego. Wa z płynu i ze krwi ujemny, również po prowokacji). Na czwarty dzień po punkcji chory zaczął się szybko poprawiać. Po 2-ch tygodniach pozostało porażenie prawych kończyn, mniejsze niż poprzednio, zniesienie ruchu nazewnątrz l. gałki ocznej, wybitny niedowład lewego n. twarzowego, nieznaczne zaburzenia mowy i połykania. Nie siada, nie może stanąć na nogach ani chodzić. 4.III. siada o własnych siłach. 8.III. Przy próbie chodzenia, podpierany, przebiera nogami, zgina je b. nieznacznie, pada ku tyłowi. W dalszym przebiegu stan chorego nie ulega naogół zmianie. Zastoina na dnice oczu powiększyła się. W przypadku tym mamy prawdopodobnie do czynienia z guzem dużych rozmiarów, wychodzącym z l. n. VIII. Zwraca uwagę epizod nagłego pogorszenia (na skutek zaburzeń w krążeniu płynu), a przede wszystkim znaczna poprawa.

W rozprawie Bregman uzasadnia słuszność rozpoznania tu neurofibroma, wychodzącego z okolicy nerwu słuchowego, co zresztą potwierdza okoliczność, że chory jest głuchy od 4 lat. W podobnych wypadkach bardzo ważnem jest badanie n. restibularis, tu natomiast określenie stopnia zajęcia nerwu przedstonkowego jest bardzo utrudnione ze względu na oczopląs wrodzony. Objawy uciskowe ze strony III, IV, VI, VII i VIII nerwów oraz objawy mózdkowe wskazują na rozległość sprawy. Pod względem terapeutycznym Br. wysuwa koncepcję możliwości częściowego usunięcia nowotworu drogą operacyjną.

Luxenburg i Wertheim demonstrowali **przypadek cierpienia stawowo-kostnego, zniekształcającego, leczonego operacyjnie.**

Chorą, dotkniętą przewlekłym, zniekształcającym cierpieniem stawu, operowano 27.I.33, usuwając jej prawą dolną przytarczę. O wyniku doraźnym mówił kol. Luxenburg.

W., przy pomocy tablic, uzmysławia stosunki topograficzno-anatomiczne przytarczyc, podkreślając trudność znalezienia niekiedy tych tworów. Podczas zabiegu konieczne jest doraźne badanie histologiczne usuniętego tworów celem przekonania się, czy istotnie ma się do czynienia z przytarczą. W. przytacza dalej analogiczny przypadek opisany przez Leriche'a i przypomina, że choroba Reklinghausena kojarzy się z nadczynnością gruczołów przytarczycowych i z przerostem tychże w postaci nawet nowotworów, których usunięcie sprowadza wyleczenie tego cierpienia. Turnbull i Hunter podają opisy przeszło 40 przypadków z piśmiennictwa i 4 własne.

W rozprawie Solowiejczyk przytacza wyniki operacyjne w 2 podobnych przypadkach, które w ostatnim czasie miał możność obserwować u siebie na oddziale. Usunięcie gruczołów przytarczycowych (w ścisłej współpracy z kol. Płońskiem, który badania przeprowadzał podczas operacji) dało w szybkim czasie wynik nieoczekiwanie zadowalający: już nazajutrz po operacji nastąpiła wydatna poprawa, lecz później stan chorych ponownie pogorszył się. Chorzy ci znajdują się jeszcze w obserwacji.

# Konferencje Neurologiczne Oddziału IX-go.

16. IV. 31 -- 7. III. 33.

## Posiedzenie dnia 16 kwietnia 1931 r.

Przewodniczył B r e g m a n.

A. P o t o k. **Przypadek zaniku mięśni z objawami skurczowemi.** (Z oddz. L. B r e g m a n a).

Chory, lat 18, od roku osłabienie p.kg. i w mniejszym stopniu p.kd, i l.kk. Od 2 lat kurcze w k.kd., ostatnio i w k.kg.. Od tego czasu poci się dużo; schudł. W zimnie kurcze częstsze.

S.t. o.b.: Nerwy czaszkowe+. Obj. Chwostka+. P.kg. — zanik drobnych mięśni dłoni, mniejszy przedramienia i ramienia. Siła i napięcie mięśni zmniejszone. Opozycja palców utrudniona, pozatem ruchy+. L.kg. i k.kd.—norma, Odruchy na k.kg.—żywe, żywsze z prawej; odruchy k.kd. — umiarkowane, jednakowo. Czucie+. Narządy wewnętrzne bez zmian (tachycardia). WaR — ujemny. Dno oczu+. Metabolizm podstawowy 5.7%. Badanie elektryczne — częściowa reakcja zwyrodnienia, bez myotonicznej. — Zaniki mięśni, kurcze, pocenie się. Chwostek dodatni, akrocianoza i umiejscowienie zaników pozwala rozpoznać tu dystrofię myotoniczną.

W rozprawie H i g i e r podkreśla tu trudności należytego rozpoznania. H. przypomina niektóre odmiany jamistości rdzenia, które należałoby mieć też na uwadze. G o l d f l a m i B r e g m a n wyłączają takie przypuszczenie; B r. szczególnie podkreśla brak zaburzeń czuciowych i ionnych typowych objawów syringomyelji. Skurcze tu są niewątpliwie myotoniczne.

E. H e r m a n i J. M a c k i e w i c z. **Przypadek nowotworu mózdzku z przerzutami do komór mózgowych.** (Z oddz. E. F l a t a u).

Gr., l. 13, przybyła na oddział 13.III-31 r. Rozpoczęło się przed 2½ laty od bólów głowy i wymiotów napadowych. Na początku choroby stwierdzono zastoinę na dnie oczu. W XII.29 naświetlania prom.

Rtg. Po nich poprawa. Otrzymała ogółem 15 seryj naświetlań w odstępach 2 mies.. Ostatnie przed 3-ma tyg.. W XII ub. r. drgawki ogólne z utratą przytomności, powtarzały się 5 -- 6 razy. Od początku choroby pogorszenie chodu tak, że musi być prowadzona. Wzrok nie uległ pogorszeniu. Od roku częste oddawanie moczu, jednocześnie wzmoгло się pragnienie. Objawy te nasilają się wraz z bólami głowy.

St. o b. Budowa prawidłowa, skóra na dłoniach i stopach sina i zimna. Tętno od 80—120. Narządy wewnętrzne +. — Mocz i stolce oddaje pod siebie. Żrenice szerokie, pr. na światło oddziaływa słabo. lewa wcale. Dno oczu — lewe normalne, pr. — blade o granicach zlekka zatartych. V. o. dr.  $\frac{3}{5}$ , sin.  $\frac{1}{2}$ . Ruchy gałek do góry utrudnione, do boku lewego odbywają się powolniej. Oczopląs boczny o znacznej amplitudzie. Odruch rogówkowy lewy słabszy. Inne nn. czaszkowe +. Pr. k. g., uniesiona zlekka, opada i odwodzi się; obie chwieją się. Steuart-Holmes dodatni z obu stron. Obj. Kurta-Goldsteina po l. str., Adiadochokinesis po str. prawej. Odr. ścięgnowe i okostnowe z kkg. wzmożone. Abd. g. słabe, dolnych brak; PR wzmożone, pr. < l., pr. toniczny.

AR, żywe, podeszwowe — obj. Babińskiego, Rossolimo --- ujemny. Siedząc, opada w prawo. Podtrzymywana, stąpa, chwiejąc się jednak w str. pr. Zdjęcie Rtg. czaszki wykazuje — w porównaniu ze zdjęciem przed rokiem — wybitne przechylenie wyrostków pochyłych do wewnątrz. — Was. we krwi ujemny. — Bóle głowy, wymioty, zastoina świadczyły o guzie mózgu. Zaburzenia chodu o typie mózdkowym, dominujące nad całym obrazem klinicznym (bez wyraźnie zaznaczonych — zwł. na początku — obj. jednostronnych mózdkowych), przemawiały za nowotworem w robaku mózdkowym; zaznaczona tendencja opadania w prawo — za prawdopodobnem przejściem guza na półkulę prawą mózdkową; zmienność tętna, sinica kończyn były objawami ze str. IV komory, wreszcie utrudnienie ruchów gałek ku górze oraz złe oddziaływanie źrenic na światło — przy względnie małych w późnym okresie zmianach na brodawkach — za szerzeniem się nowotworu ku ciałom czworaczym i III komorze. Polyuria i polydipsia mogły być objawami ze strony dna III komory albo na skutek bezpośredniego działania nowotworu, albo na skutek wodogłowia (wyraźne objawy piramidowe obustronne) Chorąż zakwalifikowano narazie do operacji odciażającej tylnej, lecz zmarła nagle. Przemawiało to również za zajęciem komory IV. Sekcja wykazała: cały mózg osiadał, zawoje spłaszczone. Okolica skrzyżowania nn. wzrokowych b. wypięta. Tuż ku przodowi — od mostu — widać wypinającą się masę o kolorze sadła, Twór ten uciskał z boku na szypuły mózgowie. Z mózgu wylało się dużo płynu ksantochromicznego. Dojście do otworu Magendie trudne —

mocne zrosty. Po przecięciu arboris vitae widać wielki nowotwór (cały robak dolny i istota biała robaka górnego). Nowotwór galaretowaty, zabarwienia sadłowego. W niektórych miejscach żółte plamki (uwapnienia), w innych ślady krwotoku. Górna część nowotworu rozmkła, wylewa się z niej płynna masa nowotworowa. W sąsiedztwie arbor. vitae granica nowotworu ostra. Nowotwór wypełnia całą IV komorę. Główna jego część wpija się w pr. półkulę mózdzku. W przednim rogu komory dużo płynu brunatno-żółtego, z drobnymi i większymi kłaczkami tkanki szarawej nowotworowej. U ścianki bocznej rogu górnego komory lewej mały nowotwór okrągły w postaci orzeszka. Komory poszerzone. Ku przodowi od mostu wielki nowotwór, który wypełnia III komorę aż do podstawy mózgu. Oprócz tego z obu stron dość symetryczne przerzuty w istocie białej zrazów skroniowych. Z punktu widzenia anatomicznego przyp. powyższy zasługuje na uwagę ze względu na wypełnienie przez nowotwór robaka, komory IV i III, oraz na wyjątkowe przeszczepienie nowotworu do komór za pośrednictwem — prawdopodobnie — płynu m. rdzeniowego. Z punktu widzenia klinicznego można tu było rozróżnić objawy, zależne od schorzenia robaka, a objawów komorowych, zwł. komory III i IV-ej.

Przebieg kliniczny wskazywał na medulloblastoma. Na uwagę zasługuje ustąpienie zastoiny pod wpływem naświetlań Rtg., pomimo rozwijającego się w dalszym ciągu tak olbrzymiego nowotworu, wypełniającego komorę IV i III oraz trwania wodogłowia.

W rozprawie Goldflam podkreśla tu szczególnie dodatni wpływ naświetlań prom. Rtg. na ustąpienie zastoiny, co budzi potrzebę nowej oceny teorii powstawania tarczy zastoinowej. G. zastanawia się też nad możliwością wpływu naśw. Rtg. na tworzenie się wtórnie zrostów w okolicy foram. Magendie. Higier zaznacza, że to, co zaczyna się nagle, gwałtownie, nie jest guzem. Rtg. działa dodatnio na wodogłowie, stąd wtórnie wpływa na zastoinę tarcz. Pewna tu była tylko lokalizacja w robaku. Guzy należy najpierw operować, potem naświetlać Rtg. Bregman zestawia z danym przypadkiem swój (tumor IV komory): prawie nie było objawów mózdkowych, guz miał budowę gruczolaka (plexuoma aut ependymoma). Technika naświetlań guzów układu nerwowego prom. Rtg. nie jest jeszcze doskonała. Głównymi objawami w przyp. Br. było unieruchomienie głowy i wymioty uporczywe, były też objawy ze strony źrenic. Flatau uważa, że umiejscowienie ściśle guza mózgu jest już dziś w badaniu kini znem zupełnie możliwe. Unieruchomiona głowy nie jest objawem znamienym. Gdy są wymioty bez bólów głowy, to można myśleć o 4-ej komorze; skąpe objawy mózdkowe przemawiają za guzem w robaku. Prace doświadczalne przekonały F., że płyn mzg.-rdz. może rozpraszać elementy nowotwo-

rowe. W glioblastoma nic nie pomaga (Cushing). Prom. Rtg. tu niewątpliwie działały zrazu dodatnio, choć niewiadomo wcióż jeszcze dla czego. Zczasem (jak już mówił Czerny) będą, b. może, wykryte jakie drobnoustroje, powodujące rozwój nowotworów. W działaniu prom. Rtg. jest analogja w przypadkach Sc. mult., Encephalitis dissem. oraz w guzach nowotworowych. Terapia tu potrzebna różnokierunkowa: odciążająca, dyzjunkcyjna, naśw. Rtg., środki przeciwpadaczkowe i ciężkie metale. Potrzebne są serje naświetlań. Mackiewicz w odpowiedzi sądzi, że przyp. ze znacznymi remisjami po prom. Rtg. nie są uaogół tylko właściwemi nowotworami. Nadają się do naświetlań Rtg. szczególnie te przypadki, które dają silną reakcję po naświetlaniach.

### **Posiedzenie dnia 7 maja r. 1931.**

Przewodniczył Flatau.

#### **L. Bregman. Napady padaczkowe objawowe z aurą węchową.**

M. G., lat 20, od października r. ub. miewa napady, rozpoczynające się od b. przykrego, nie dającego się bliżej określić, zapachu, który idzie od dołka do ust. Po paru sekundach robi mu się ciemno, nie widzi i nie słyszy, oczy stają w ślup — twierdzi, że przytomności nie traci; potem silny ból głowy. Zmęczenie, senność. Napady powtarzały się po kilka razy dziennie. W czasie napadu występuje ślinotok i łzawienie. W grudniu, gdy był na cmentarzu, ciężki napad z drgawkami tonicznymi i klonicznymi, poprzedzony również przykrym zapachem. Chory twierdzi, że po napadzie uczuwa także podobny zapach. Na tydzień przed wstąpieniem do szpitala cała serja ciężkich napadów z pokąsaniem języka. Lżejsze napady nadal powtarzały się. Poza napadami, b. silne bóle głowy w pr. okolicy czołowo-ciemieniowej oraz w gałkach ocznych — przytem nudności; wymiotów nie było.

W szpitalu także obserwowaliśmy szereg napadów ciężkich z drgawkami. Według opisu sąsiadów chory rzucał się tak, że nie można było do niego podejść. Na ustach pokazywała się piana, kilka razy przygryzł sobie język. Według opisu siostr napad zaczynał się od twarzy; napad, spostrzegany wczoraj przez kol. Neudingową, zaczął się od ruchów szczęk (otwieranie i zamykanie ust), potem skurcze podobne do ruchów wymiotowych. Po napadach chory doznaje niekiedy kwaszowego smaku. Przed kilkoma dniami odczuwał brak smaku — wszystko, co przyjmował, smakowało „jak słoma“. Po ostatnim napadzie drgawkowym, po szybkim powrocie przytomności,

widział podwójnie. W lżejszych napadach chory blednie, oczy w słupek, nie pada, sztywnieje, nie mówi; napad trwa parę minut, nie zasypia.

Przy badaniu stwierdziliśmy: czaszka brachycephaliczna—asy-metryczna; bolesność opukowa w pr. skroni, niekiedy w l. skroni. Tarcze obrzękłe, l. bardziej, zwł. po stronie nosowej. Wybroczynki. Vis. o. d.=Vis. o. s.= $\frac{5}{10}$ . Pole widzenia b. ograniczone w obu oczach. strabismus divergens alternans. Brak podwójn. widzenia. L. połowa twarzy—niedowład typu centralnego, zwł. przy ruchach mimicznych. Chory uskarża się na osłabienie l. kk.; przedmiotowo siła l. kk. nieco mniejsza; brak odruchów patologicznych. Powonienie zmieniono po str. prawej; smak słonego i słodkiego zniesiony obustronnie na przedniej połowie języka.

Na zasadzie powyższego sprawa u c i s k o w a (nowotworowa) wydaje się najprawdopodobniejszą: bóle głowy, nudności, tarcza zastoinowa, zaburzenia wzroku, postępujący rozwój objawów. Co tyczy się umiejscowienia, to na pierwszy plan wysuwają się napady padaczkowo lekkie i ciężkie, zapoczątkowane przez „a u r ę“ w ę c h o w ą. Takie napady są charakterystyczne dla spraw, umiejscowionych na przyśrodkowej powierzchni płatu skroniowego — zwł. gyrus hypocampi i gyrus u n c i n a t u s. W tem miejscu znajduje się ośrodek korowy powonienia, a w bliskości ośrodek smaku. Prawdopodobnie każdy ośrodek połączony jest z obustronnymi narządami. Liczne przypadki nowotworów płatu skroniowego z omamami węchowymi, rzadziej smakowymi, opisane są w piśmiennictwie. W niektórych były, jak u naszego chorego zaburzenia powonienia i smaku. Symptomatologia tych napadów nie ogranicza się do omamów i zaburzeń zmysłów. W niektórych spostrzegano ruchy mimowolne, języka, warg, szczęk i ruchy połykowe (Jakson, Sander, E Beck i in.). U naszego chorego ruchy takie spostrzegano raz jeden tylko w napadzie, który widziała kol. Neudingowa. Natomiast chory sam i jego otoczenie podaje, że w napadach częstokroć występuje ślinotok i łzawienie, t. j. zaburzenia wydzielnicze, które często towarzyszą silnym wrażeniom węchowym i smakowym.

Niemniej ciekawe są pewne objawy psychofizyczne, które Anglicy nazywają „dreaming state“. Chory jest przytomny, ma uczucie, że jest oddalony od siebie na wiele mil, że całe otoczenie znajduje się b. daleko, że głosy dochodzą go z wielkiej odległości; wszystko wydaje się mu obcem. W innych przypadkach odwrotnie; wszystko wydaje mu się bliskim, „familiar“, dobrze znane („dejà vu“). W związku z tem bywa mikroskopsia, wzgl. makropsia. Do spostrzegania tych zjawisk wymagana pewna zdolność do samoobserwacji. Chory tego nie spostrzegał. Mówił, że mu robi się ciemno, że nie traci przytomności, ale nie nic

widzi i nic nie słyszy. Na uwagę zasługuje, że zapachy, które odczuwał, szły z brzucha. (Jedna chora z podobnymi napadami miewała w brzuchu wrażenie ciepła i uczucia, że jelita jej pływają się w ciepłej wodzie).

Poza napadami i zab. węchowemi i smakowemi objawów było mało. Nieznaczne osłabienie l. kk. i niedowład l.  $\frac{1}{2}$  twarzy, przeważnie mimiczny. Wzrok d. dobry, pole widzenia b. ograniczone. Zdaniem Cushinga ograniczenie pola widz. nie jest objawem b. częstym i wczesnym, wyprzedzającym omamy i dreaming state; występują najczęściej w postaci sektoru, który potem przechodzi w niedowidz. polewiczne.

Zaburzeń słuchowych, które spostrzegano w rzadkich przypadkach nowotworów płatu skron. (głuchota na przeciwległym uchu albo też obj. pobudzenia), u naszego chorego nie było.

Zez rozbieżny bywa u niego zmienny. Podwójne widzenie nastąpiło raz tylko po napadzie dżawkowym.

Pod wzgl. etjologii: uległ on przed 12laty silnym urazem głowy. Dla kiły brak było wszelkich danych: Wa. we krwi ujem.. W płyn. brak pleocytozy, białko — norm.. Chory podaje, że nigdy nie był dotknięty chorobą weneryczną, że ożenił się w 20 r. życia, nigdy stosunków extra-matrymonjalnych nie uprawiał. Ma 1 dziecko. Poronień nie było. Pomimo to wszystko spostrzeżono u niego powiększenie gruczołów łokciowych z pr. str., a przeprowadzone leczenie swoiste (36 frykcyj i 8 iniekcyj Bi) dało wynik tak dobrze dodatni, że nasze rozpoznanie zostało poważnie zachwiane. Bóle głowy ustąpiły i pole widzenia znacznie rozszerzyło się, samopoczucie było doskonałe. Niestety, poprawa okazała się po ukończeniu leczenia swoistego b. krótkotrwała. Napady, zarówno lżejsze, jak i cięższe, ponowiły się i powtarzały coraz częściej. Bóle głowy stały się coraz gwałtowniejsze z umiejscowieniem w pr. okolicy skroniowo-ciemieniowej. Chory trzyma głowę pochyloną na lewo. Prawa  $\frac{1}{2}$  głowy przy opukiwaniu bolesna. Chory nie może leżeć na pr. boku; na l. boku czuje się lepiej. Prawa gałka oczna boli. Czucie na pr.  $\frac{1}{2}$  twarzy podmiotowo gorsze, przedmiotowych zaburzeń nie stwierdza się. Chory utrzymuje, że cała pr.  $\frac{1}{2}$  ciała jest zdrętwiała; przedmiotowo zaburzeń nie stwierdza się, natomiast z lewej strony zaznaczony Babiński. Porażenie mimiczne twarzy po str. lewej. Tarcze są b. obrzękłe, wyniosłość = 5D, wzdłuż naczyń drobne krwotoczki. Wznowione leczenie swoiste nie dało wyniku. Wohec powyższego rozpoznanie nowotworu prawego płatu skroniowego nie ulega wątpliwości. Zakęciliśmy zabieg operacyjny.

W rozprawie brał udział: Sterling, Orliński, Mackiewicz, Higier, Goldflam i Flatau. Bregman w odpowiedzi zgadza się, iż aura węchowa ma znaczenie lokalizacyjne, jak i pora-



żenie nerwu twarzowego; bóle oka B r. wiąże ze sprawą w środkowej jamie czaszkowej. Drgawki padaczkowe, ich rozległość, są zależne i od charakteru guza i jego umiejscowienia.

## **Posiedzenie dnia 18 czerwca 1931 r.**

Przewodniczył B r e g m a n.

**Krakowski. Przypadek przypuszczalnego stwardnienia wieloogniskowego.** (Z oddz. L. Bregmana).

Chory, l. 22; przed kilku miesiącami uderzony pięścią w pr. poł. czaszki. Uraz zrazu przeszedł niespostrzeżenie; dopiero chory po miesiącu zaczął tracić wzrok w oku lewym, a następnie w prawym. Wkrótce już nie mógł czytać, a następnie chodzić na ulicy, nie rozpoznawał nawet przedmiotów dużych. Utracie wzroku nie towarzyszyły żadne inne objawy.

St. o b.: oczopląs obrotowy, znaczne osłabienie siły wzroku, scotoma centralna oka lewego, odbarwienie skroniowe tarcz z zatarciem granic w częściach nosowych przy równych źrenicach, oddziaływających prawidłowo na światło i zbieżność. Pozatem: mowa skandowana, osłabienie odruchów brzusznych po str. lewej—brak ich po str. prawej; żywe odruchy ścięgniste i okostnowe, nierówność odruchów nosidłowych. W płynie m. rdz. 5 limfc.. Wassermann we krwi i pł. —. Na r-granie czaszki zgrubienie kości sklepienia, pogłębione i rozszczepione siodło tureckie. Przebieg, objawy nasuwały tu trudności diagnostyczne. Z jednej bowiem strony cały szereg ważkich objawów (scotoma centralne, odbarwienie skroniowe tarcz, mowa skandowana i t. p.) pozwalają rozpoznać stwardn. wieloog. Pomimo tych objawów mogą jednak tutaj budzić się poważne refleksje w kierunku nowotworu mózgu. Za tem roz. poznaniem przemawia uraz, etjologicznie b. ważny moment, i ściśle z nim sprzężona stopniowa, lecz stale postępująca, utrata wzroku, która prawie do zupełnej doprowadziła amaurozy. Znajdują się tu też i inne wykładniki w postaci zatarcia granic tarcz, pogłębienia i rozszerzenia siodła tureckiego oraz ogniska zwapnienia w obrębie szyzynyki. Brak jednak innych objawów, przemawiających za nowotworem — objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego (bóle głowy, wymioty, bradycardia i t.p.), brak wreszcie torporu, pomimo daleko posuniętej sprawy nowotworowej. Biorąc pod uwagę, że scl. mul. może w obrazie klinicznym odtwarzać najróżnorodniejsze jednostki chorobowe, może dawać objawy, pozornie nie wspólnego z tą jednostką chorobową nie mające, możnaby było zarówno wzroku utratę, jak i zmiany na dnie oczu pod jeden mianownik St.w. wieloog. podciągnąć. Podobne przypadki w piśmiennictwie należą do unikatów.

W rozprawie Goldflam, Mesz, Higier, Wolf, Bregman i Krakowski podkreślają częste trudności rozpoznawcze między Scł. mutli. a guzem.

## Posiedzenie dnia 5 listopada 1931 r.

Przewodniczył Bregman.

J. Pinczewski. **Przypadek encephalitis dissemin. z objawami psychicznymi.** (Z oddz. E. Flataua).

K. lat 61. Nadużywał alkoholu. Chorób wencrycznych nie miał. Od 2-go lutego r.b. — zawroty głowy i napady z utratą przytomności; nie mówił, lecz rozumiał, gdy do niego mówiono. Podczas napadów tych padał i trząsł się. Napady trwały do godziny, a pojawiały się co 2—4 tygodnie. W czasie napadu nie mógł stać, ani chodzić nawet z pomocą. Jednocześnie bóle głowy i w okolicy serca oraz uczucie lęku. Od VI 31 — napady częstsze, chód o szerokim kroku, często pada, zdradza zaburzenia psychiczne; stał się przygnębiony, ujawniał zamiary samobójcze, nie pamiętał, co robi. Mowa — niewyraźna.

St. obecny: na skórze szyi odbarwione plamki, na brzuchu blizna gwiazdkowata po owrzodzeniu. Płuca — rozedma. Serce — tony głuchawe, kryte płucem, tętno 88 miarowe. Ciśnienie krwi 130/280. Jama brzuszna +. Układ nerwowy: źrenice na światło reagują, są równe, okrągłe; dno oczu +; inne nn. śródczaszkowe bez zmian. Kk. górne i dolne: ruchy, siła i napięcie +, czucie +. W próbie „palec — nos“ — bezład obustronnie. Diadochokineza — może mniej sprawna po stronie lewej. Próba: „pięta — kolano“ +. Odruchy: okost.; żywe, z obu str. objaw Jacobsona. Tric.: umiark. Wargowo-żuchwowy b. żywy, obustr. Marninesco — Radovici: l.—b. żywy, pr.—słaby. Mayer + z obu stron. Abd — 0 z obu stron. Cr. +, PR — wzmożone, polikinetycznie, rzepkowstrząs zaznaczony po str. l. AR — umiark. Podeszwowe: po str. l. fleksja, po str. pr. arefleksja, wzgl. słaba fleksja. Rossolimo + po str. l. i pr.. Art. dors. pedis et tibial. post. tętnią. Chód: niepewny, o szerokim kroku, z tendencją do padania w tył. Napady zamykania się i padania, w czasie których chory usiłuje oderwać się od podłogi ruchem sprężynowym lub korkociągowym. Mowa naogół bez zmian, niekiedy jednak wymawia niewyraźnie poszczególne wyrazy lub używa niewłaściwych słów. Czytanie: nagłówek karty szpitalnej odczytywał prawidłowo; pozatem czyta (z gazet) bez związku z tekstem, wzgl. pojedyncze słowa, prawidłowo.

Pismo: nie umiał pisać, podpisuje się — pismo ataktyczne. Apraksji nie stwierdza się. Psychika: przytomny, podaje imię

i nazwisko, wiek, adres, stosunki rodzinne prawidłowo. Co do miejsca pobytu nie jest zorientowany. Wie, że obecnie jest rok 31; co za miesiąc nie wie; miesiące wylicza. Podaje, że Boże Narodzenie jest w lutym. W stosunkach ogólnych orjentuje się. Konfabuluje co do przebiegu swej choroby. Mocz, krew, płyn mózg.-rdz., rentgen. czaszki — bez zmian. W przytoczonym obrazie chorobowym podkreślić należy następujące objawy: 1) zaburzenia psychiczne, 2) zaburzenia mowy i czytania, 3) ataksję, 4) napady załamywania się i 5) zaburzenia ze strony odruchów, Rossolino dodatni, polikinetyczne PR, brak abd. --. Wszystkie, te objawy wskazują na rozsiany, wzgl. rozlany, charakter sprawy chorobowej. Zwłaszcza ataksja i napady załamywania się, zależne od nagłej utraty napięcia mięśni, zależne są od zaburzeń w aparacie mózdkowym. Wobec tego, że brak danych do rozpoznania guza lub też kiły, może tu wejść w rachubę albo rozsiana sprawa naczyńniowa (miażdżyca), albo też zapalna (encephalomyelitis dissem). Aczkolwiek niepowiększone ciśnienie tętnicze (130/80) nie wyłącza zmian miażdżycowych w naczyniach mózgowych, to jednak podkreślić trzeba, że w miażdżycy mózgu znacznie wyraźniej, niż w danym przypadku, występują objawy ogniskowe, natomiast rzadko spotyka się objawy bezładu i napady załamywania się. Te ostatnie objawy stwierdzić można często w encephalomyelitis dissem.. Co się tyczy zaburzeń psychicznych, to we wspomnianem cierpieniu stwierdzano je również (C o n o s).

W rozprawie Goldflam przemawia za sprawą czołową (guz?): powolny rozwój, bez gorączki, bez obj. Babińskiego i n. inn. odpowiadają takiemu umiejscowieniu. B y c h o w s k i (mł.) nie wyłączałyby tu sprawy naczyńniowej. B r e g m a n nie sądzi, aby można było tu obecnie ustalić rozpoznanie, konieczna jest dalsza obserwacja. F l a t a u uważa, że zaburzenia psychiczne spostrzega się w Enceph. dissem; dla guza czołowego mało tu objawów, jak również dla zmian naczyńniowych. Zapadanie się chorego, obj. Rossolimo, zespół podbródkowy przemawiają tu raczej za Encephalit. disseminata. B o r n e s z t a j n, omawiając sprawy psychiczne w związku z temi danymi, stwierdza, że objawu Rossolimo nie widział w schizofrenji.

### J. P i n c z e w s k i. **Przypadek skurczu torsyjnego z brakiem odruchu Achillesa** (Z odz. E. F t a t a u a).

Dziecko lat 7; jedno z 5-ga. Przyszła na świat drogami i siłami natury. Rodzeństwo zdrowe. W 2-gim roku życia przechodziła zapalenie płuc, rozwijała się prawidłowo. Przed 7-miesiącami zaczęła nagle narzekać na ból w lewej kończynie dolnej od kolana aż do palców. Dziecko nie mogło odtąd biegać, wolało siedzieć, gdy zaś chodziła, wykrzywiła jej się lewa nóżka. Po paru dniach ból wystąpił też w prawej nóżce. Od tego czasu dziecku coraz trudniej chodzić. Czy

miało podwyższoną t° w ostatniej chorobie, matka podać nie może. W rodzinie chorób nerwowych nie było. Stan obecny: wzrost, budowa kośćca — prawidłowe. Odżywienie dobre. Narządy wewnętrzne +. Układ nerwowy: Czaszka +. Ruchy głową czynne i bierne wolne we wszystkich kierunkach. Dno oczu +. Żrenice — normalne. Pozostałe nn. czaszkowe też +. K. K. górne +. K. K. dolne. Wymiary; pr. udo — 30,5 cm., l. udo — 31 cm. Pr. podudzie 21.5 cm., l. podudzie — 22 cm

Prawa k. — ułożona w leżącej pozycji prawidłowo z wyjątkiem stopy skręconej do wewnątrz. Duży palec — w pozycji stałego Babińskiego, pozostałe w zgięciu. Rozmiar ruchów prawidłowy, tylko ruchy stopy nazewnątrz i nawewnątrz osłabione, zwł. nazewnątrz. Napięcie mięśni prawidłowe, tylko w stopie wzmożone. Lewa k. w stawie biodrowym zgięta i przywiedziona, w stawie kolanowym zgięta pod kątem rozwartym. Stopa skręcona do wewnątrz pod kątem 90°. Gdy stopę wyprowadzić z tej pozycji, opada bezwładnie do pierwotnego ułożenia. W stopie widać kilka sprężynowych kureczów: paluch w pozycji stałego Babińskiego, pozostałe palce zgięte. Rozmiar ruchów w stawach proksymalnych — ograniczone. Ruchy stopy nawewnątrz powolne — ograniczone, nazewnątrz — zniesione. Napięcie mięśni, zwł. w mm przywodzących udo — znacznie wzmożone, chwilami się zmniejsza. Czucie wszystkich rodzajów bez zmian. Objaw skurczu rozciągowego (antagonistów) — w m. biceps femoris sin. — zaznaczony, Objaw paradoksalny Westphala — ujemny. Odruchy: Per. i Tric. zachowane, umiarkowane; Abd — żywe z obu str., PR. + z obu str.; AR — pr. + b. słaby, l. -O, czasami udaje się wywołać. Babiński i Rossolimo—O. Kk. dolne na prąd farad oddziałują przy 55, skurcz dość dobry; na prąd galwaniczny: otrzymuje się skurcz przy 5 — 7 mlamp.  $K > A$ . Jedyne z m. peron. longus otrzymuje się skurcz dopiero przy 25 mamp. Z nerwów oddziaływanie prawidłowe z n. peron. przy 8 mamp.  $K > A$ . Gdy chora leży lub siedzi, konfiguracja kręgosłupa jest normalna, natomiast gdy staje, a zwł. gdy chodzi, następuje wykrzywienie spiralne kręgosłupa, przyczem część dolna piersiowa i lędźwiowa zwraca się w stronę lewą, a górna część i głowa — w stronę prawą. Pas biodrowy przesuwa się w stosunku do osi podłużnej ciała tak, że spina iliaca ant. sup. po jednej stronie znajduje się wyżej niż odpowiedni punkt po str. przeciwnej. Kończyny dolne zginają się w biodrach i w stawach kolanowych, a stopy odwrócone są do siebie podeszwowemi powierzchniami i opierają się o podstawy krawędziami zewnętrznymi. Gdy kręgosłup w zupełności się prostuje w pozycji leżącej nawznak lub na brzuchu tak, jak w pozycji siedzącej, ustawienie stopek nie ulega jednak i wtedy zmianie. Mowa i psychika — prawidłowe. Dodać należy, że badania pomocnicze,

jak moczu, krwi, płynu mózg.-rdz. oraz rentgenogram kręgośłupa, wykazują zupełnie prawidłowe stosunki. Podawanie skopolaminy z początku miało wpływ tak dodatni, że chora zaczęła znacznie lepiej chodzić; później nie miało żadnego wpływu. — Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na połączenie dwu składników w nim: torsyjnego, pochodzenia pozapiramidowego — obok innych objawów też zależnych od schorzenia zwojów podstawnych (stały skurcz toniczny m. m. adductores femoris sin, ruchy mimowolne w stopie lewej, objaw antagonistów po str. lewej) oraz porażnego (brak AR po str. lewej, osłabienie funkcjonalne m. peroneus po str. lewej, znaczne obniżenie pobudliwości elektrycznej na prąd galwaniczny). Należy przypuszczać, że ten sam czynnik, który zaatakował neur. obwodowy dotknął również zwoje podstawne mózgu.

W rozprawie brali udział: Z and o w a, H i g i e r, H e r m a n, B r e g m a n i F l a t a u, który wymienił objawy, znamienne tu, dla skurczu torsyjnego; może on być stały. Nic tu nie przemawiało za przebyta chor. H. Medina, co przypuszcza Higier.

#### A. P o t o k. **Przypadek zapalenia wielonerwowego na tle kiły.** (Z oddziału L. B r e g m a n a).

Chory lat 32 — rybak. Od 3-ich mies. mrowienie, w lkd, pkg., kkg.. Równocześnie osłabienie kkd. — przestał chodzić. Zaburzenia w urynowaniu, zaparcie stolca. Lues — St. ob.: źrenice okrągłe, nierówne, oddziałują na światło; l.—dobrze, pr.—niedostatecznie Kkg.—ruchy palcami ob. niesprawne, pozatem norma. Odruchy ścięgniste i okostnowe ob. słabe. Przy próbie „palec-nos“ obustr. dysmetrja, Kkd. — podnosi na 20 cm., ruchy stopami i palcami ograniczona, szczeg. po stronie pr. Ucisk na pnie nerwowe b. bolesny. Bezład kkd. obustronnie. PR, i AR.-O. areflexia plantarum. AbdR i CrR.-O. Czuć: ciepłe (aż do kolan), położenia na palcach i stopach — zniesione. Nie chodzi, nie siada, sam na łóżku nie obraca się. WaR w płynie +++; B. — 0.6%. NA— 8 limfocyt. WaR. we krwi ujemny. Krzywa Langego dodatnia — typu kiły ogólnej. Po zastosowaniu kuracji swoistej wszystkie objawy chorobowe zanikły, pozostało jedynie nieznaczne drętwienie w palcach kkg. i obustronny brak AR. Mamy tu zatem zapalenie wielonerwowe o postaci przeważnie niedowładu z bezładem.

#### **Posiedzenie dnia 10 grudnia r 1931.**

Przewodniczył F l a t a u.

#### A. P o t o k i T e n c e r. **Przypadek nowotworu nerwu słuchowego w okresie początkowym.** (Z oddziału L. B r e g m a n a).

Chory, lat 39, od roku szum najpierw w pr. uchu, później w lewym. Od kilku miesięcy stopniowe pogorszenie słuchu, obecnie sły-

szy prawem b. mało, lewem lepiej. Od kilku miesięcy bóle głowy, niekiedy b. dokuczliwe: od czasu do czasu wymiotuje, często mdłości — szczegól, nad ranem. Wzrok +. Lues —. Badanie przedmiotowe: przy patrzeniu na prawo kilka drgań oczopląsowych zanikających. źrenice — reakcja na światło i przystosowanie dostateczna. Odruchy spojówkowe ob. zniesione, odruch rogówkowe obniżone, pr. > l. Lew. fałda nosowo-wargowa gorzej zarysowana. Usta otwiera gorzej z lew. strony; po-  
zatem nn. czaszkowe bez zmian.

Kkgd. +. PR., AR., PeR. + normalne. Brzuszne pr.-o, l.-górny — słaby, dolny umiarkowany.

Czucie +. Romberg zaznaczony. Chód dobry, obroty również. Mocz i płyn mózg. -rdz. normalne. WaR we krwi i płynie ujemny. Granice tarcz wyraźne, visus  $\frac{5}{3}$ , pole widzenia +. Rtg. czaszki bez zmian. Smak i węch +. Słuch pr. ucha — 0, lewego bardzo obniżony. Próba kaloryczna: ucho pr. — (100 cm<sup>3</sup>) nystagmus — 0; ucho lew. — (25 cm<sup>3</sup> wody zimnej) po 40 sekundach utajonych — nystagmus, trwający do 70 sekund. Próba obrotowa — po 10 obrotach na lewo — Ny: w prawo, trwający  $\pm$  1 min.; przy zwrocie w prawo — Ny, żywszy na lewo, trwający  $\pm$  min., uczucie zawrotu głowy. Próba omijania Barany'ego — 0.

Chory otrzymał serję naświetlań prom. Rtg. Podaje, że obecnie szum w uszach jest mniejszy, bóle głowy i wymioty ustały. Poza-  
tem stan bez zmiany. Powyższe objawy, pomimo że są nieliczne oraz przebieg cierpienia, przemawiają za nowotworem o charakterze łagodnym, roz-  
wijającym się b. wolno, a uciskającym pr. nerw słuchowy, a więc nowotworem kąta mózdkowo-mostowego po str. prawej. Słabszy zarys lewej fałdy nosowo-wargowej spowodowany jest przez przykurcz prawego n. twarzowego. Przebieg cierpienia i brak wyraźnych danych przema-  
wiają przeciw kile.

W rozprawie Higier wątpi o słuszności rozpoznania. By-  
e h o w s k i podkreśla brak efektu po naśw. promieni Rtg. F l a t a u  
uważa rozpoznanie za uzasadnione, radzi zabieg odciążający i nakłucie  
Neisser-Pollacka. B r e g m a n wymienia objawy, przemawiające tu za  
nowotworem, a przeciw kile. Rtg. dał tu jednak dodatni efekt, spostrze-  
gali to i inni (Marburg).

S. K i p m a n o w a. **Psychopatja na tle padaczkowo-  
zwyrodnieniowem.** (Z oddz. E. F l a t a u a).

J. S. l. 40, przybyła 31-X-1931 r. W dzieciństwie — częste wysypki,  
sny religijne, senność napadowa. Od r. 1920 częste napady utraty  
przytomności, trwające do 1927 r. Od 1924 r. ataki drętwienia i drżenia  
oraz odrzucanie kd. pr. występujące parę razy dziennie, trwające parę

minut, bez utraty przytomności — przez okres 3 miesięcy. Od czasu do czasu drgawki ogólne bez utraty przytomności. 7 — 8 miesięcy następnych chora czuła się sup. dobrze. Od lutego 1925 do 1927 r. znowuż powtórzenie tych ataków, jednak z biegiem czasu w atakach znika stopniowo drętwienie, drżenie i odrzucanie kd. pr., natomiast drętwienie idzie bardziej w górę, do głowy, gdzie umiejscawia się w różnych częściach twarzy i głowy, przytem następuje zamroczenie i zaniemówienie na parę chwil. W tym okresie również czasami drganie ogólne bez utraty przytomności, raz jeden napad skurczów (nastąpiło dwukrotne skrócenie głowy w str. pr.) oraz myśl natrętna, aby dojść do okna. W 1927 r. po upadku ze schodów atak silny drżenia w całej pr. połowie ciała. Następnego dnia mimowolne wypowiedanie jakichś słów w rodzaju „daj, Boże“, „mamo chodź, tu-tu-tu“ i t. d., przyczem wypowiedanie to słów występowało napadowo, kilka razy dziennie. Jeszcze następnego dnia zjawiły się napady skurczów w pr. udzie i ręku, które jednocześnie zginały się w stawie kolanor, wym i łokciowym. Po ataku skurczów, który trwał parę minut, chora przez 1 — 2 g. krzyczała. Zauważyła też, że przed atakiem wypowiedania słów ma często uczucie skurezu od żołądka do gardła, a 2 g. przed atakiem krzyków — uczucie pulsacji w pr. boku i naśladowała zwierzęta domowe. Do lipca 1927 oba rodzaje ataków — parę razy w ciągu dnia. W VII.27 po punkcji lumb. — ataki skurczowe ustały, ale mimowolne wypowiedanie słów oraz naśladowanie zwierząt pozostało. Zeszłej zimy częste ataki ziewania. Od wiosny r. b. ataki skrócenia głowy bądź w str. pr., bądź do tyłu, bądź do przodu z jednocześnie wymawianiem słów mimowolnych lub naśladowaniem zwierząt domowych. Ostatnio brak pamięci. Perjod od 16 r. życia, 2 × na miesiąc. Jedna siostra cierpi na jakieś napady utraty przytomności.

W badaniu stwierdza się: nystagmus, trzepotanie powiek, niepokój gałek ocznych, b. szybkie ruchy językiem — gdy kazać chorej poruszać język.; szybkie ruchy gałek ocznych; stały ruch flex. dors. palców stopy pr. — PR. b. żywe, kloniczne, AR. — żywe. Mowa: dowolna — stosunkowo do ilości wypowiedanych słów — uboga w treść. Psychika: zorientowana co do czasu, miejsca i przestrzeni, zwraca uwagę pewna przesadna grzeczność i uczynność; jest b. religijna. — Różnicować tu można z histerją, symulacją, Enc. leth. i skurczem torsyjnym. Jednak na zasadzie objawów (wysypka i senność napadowa w dzieciństwie, napady utraty przytomności, napady drgawkowe, aura, napady ziewania), obciążenia psychopatycznego (1 siostra ma ataki utraty przytomności) oraz na zasadzie badania, które stwierdza pewną konstytucję, charakter epileptyczny — sprawę tę należy traktować jako padaczkową. Objawy skurczów przymusowych, mimowolnego wypowiedania słów, oraz myśli natrętne są bardziej zna-

mienne dla *Maladie des tics convuls.* i t. zw. *Zwangneurose*. Jednakże, jak tego dowodzi wielu autorów: *Brissaud*, *Ianet*, *Mausley* i *Jackson*, między temi chorobami a epilepsją istnieje wielkie pokrewieństwo; może jest ono zresztą bardziej teoretyczne i może być uznane jako takie, gdy—prócz objawów myśli natrętnych lub przymusowego wypowiedzania słów — mamy w przebiegu choroby i inne typowe objawy epilepsji, jak to ma miejsce w danym przypadku.

W rozprawie *Bychowski* przypomina, że dawniej rozpoznawo tu niesłusznie *histerję*. Aby *środk*i, jak *luminal*, *gardenal* dawały dobre wyniki, należy je stosować systematycznie. *Higier* uważa, że poza *padaczką*, jako tłem, są tu elementy *maladie des tics*. *Bychowski* (mł.) uważa, że *przymusowość* jest tu pochodzenia *neurogennego*, nie dotyczy ona *osobowości chorej*. *Goldflam* nie rozpoznawo tu *padaczki*. *Bornsztajn* podziela to zdanie, widzi tu *przewagę* elementu *hysterycznego*. *Matecki* myśli tu o schorzeniu w węzłach podstawnych; odróżnić, co tu *psychopochodne*, a co *nerwicowe*, dość trudno. *Flatau* uważa za *ślusne* ramy pojęcia *padaczki* poszerzyć: i tu jest *lepkosć*, *powolnosć*, *unizynosć* i *pobudliwosć*, *natręctwa* *ruchowe*.—*Środk*i *przeciw*-*padaczkowe* *często* nie pomagają, *naprz.* w *petit mal*.

A. *Krakovski*. **Przypadek niedokrwistości złośliwej pierwotnej z wczesnymi objawami nerwowymi.** (Z oddz. *L. Bregmana*).

*Chora*, l. 38, dawniej poważniej nie chorowała. Obecnie *chora* od 3 lat. *Rozpoczęło* się od uporczywych *parestezyj* w stopach, dopiero po roku wystąpiły objawy natury ogólnej (*osłabienie*, *szybkie męczenie się*, *napadowe bicie serca* oraz *uderzająca bledosć* *twarży*). Na *zasadzie* *morfologicznego* badania krwi lekarz zalecił *chorej* *leczenie* *dietetyczne* *wątrobą*, poczem nastąpiła b. znaczna *poprawa*, nie ustąpiły tylko *parestezje* w stopach, które utrzymują się do dnia *dzisiejszego*. Od kilku tygodni *parestezje* nawet *nasiliły* się aż do *kolan*. W tym też czasie wystąpiło *osłabienie* *kkd.*, tak szybko *narastające*, że trudno było *chodzić*. Z tego powodu zgłosiła się do *szpitala*.—*Chora* *wątłej* *budowy*, o *bladych* *powłokach* *skórnych* i *śluzówkach*. *Nn.* *czaszkowe* *bez* *zmian*. *Kkg.* *normalne*. *Odruchy* *brzuszne* +.

*Kkd.*: *ruchy* *we* *wszyskich* *odcinkach* *ograniczone*. *Napięcie* *mięśniowe* *zmniejszone*. *PR* i *AR* *obustr.* — 0. *Obustr.* *objaw* *Babinskiego*. *B.* *duży* *obustr.* *beźład*. *Zaburzenia* *czucia* *położenia* *na* *palcach* *u* *stóp* i *inne* *rodzaje* *czucia* *zachowane*. *Zwieracze* +. *Płyn* *m-rdz.* +. *Wasser*, *w* *płynie* i *krwi* *ujemny*. *Badanie* *morfolog.* *krwi* *przemawia* *za* *niedokrwistoscią* *złosliwą* *pierwotną*. *Przypadek* *powyższy* *zasługuje*



na uwagę ze względu na zespół objawów nerwowych, które przemawiają za schorzeniem układowem rdzenia przy objawach, pozornie wzajemnie wyłączających się (brak PR i AR przy obustr. objawie Babińskiego). Poza tem uderza tutaj chronologiczny porządek rzeczy, w jakim rozwijały się objawy niedokrwistości oraz objawy rdzeniowe. Parestezje bowiem o rok poprzedziły ogólne objawy niedokrwistości. Kolejny rozwój tych objawów jest zagadnieniem niejasnym, trudnym do rozstrzygnięcia. W świetle nowszych badań wylania się pytanie, czy niedokrwistość złośliwa pierwotna nie jest schorzeniem w pierwszym rzędzie układu nerwowego. Po 3-ie przypadek ten jest jaskrawym dowodem, że leczenie wątrobą nie ma dodatniego wpływu na objawy nerwowe, podczas gdy jej wpływ na układ krwiotwórczy był niewątpliwie dodatni zarówno przed 2-ma laty, jak i obecnie na oddziale.

W rozprawie Goldflam zwraca uwagę na paradoksalność odruchów: B a b. przy hipotonji, bywa i odwrotnie. Higier podkreśla, że przypadki podobne są obecnie coraz częściej spostrzegane. Aby zmiany w rdzeniu miały wystąpić zanim nastąpią tu w krwi, należy w to wątpić. W pochodzenie nerwowe anemji złośliwej trudno wierzyć. Bychowski też wątpi, aby tu objawy nerwowe wyprzedziły inne: po leczeniu dodatniem obj. nerwowych wątrobą w chorobie tej zanik odruchów może pozostać. Mackiewicz uważa, że preparaty żółdkowe dają tu wyniki lepsze. Flatau wskazuje na niesłuszność rozpoznania tu anemji złośliwej, o ile nie ustalono cech znamienych w krwi; w entramon też nie usuwa zmian rdzeniowych. Bregman uważa, że jednak parestezje były tu objawem wcześniejszym, zwykle jest odwrotnie. Hipoteza nerwowego pochodzenia anem. złośliwej jest mało uzasadniona. Krakowski w odpowiedzi, dodaje że niektórzy mówią o wpływie ujemnym wątroby na objawy rdzeniowe.

## **Posiedzenie dnia 14 stycznia r. 1932.**

Przewodniczył Bregman.

### **I. Kipmanowa. Przypadek guza śródpiersia z przejściem na rdzeń. (Z oddz. E. Flataua).**

J. B., l. 29, przybyła po raz pierwszy 27. III. 31. Podaje, że w maju 1930 r. zaczęła jej dokuczać drętwota w l. boku, do której dołączyły się bóle o charakterze pieczenia i palenia w teje okolicy oraz osłabienie nóg. Do l. 32. wykonano 4-o-krotne nakłucia opłucnej; za każdym następnym razem było coraz mniej płynu o barwie herbaty. W grudniu r. 1931 nie mogła już chodzić. W l. 32 wystąpiło znieczulenie od linii sutkowej do stóp, zaburzenia zwieraczy (mocz oddawała 1 raz na dobę). W III. 32 klucie, drętwienie i drżenie nóg.—St. ob.: W płucach stłumienie od grzebienia lew. łopatki do dołu, tu oddech znacznie osłabiony. AbdR — brak. Kkd. maksymalnie na-

pięte: siła ich i ruchy prawie minim. (ruchy palców u stopy lewej i palucha u prawej). PR—b. żywe. AR—kloniczne. Babiński, Rossolimo +++++. Czucie bólu i dotyku, zwł. dotyku, znacznie upośledzone po str. l. od D 6, po str. pr. od D 8. Czucie temp. — zachowane. Czucie głębokie — zmniejszone w palcach u stóp, zaburzone we wszystkich odcinkach. Kręgosłup niebolesny. Wass., Pirq. — ujemne. Pleocytozy nie było. NA +: B=0.25/00. Rtg.: bez zmian w kręgach, zacinienie po str. l. do 1/2 pola płucnego. Lipjodol — opadł całkowicie. Na wysokości 8 i 10 kr. dors. zrobiono nakłucie opłucnej. Otrzymano nieco krwawego płynu z cząstkami stałymi (nie elementy nowotworowe). Rozpoznano tumor mediastini, drążący przez otwory międzykręgowo do kanału kręgowego i uciskający rdzeń. 20.IV 1931 r. operacja: na wysokości 8 kr. grzbiet. stwierdzono masę nowotworową (mięsak), którą usunięto bez otwierania opony twardej. Chciano zrobić oper. dekompresyjną żeber, nie otrzymano jednak zezwolenia chorej. Po operacji zmniejszenie bólów w boku, zaczęła prawidłowo (4 x dz.) oddawać mocz. Za drugim pobytym w szpitalu (w VIII, 32) wykonywała nieznaczne ruchy (do 10°) zgięcia kolan oraz minimalne ruchy palcami stóp obustronnie. Poprawie uległo czucie głębokie (zaburzenia tylko w palcach stóp). Czucie bólu i dotyku zaczęło być wyraźniejsze w kkd. od linii pachwinowej. Przybyła na oddział po raz 3-ci d. 17/XII 32. Poprawa jeszcze wyraźniejsza: chora unosi kkd., zgina oraz rozgina kolana. Ruchy stopą i palców niezłe, rozróżnia dobrze dotyk i ból na kkd. Znaczniejsze osłabienie czucia pozostało w obrębie D 6 — D 10. Czucie głębokie: w palcach po str. l. przy mocnych ruchach rozróżnia kierunek ruchów. Napięcie mięśni nadal cały czas maksymalnie wzmożone.

Goldstein uzupełnia pokaz opisem zabiegu w uspieniu eterowym i ułożeniu chorej na pr. boku: wykonano cięcie ponad wyrostkami ościstymi kręgów 6, 7, 8, 9 i 10 grzbietowego. Po oddzieleniu mięśni, usunięciu wyr. ośc. kleszczami kostnymi, zrobiono otwór elektr. trepanem w łuku 8-go kręgu, potem laminektomem usunięto łuki wszystkich obnażonych kręgów. Wówczas, po osuszeniu rany, spostrzeżono na oponie twardej na wysokości 8 D masy nowotworowe w postaci języka, wychodzącego z lewej strony kręgów. Po usunięciu tego guza w formie języka przecięto korzonek po str. l., rdzeń ostrożnie odsunięto w str. pr. i ostrą łyżeczką wydobyto parę kawałków nowotworu. Opony twardej nie przecinano. Ranę zeszyto 3-prętr. szwem.

W rozprawie Goldstein zaznacza, że guz wraślał do opłucnej. Zamierzano zrobić torakoplastykę (podobno potem prom. Rtg. łatwiej podziałać na ognisko nowotworowe), lecz chora się nie godziła. R o t s t a d t przypomina swoje spostrzeżenie z przed laty 24-cho; podał je w pracy „O leczeniu chirurgicznym nowotworów rdzenia”. Wówczas trzykrotnie wykonano operację, po drugim usunięciu z miejsca ucisku narastających komórek nowotworowych. chory tak znacznie się poprawiał, że chodził czas dłuższy o własnej sile. Guz wciąż drążył jednak z kl. piersiowej do rdzenia; 3-ia operacja nie dała już dodatniego wyniku. Nawroty tu szybko następują, działa też intoksykacja rozpadowa. Higier też to podkreśla. Goldflam wiąże poprawę z usunięciem ucisku i działaniem prom. Rtg. — Bregman uważa, że naśw. pr. Rtg. było tu uż wskazane przed operacją. Torakoplastyka nie byłaby

celowa. W zestawieniach klinicznych i statystycznych należy guzy uciskowe rdzenia tego typu, jak w danym przypadku, wyodrębnić w oddzielną grupę. Kręgi pozostają tu nienaruszone, a masa nowotworowa przenika do kanału przez foramina intervertebralia. Flatau radzi nie tracić czasu i operować, a potem naświetlać. Torakoplastyka miałaby tu na celu spowodować dodatkowe działanie odciążające, a nie szło bynajmniej o lepsze działanie potem naświetlań prom. Rtg. — O ile nie będzie dalszej poprawy, należy jeszcze raz odsłonić rdzeń i usunąć powtórnie masy nowotworowe.

**Krakowski i Symuszkowicz. Przypadek przejściowej ślepoty, prawdopodobnie na tle toksycznym.**  
(Z oddz. L. Bregmana).

Chora, l. 54, była dawniej zdrowa. Na 24 godz. przed zgłoszeniem się na oddział nagle zaniewidziała. Ślepotę poprzedziły bóle głowy oraz zaburzenia żołądkowo-jelitowe w postaci wymiotów i biegunki.

St. ob: Z wyjątkiem ospale oddziaływających na światło źrenic zmian nie stwierdzono. Pozatem źrenice równe, okrągłe, znacznie szerokie. Chora zupełnie ślepa. Kkg. i d. normalne. Krew+, płyn mózgo-rdz. +; Rtg. czaszki+. Objawy ostrego niezytu nerek. Nie było w tym przypadku danych do rozpoznania organicznego schorzenia mózgu, któreby ślepotę tu spowodować mogło. Przeczył temu już sam przebieg choroby. Nagły początek ślepoty, jak również jej szybkie ustąpienie, mogło budzić pewne refleksje w kierunku hysterji. Brak jednak było danych anamestycznych ku temu. Cały natomiast obraz chorobowy z zajęciem żołądka, jelit, ostrym podrażnieniem nerek oraz obustronną ślepotą, przemawiał za tem, że była tu najprawdopodobniej jakaś ogólna intoksykacja.

W rozprawie Higier zaznacza, że dwustronna ślepotą w hysterji—rzecz nie tak rzadka; tu, rozumie się, podłoże toksyczne podziało na nerwy wzrokowe, wzgl. korę mózgową, wywołując spazm naczyń. Niezbyt szerokie źrenice przemawiają tu raczej za angiospazmem korowym. Goldflam uważa to przypuszczenie za słuszne, lecz umiejscawia objawy naczyniokurczowe w siatkówkach (wiatki odczyn źrenic). Flatau mówi o możliwości podłoża infekcyjnego; przypuszczał je też w 1-yim przypadku, spostrzeganym na oddziale ze ślepotą jednostronną bez innych objawów nerwowych. Zandowa myśli raczej o intoksykacji, o neuritis rebrobulbaris. Bregman wiąże podłoże toksyczne z zaburzeniami kiszkiwami, które wyprzedziły tu ślepotę.

**Orliński i Kipmanowa. Przypadek Encephalitis disseminatae (postać poronna).**

W rozprawie Simchowicz podkreśla coraz częstsze przypadki poronne tej choroby. Obj. Rossolimo—tu bardzo ważne znamię. Rtg. — często pomaga. Flatau wymienia błędy rozpoznawcze, które ta postać Encephal

powoduje wciąż jeszcze. Na plan pierwszy występują tu zaburzenia układu współczulnego. Chora przedstawiona ma zespół corneo-mandibularny — znamię to b. ważne w tej chorobie; u normalnego nigdy tego objawu Fl. nie stwierdzał.

**P. Szpilman-Neudingowa. Przypadek zmian kostnych, podobnych do akromegalicznych i puerilizm u gruźlika. (Z oddz. L. Bremana).**

J. G., lat 26, przybył 1-y raz 17.6.31. 13.6.31 uderzono go butem w głowę. Bezpośrednio po urazie kurcze w całym ciele, utrata przytomności na chwilę, poczem wystąpiło porażenie prkk. z zaburzeniami mowy. W Pog. Rat. już zaczął poruszać prkk., szczeg. prkg. Już z Pog. Rat. przy pomocy 2 osób poszedł pieszo do domu. Następnego dnia porażenie było znacznie słabsze. W dzień wypadku i następnego dnia miał zaburzenia urynowania. W IV.32 r. z powodu choroby kręgosłupa leżał parę tygodni w gipsie, miał porażenie kkgd.. W VII.32 upadł znów twarzą na żelazo i złamał kość nosową, którą operacyjnie usunięto. Od dzieciństwa bóle w kręgach szyjnych, napadowe; trwają po kilka dni. Od 19 r. ż.—krwioplucia. Oddawna kaszle, odpluwa mało. Od 3 l. choruje na nerki. Od paru lat dużo pije, w szpitalu wypija  $\pm$  2000 gr. płynu dziennie, niekiedy więcej. Nauki przerwał z powodu choroby. Rodzice i rodzeństwo zdrowe. St. ob.; budowa wątpa, wygląd 16 l. chłopca. Inteligencja +. Szyja krótka—tu stare blizny. Ruchy głową ograniczone. Uwłosienie wokół ust minimalne, na policzkach — meszek, na łonie — typu kobiecego. Genitalia +. W górnej części pleców liczne ciemne plamy barwikowe. Kręgosłóp +. Kkg. długie, sięgają prawie rzepki (5 ctm. powyżej). Nieznaczny niedowład prkg. Dłonie i stopy szerokie, palce b. długie, III paliczki zgrubiałe, zaokrąglone. Paznokcie zegarkowe. Nasady kości długich kkgd. zgrubiałe. Sinica kk. b. znaczna. Paretyczna prk. dolna. Długość przedramienia = 27 ctm., długość ręki od stawu nadgarstkowego do końca III palca = 21 ctm. w prkg., w lew. = 19½ ctm. Długość pr. stopy od pięty do palucha = 29 ctm., lew. = 27 ctm. Podudzie = 40 ctm., udo od linii pachowej do kolana = 35 ctm. Wzrost=145 ctm. Waga 40<sup>700</sup>. Czucie cieplne zaburzone w lew ½ ciała wysepkami i w pr. ½ ciała. Odczyn Wass. ujemny. Płyn bez pleocytozy. NA +. Białka 0,16%. Pirquet +. Mocz: cukru — 0, białka 1%, wałeczki szkliste i ziarniste 1 — 2 w p. w., pojedyncze leukocyty. Płwocina bez laseczników. R-gram płuc i serca bez zmian. W kośćcu dodatkowe żebra szyjne. Koniec przytrzonowy XI pr. kręgu zniekształcony (post fracturam?). Kręgi szyjne zniekształcone ze zwichnięciem pomiędzy C<sub>1</sub>—C<sub>2</sub> i kostnemi zrostami pomiędzy wszystkimi frzonami. Sacralisatio obustr. L<sub>5</sub>. Przystawowe końce kości przedramienia i podudzia rozszerzone. Ośrodkowe końce kości przedramienia i podudzia zgrubiałe wraz z nasadami. Kości długie znacznie powiększone. Czaszka: wieżykowata, duża, o ścięćzających kościach sklepienia, powiększonym i pogłębionem siodle tureckiem. Ogniska odwapnienia kości potylicznej o ostrych konturach.

Na oddziale niedowład prkk. prawie ustąpił. 9.8.31, podczas silnego bólu głowy, doznał b. nieprzyjemnego „jakby ubikacyjnego” zapachu w ustach, bez utraty przytomności lub zamroczenia, jak również nie wymiotował, ani nudności nie miał. 12.9.31 wypisał się. Od 12.XI.31 znów jest na oddziale z powodu bólów kręgosłupa, głowy, niekiedy nudności i nieprzyjemnego zapachu w ustach, a także nieznacznego niedowładu prkg. i trwających zaburzeń urynowania. Obustr. odruchy kolanowe żywe, clonus pedis prawy, lewy odruch ze ścięgna Achil. żywy. Babiński z prawej przy podrażnieniu zewn. brzegu stopy. Brzusze — żywe, jednakowe. Chód +. Nieznaczne zaburzenia czucia cieplnego. Dno oczu i pole widzenia — normalne. Hemi-nopsja — 0. W krwi: Hb 76%. Czerw. c. 3.920.000. B. c. 10.600. Wskaźnik 0,96, Neutr. pałeczkowate 2%, segment. 91%, limf. 3%. Przejść. 4%. W moczu: cukru — 0, Białka 1%, pojedyncze krwinki. Leukocytów 3 — 7 w p. w.. Wałeczki szkliste, i — 2 w p. w. Moczu 1200 — 1400 ctm. na dobę.

Tu na pierwszy plan wysuwają się zmiany kostne kręgosłupa o charakterze gruźliczym z dodatnim odczynem Pirqueta. Już w dzieciństwie chory leżał w gipsie, miał porażenie kk.: od 19 r. — krwioplucia.

Drugą ważną cechą tu zmiany, wywołane zaburzeniami gruczołów wewnątrz-wydzielniczych, (chory jest impotentem). Objawy, wskazane wyżej, przemawiają za schorzeniem przysadki o charakterze akromegalicznym (R — gram rozpoznanie to potwierdza). Wiadomo, że gruczoły dokrewne ulegają zaburzeniom w chorobach infekcyjnych przewlekłych, zwł. w kile i gruźlicy. Dr. Bregman opisał karłowatość przysadkową na tle kily wrodzonej. Możliwe, że i tu również ma związek ściślejszy sprawa przysadkowa z gruźlicą. Że tu istotnie przysadka jest dotknięta, przemawiają za tem rozrost kk. w częściach obwodowych i bóle głowy z nudnościami, oraz zmiany w siedle tureckim, w końcu też pewna polydypsja.

Na specjalną uwagę zasługują jeszcze bóle głowy z uczuciem b. nieprzyjemnym zapachu w ustach po kilka godzin. Zapach taki mógłby ewentualnie powstać również w związku z cierpieniem przysadki, jako następstwo podrażnienia gyrus uncinatus.

## **Posiedzenie dnia 3 marca r. 1932.**

**A. Potok. Przypadek nowotworu mózgu płatu skroniowo-ciemien.-potylicznego.** (Z oddz. L. Bregmana).

Chory, lat 44, kupiec, przebywał na oddziale od dn. 15.I — 4.II i od 10.II—13.II r. b. Przy wstąpieniu na oddział podał, że od 6 tyg. chory jest na stopniowo narastający niedowład lkk., od tygodnia chodzi z trudem. Dawniej bólów głowy nie miał; od 2-eh tyg. od czasu do czasu bóle głowy, szczegól. w pr. skroni. Wymiotów ani nudności nie miał. Wzrok i słuch +. Dawniej nie chorował. Żonaty, żona jeden raz rodziła.

St. o b.: Budowa prawidł., odżywienie dobre. Inteligencja i pamięć +. Mowa nieco niewyraźna, mówi pr. połową ust. Opukiwanie czaszki w okolicy

skroniowo-ciemieniowej po stronie pr. nieco bolesne. Źrenice równe, okrągłe, oddziaływanie +. Odruch rogówkowy ob. zachowany. Czoło marszczy; pr. oko zamyka dobrze, nieco gorzej po str. lew.; lew. fałda nos. warg. w spokoju i przy pokazywaniu zębów wygładzona; język w linii prostej. Lkg. podnosi, lecz niedostatecznie, w łokciu ruchy dobre, kiść opadnięta, ruchy kciścia i palcami b. ograniczone. Odruchy okostnowe i ścięgnowe l. żywsze. Lkd. podnosi i zgina w kolanie niedostatecznie, prostuje dobrze, ruchy stopą i palcami ograniczone. Pkd. — norma. PR. — l. żywszy. AR. — ob. umiarkow. PIR. — lew. areflexia, pr. — flexia z ucieczką. Brzuszne — l. 0, pr. — słabe. Cremaster — l. — 0, pr. — żywe. Czucie dotyku, bólu i ciepła na l. połowie ciała włącznie z twarzą zaburzone, położenia na palcach i stopie lkd. zniesione. Chód hemiparetyczny. Granice tarcz zalarte, naczynia rozszerzone, zmiany po str. pr. większe. Lewostronna hemianopsja. R-gram: duża spłaszczona czaszka, o zgrubiałych kościach sklepienia, z rozszerzonymi kanałami żylnymi. Siodło tureckie ma pośrodku ognisko zwapniałe. Mocz normalny. W płynie m. rdz. +. W ciągu 2 tyg. pobytu w szpit. stan chorego uległ stopniowemu pogorszeniu, porażenie lkk. stało się zupełne, przestał zupełnie chodzić, nie mógł usiąść na łóżku. Bóle głowy, szczeg. w pr. skroni dokuczliwsze i częstsze, od czasu do czasu wymioty szczeg. nad ranem. — Wobec powyższego rozpoznano tu guz mózgu płatu ciemieniowo-potylicznego po str. pr.. Zaproponowano rodzinie zabieg operacyjny (nie zgodzono się, zabrano chorego do domu; po tygodniu przywieziono go z powrotem, zgodzono się na operację). 13.11 przepisany na oddz. chir.; operowany przez Dr. Sołowiejczyka. Założono otwór trepanacyjny wielkości 7 na 8. Po usunięciu kości tylnej trzeciej części otworu opona twarda miała zabarwienie tak zielonkawe, że chirurg myślał zrazu, że jest tu skupienie ropy. Przed otwarciem opony twardej zrobiono punkcje pr. rogu tylnego i wypuszczono 40 cm<sup>3</sup> płynu przezroczystego. Po przecięciu opony w tylnej części pola operacyjnego widoczny był guz o zabarwieniu zielonkawem, nieodgraniczony ostro. Powierzchnią warstwę guza usunięto kawałkami. Krwawienie było stosunkowo małe. Po operacji przytomny, mówił z rodziną, z lekarzem, pytał się, czy wyzdrowieje. Tętno i oddech były normalne. O godz. 5-ej stracił przytomność i po upływie kilku godzin zmarł. — Sekcja mózgu wykazała guz olbrzymich rozmiarów, zajmujący prawie całą pr. półkulę, a sięgający z przodu aż do zwojów czołowych — z tyłu aż do cuneus, dośrodkowo do ciała modzelowatego, w kierunku bocznym aż do kory. Według tablicy Dejerine'a można tu określić wielkość guza linjami przekrojowymi 55—155. Dookoła naczyń krwionośnych widać drobne ogniska tkanki nowotworowej, nietypowej, składającej się przeważnie z komórek owalnych lub podłużnych oraz z luźnej siateczki o charakterze gleju. Poza tem przeważa martwica.

Pokazany przypadek zasługuje na uwagę z różnych względów. Przeważnie zastanawia niewspółmierność między ogólnymi objawami wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego a wielkością guza. Pacjent stosunkowo mało cierpiał z powodu tych objawów, bóle głowy były niewielkie, niekiedy przez kilka dni wcale bólów głowy nie miał, wymiotował rzadko. Następnie zasługują na uwagę nieduże zmiany na dnie oczu (okulista uważał nawet w pierwszym badaniu tarcze za normalne). Następnie zupełnie nie-

wyjaśniona jest przyczyna śmierci wkrótce po zabiegu. Zaraz po operacji chory czuł się względnie dobrze, rozmawiał, nie uskarżał się na nie. Jako przyczyny śmierci wchodzić tu mogą w rachubę: 1) szok operacyjny, 2) zmiany nagłe w układzie naczyniowym i 3) nagła zmiana ciśnienia wewnątrzczaszkowego wskutek wzmoczonego wydzielania płynu mózgowo-rdzeniowego, spowodowanego przez zabieg operacyjny. To ostatnie mogło być główną przyczyną śmierci.

W rozprawie Flatau zastanawia się nad przyczynami śmierci w takich, jak pokazany, przypadkach; gwałtowne odprężenie ucisku w okolicy IV komory może być tu bezpośrednim ciosem. Bregman podkreśla że wciąż brak jeszcze wskazań dokładnych, kiedy należy tylko otworzyć czaszkę, kiedy przeciąć i oponę twardą, a kiedy znów robić operację doszczętną.

### J. Pinczewski. **Przypadek paralysis Landry u dziecka.** (Z oddz. E. Flatau).

Z. M., lat 8. Choroba rozpoczęła się w końcu grudnia r. ub. Początkowo były bóle w łydkach i w udach z tyłu. Z trudem schodził ze schodów, w pokoju chodził z oparciem. W połowie stycznia r. b. zauważono, że również kk. górne osłabły, że palce u dłoni są przygięte. Nie mógł utrzymać łyżki w ręku, karmiono go. Przed przybyciem na oddział przestał zupełnie chodzić. Narzekał na ból w ramionach, gdy go niesiono na ręce. Raz jeden w domu było dwojenie.

St. o b.: Odżywienie mierne, skóra i błony śluzowe bladawe. Narządy wewnętrzne—bez zmian. Tętno 96 na l', miarowe, średnio napięte. Układ nerwowy: Nerwy czaszkowe +. Kk. górne. Po str. prawej unosi nieco gorzej ramię powyżej poziomu. luno ruchy w stawach barkowych i łokciowych z obu stron jednakowe i prawidłowe. Wysiętek mięśniowy nieco osłabiony w stawach nadgarstkowych, zginanie grzbietowe słabsze niż dłoniowe i odbywa się znacznie wolniej. Palce nieco zgięte w stawach międzypaliczkowych. Zginanie palców niedostateczne. Diadochokineza niezgrabna z obu stron. Próba „palec—nos” wykazuje bezład i dysmetrję, większe po str. lewej. Kk. dolne: unoszenie en masse nieznacznie osłabione. Przy- i odwodzenie w stawie biodrowym ograniczone. Zginanie i rozginanie kolan b. słabe. Ruchy skokowe i palców u stóp minimalne. Ból, dotyk, ciepło i zimno czuje dobrze, percepcje kinestetyczne w palcach stóp zniesione. Odruchy: Pr i Per—O z obu stron. Mayer + obustr., Abd.—O z obu stron. Cr. +, PR i AR—O z obu str. Podeszwowe — arefleksja obustr.. Rossolimo z obu +. Bolesność pni nerwowych i mięśni. Mocz i stolec — oddaje prawidłowo. Chodzić nie może, ani unieść się. W czasie pobytu w szpitalu—pogorszenie wszystkich objawów. W kk. górnych wystąpiły zaburzenia percepcji kinestetycznych w palcach u dłoni.

Płyn mzg.-rdz. klarowny, bezbarwny: NA +++: Białka — 0,5%o 2 limt., 2 neutr. Zmiany ilościowe elektryczne w mięśniach i nerwach kk. górnych

niezbyt znacznego stopnia. W mięśniach kk. dolnych oraz nerwie strzałkowym brak oddziaływania na prąd faryadyczny, (z wyjątkiem m. quadriceps femoris pr.) oraz duże zmiany ilościowe przy drażnieniu prądem stałym (do 20 amp.;  $K > A.$ , skurcz szybki). Podkreślić tu należy postępujący charakter cierpienia: początkowo dotknęło ono kk. dolnych w szybkim tempie — górnych, przyczem przelotnie zajęty był również i n. okoruchowy, wzgl. jądro tego nerwu lub też n. odwodzący (trudno rozstrzygnąć, który z tych nerwów, gdyż wniosek ten opiera się wyłącznie na wywiadach). Tego rodzaju przebieg cechuje paralysis Landry. W typowych przypadkach schorzenie ogarnia również nerwy opuszki i szybko prowadzi do zejścia śmiertelnego. Tu ma się podostry przypadek o wzgl. łagodnym przebiegu. Pamiętać też trzeba, że paralysis Landry w świetle nowoczesnych poglądów traktować należy jako zespół chorobowy.

W rozprawie Higier rozpoznaje tu zapalenie mnogie nerwów. Flatau uważa to cierpienie za ośrodkowe. (diplopia, zmiany w pł. mzg.-rdzeniowym, obj. Rossol i n. inne). Bregman wymienia swoje spostrzeżenia z przed kilku tygodni z wynikiem dodatnim leczenia: paral. Landry występuje pod rozmaitemi postaciami klinicznymi.

### A. Krakowski. **Przypadek jamistości rdzenia.** (Z oddz. L. Bregmana).

Chora l. 22. Do 10 roku życia była zdrowa; od tego czasu bóle głowy, bez nudności i wymiotów. Obecna choroba od 18 roku życia; zaczęło się od bólów w tułowiu, kkg. i kkd. Prawie równocześnie z bólami wystąpiło osłabienie pkk. i zaburzenia urynowania. Od dzieciństwa słabiej odczuwa zimno i ciepło po stronie lewej. St. ob.: węższa źrenica i szpara oczna po stronie prawej. Nerwy czaszkowe +.

Pkk.: daleko posunięty zanik mięśni, większy w pkg.. Napięcie mięśniowe tu wzmożone, ruchy czynne i bierne ograniczone. Odruchy wzmożone. Prawostronny obj. Babińskiego i Rossolimo. Zaburzenia czucia głębokiego w palcach u pr. ręki i stopy: inne rodzaje czucia +.

Brak odruchów brzusznych. Kyp h o s c i o s i s piersiowej części kręgosłupa. Lwk. k. prawidłowe; na przedramieniu blizna po oparzeniu i residua po panaritium na paluchu lew. ręki. Na lkk., l.  $\frac{1}{2}$  tułowia i na szyi po tejże stronie zniesione czucie na ból i temperaturę. Płyn m. - rdz., krew i mocza +.

Zasługuje tu na wyróżnienie to, że zaniki ograniczają się tutaj do prk.k., gdy rozszczepienie czucia stwierdzamy po stronie przeciwnej. Zanikiem dotknięte są najbardziej odcinki dośrodkowe, a nie, jak to zwykle, części obwodowe. Niezmiernie charakterystycznym i rzadko spotykanym jest ułożenie palców pr. ręki (wskaziciela i palucha) w postaci main en pince. W tym przypadku łączą się w sposób, pozornie wyłączający się, objawy zająęcia 1-go i 2-go neuronu. Obok daleko posuniętych zaników mięśniowych



stwierdza się żywe odruchy patolog. (Babiński i Rossolimo). Obraz objawów w tym przypadku zbliżony jest do zespołu Brown-Sequarda. Uporczywe bóle, które dominują w obrazie chorobowym, wyodrębniają tę postać w formie syringomyelji bolowej

W rozprawie Higier wymienia różne nietypowe postaci jamistości rdzenia; syringomyelia dolorosa to dość znana odmiana. Flatau widział takie przypadki, trudne do rozpoznania za życia chorych. Bychowski mówi o niezwyklej długotrwałości niekiedy syringomyelji. Operacja Poussepa tu nie jest wskazana. Bregman sądzi, że tu jama zajmuje cały róg tylny rdzenia; podkreśla też tu zespół Brown-Sequard'a. Jedno ognisko w szyjnej części z trudem tłumaczyłoby zaniki jednostronne i na k. dolnej.

### **Posiedzenie dnia 7 kwietnia r. 1932.**

Przewodniczył Bregman.

**A. Potok. Przyp. rozległych zrostów i przerwania przewodnictwa rdzeniowego w następstwie nagminnego zapalenia opon mózgowych.** (Z oddz. L. Bregmana)

Chory, lat 32; w 1928 r. w wojsku zachorował na zapalenie opon mózgowych. W szpitalu w Kołomyi otrzymał łącznie 40—50 flakonów surowicy dołędźwiowo. Po 6 tyg. wstał, chodził jednak źle. W ciągu następnych tyg. chód pogarszał się. Wystąpiły też zaburzenia w urynowaniu, bóle w plecach. W IV.29 zastrzyk (w Szpit. Ujazdowskim w Warszawie) lipjodolu górnego i dolnego; był operowany, zrosty usunięto. Po operacji chodził, lecz nadal z trudem i coraz gorzej. Od roku nie chodzi. Zaburzenia w urynowaniu trwają.

St. o b.: Budowa, narządy wewnętrzne, nn. czaszkowe, kkg.—normalne, Kkd. — ruchy we wszystkich odcinkach zniesione. Napięcie mięśni b. wzmożone. PR. b. żywe. AR — kloniczne, Babiński pr. +, Rossolimo ob. ++. Clonus pedis ob. +. Brzuszne ob. — 0. Nosidłowe — wyczerpują się szybko. Kręgosłup: niebolesny, w linii środkowej podłużna blizna od D<sub>2</sub> — D<sub>6</sub>. Czucie położenia na palcach kkd. zniesione, pozostałe czucie zaburzone aż do sutek, z tyłu aż do grzebienia łopatek. Mocz +; płyn mózg.-rdzeniowy bez pleocytozy, B. 3%, NA +++ R-gram kręgosłupa: Usunięte są łuki kręgów D<sub>2</sub>—D<sub>6</sub>; część lipjodolu górnego, 2 lata temu zastrzyknięta, zaczepowana jest na wysokości D<sub>5</sub>—w kształcie odwróconego stożka, odciętego po str. lew. (przeszkoda), po str. pr. od stożka odchodzi smuga lipjodolu długości 2-ch trzonów. W obrębie szyjnych i górnych piersiowych kręgów duże i mniejsze krople wzdłuż korzonków; dolny lipjodol ułożony w kształcie smug w kanale wzdłuż korzeni od górnego lędźwiowego wdół. — Na oddziale po ± 5 miesiącach stan, zrazu bez zmiany, ulega pogorszeniu. Pozostaje jedynie powtórny zabieg chirurgiczny, gdyż leczenie wszelkie konserwatywne wyników nie daje.

W rozprawie Flatau przypomina przyp. meningomyelitis epid. (i tu

tak pewnie było), opisany przez Wł. Sterlinga. W płynie mózg.-rdzeniowym były i tam znamiona uciskowe, lecz działają tu nie zrosty tylko. Wybór terapii jest. b. trudny: diatermia, Rtg., wpuszczanie powietrza, operacja. Tu trzeba odstąpić D<sub>5</sub>, gdzie lipiodol zatrzymał się en bloc. Higier, Simchowicz zastanawiają się nad możliwością w danym przypadku innej infekcji, a nie men. crbro-spin. epidemica. Zandowa mówi o zrostach częstych w men. crbro-spinalis w cauda equina. Goldflam uważa zrostowe objawy rdzeniowe pozapalne za dość częste, wynik nowej operacji tu byłby wątpliwy. Mackiewicz nie widzi tu dość ścisłej lokalizacji ucisku; możeby zbadać tę sprawę jeszcze nakłuciami płętrowymi. Bregman uważa, że tu niema znamion meningo-myelit'is.

**Szpilman - Neudingowa. Łagodna postać nagminnego zapalenia opon mózgowych.** (Z oddz. L. Bregmana).

B. Sz., lat 29, przybył 18.3.32. Podaje, że przed 3 dniami nagle dostał silnych bólów głowy w potylicy, wymiotów i wysokiej temperatury. St. o b.: przytomny, temp. 38,2°. Sztywność karku, Kernig. Wyprysk na nosie, wargach, podbródku. Płyn m.-rdzen. mętny, pod wzmocnionem ciśnieniem, zawierał 618 limfoc., 352 Neutrof., NA + B. 0,16%. W posiewie meningokoki. Wasser. ujemny. Zastrzyknięto 2 flakony surowicy meningokokowej wieloważnej. Już następnego dnia znaczna poprawa: t. 37°, sztywność karku słabsza, bóle głowy nieznaczne. Po 2 dniach sztywność karku, bóle głowy znikły, temp. 36,6°. Powtórne nakłucie wykazało płyn m.-rdzen. lekko opalizujący, ciśnienie wzmoczone. 66 limfocyt. 16 Neutr. B. 0,25%. 27.III.32, chory w stanie dobrym, pomimo ostrzeżeń, na własne żądanie został wypisany. Pod względem rozpoznawczym tu trudności żadnych nie było. Na uwagę zasługuje obraz cytologiczny płynu m.-rdzen. z I-go nakłucia, w ostrym okresie choroby, w 3 dniu rozpoczęcia się jej, zawierał: 618 limfoc., 352 neutr. i meningokoki, z drugiego zaś nakłucia po zastosowaniu tylko 2 flakonów surowicy płyn zawierał już tylko 66 limfoc., 16 Neutr.; również zasługuje tu na uwagę szybkość wyleczenia tego przypadku.

Wiadomo, że w początkowym okresie nagminnego zapalenia opon mózgow. komórki, zawarte w płynie, są wyłącznie lub przeważnie wielojądrowe, limfocytoza zaś zjawia się dopiero w okresie późniejszym, przyczem stosunek limfocytów do wielojądrowych zmienia się coraz bardziej na korzyść limfocytów tak, że w końcu widzi się już prawie czystą limfocytozę. Niekiedy w przypadkach o przebiegu pomyślnym, na co kładzie nacisk w pracy swej Rotstadt, zmiana powyższa następuje szybko i można już ją stwierdzić w 2-iem próbnem nakłuciu. Natomiast R. nie spostrzegął dotąd jeszcze takiego przypadku, w którym już przy I-em nakłuciu płyn m.-rdzen zawierałby tak znaczną przewagę limfocytów. Okoliczność ta zasługuje tu na uwagę, gdyż niewątpliwie było tu zapalenie nagminne meningokokowe, co posiew potwierdził. N. wspomina o tem

dlatego, że ostatnio u nas i zagranicą spostrzegano przypadki z obrazem ciężkiego zapalenia opon i dużą limfocytozą w płynie, lecz z ujemnym wynikiem badania bakteriologicznego. Prawdopodobnie takie przypadki miała na myśli Z and o w a w swojej monografji, pisząc o nietypowej postaci drętwnicy karku. w której płyn wykazuje przewagę limfocytów nad komórkami wielojądrzastymi albo nawet wyłącznie limfocytozę, zaznaczając, że płyn jest przezroczysty i drobnoustrojów nie zawiera. Natomiast u naszego chorego płyn jest mętny i zawierał meningokoki. O łagodnym charakterze zapalenia świadczy tu przebieg sprawy, gdyż już po jednym zastrzyknięciu surowicy temperatura spadła, samopoczucie poprawiło się i chory w ciągu paru dni powrócił do zdrowia i, wbrew naszym wskazówkom, zaczął pracować.

### **Posiedzenie dnia 12 maja r. 1932.**

Przewodniczył B r e g m a n.

A. P o t o k. **Przypadek guza podstawy mózgu z drugim ogniskiem w rdzeniu.** (Z oddz. L. Bregmana).

Lat 26; chory 6-ty rok. Rozpoczęło się stopniowo od sensacyj napadowych w nosie w postaci kręcenia i „ciągnięcia” szczegól. po str. pr.. Stan ten trwał przez kilka lat. Następnie dołączyły się b. silne bóle głowy w czole po str. pr., wymioty i nudności. Od kilku tyg. kilka napadów dziennie. Rozpoczyna się od uczucia „kręcenia i ściągania” w nosie, równocześnie występują silne bóle głowy, szczeg. w czole, niekiedy traci przytomność i wymiotuje. Po wymiotach wraca stan normalny. Od kilku tyg. zmiana mowy—nie wyrażna, ust otworzyć nie może, ma „jakby maskę przed oczyma”. Od tyg. zatrzymanie moczu, parestezje i drętwienie w okolicy pośladków i krzyża. Z powodu sensacyj nosowych przed 2 laty wyprostowanie operacyjne przegrody nosa.

St. ob.: Przytomny, zorientowany. T<sup>o</sup> podgorączkowa. Tętno 56 min., tony serca czyste. Opukiwanie czaszki nieco bolesne, zwł. w cz. czołowej i potylicznej. Sztwywność karku. Ruchy gałek ocznych nie dochodzą do kątów zewnętrznych, pozatem norma. Ny — o dużej amplitudzie, niewyczerpujący się. Żrenice +. Odruch rogówkowy po str. pr. nieco słabszy. Lagophtalmus po str. pr.. Obustronne porażenie n. facialis; język zbacza na lewo. Kkdg. +. PR i AR +. Chód dobry. Czucie cieplne na pośladkach, u odbytu i na mosznie, częściowo na członku, zniesione; czucie dotyku i bólu obniżone, pozatem wszędzie zachowane. Granice tarcz zatarte, naczynia rozszerzone, liczne wybroczynki. Visus  $\frac{5}{10}$ . Pole widzenia +. Nos — śluzówka suchawa, pozatem norma. Krew i płyn mózg.-rdz. +. R.gram czaszki: w obrębie szwu potylicznego ogniskowe odwapnienie kości potylicznej wielkości 1-złotówki. WaR — ujemny. Od 2-ch mies. znajduje się na oddziale. Obecnie okres poprawy, napady są o wiele słabsze i krótsze, niekiedy przez kilka dni wcale napadów nie ma. Porażenie l. N VII ustąpiło zupełnie. Drętwienie w okolicy krzyżowej również mniejsze, zaburzenia w urynowowaniu ustąpiły. Leczenie z początku swoiste, później serje naświetlań prom. X czaszki i okolicy krzyża. Od tego czasu datuje się poprawa. Napadowe bóle głowy i wymioty,

porażenie nn. twarzowych, stałe natężenie całego obrazu chorobowego i wreszcie zmiany na dnie oczu wskazują na cierpienie rozwijające się wolno, lecz powiększające się stale u podstawy czaszki, najprawdopodobniej na guz o przebiegu łagodnym w samym moście lub też poza mostem, u podstawy po str. prawej, a uciskający również na I. nerw twarzowy. Natomiast zaburzenia w urywaniu i zaburzenia zucia w okolicy anus wskazują na drugie ognisko w okolicy ogona końskiego.

### **P. Szpilman - Neudingowa. Przypadek urazu głowy z objawami żrenicowemi. (Z oddz. L Bregmana).**

P. Ks., lat 41, przybył 18.4.32. Przy pracy 7.4.32 spadła mu na głowę deska z wysokości 2 pięter. Upadł na tył głowy, tracąc zrazu przytomność. Współpracownicy zaprowadzili go do ambul. K. Ch., po drodze wymiotował krwią i krwawił z nosa. Leżał 5 dni, miał mdłości, parę razy wymiotował, miał bóle i zawroty głowy. Przytem występował ból głowy w czole. Obecnie bóle i zawroty głowy minimalne. Żonaty, 3 dzieci.

St. o. b.: Bolesność czaszki z opuku. W środkowej linii okolicy ciemieniowej ku tyłowi lekkie wgłębienie, obrzęk skóry. Macaniem uszkodzenia kości nie stwierdzono. Żrenica prawa szeroka, okrągła. Na światło nie reaguje, na przystosowanie: pr. — słabo, lewa — nie reaguje. Pr. tarcza o granicach dość ostrych z wyjątkiem skroniowego odcinka. Zabarwienie tarczy różowe. Nazewnątrz od tarczy barwikowe ognisko, najprawdopodobniej po przebyłym krwotoku. Żyły nieco rozszerzone. Tarcza lewa — normalna. Visus o. d.  $\frac{5}{12}$ , o. s.  $\frac{5}{6}$ . Powtórne badanie dna oczu po 9 dniach (29.4) wykazało: tarcze o zabarwieniu i granicach prawidłowych. Żyły nieco rozszerzone. Visus obustr.  $\frac{5}{10}$ . Pole widzenia ograniczone. R-gram czaszki wykazał w części ciemieniowej blisko sklepienia, gdzie jest ubytek, przerwę w ciągłości wewnętrznej blaszki a także i ognisko wapienne(?). Płyn m.-rdzen. przezroczysty, pod słabym ciśnieniem, bez pleocytozy. NA — B. 0.16<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Odczyn Takata. Ary., Wassermana —. Po 2 tyg. pobytu na oddziale stwierdza się słabe oddziaływanie prawej żrenicy na światło, lewej — 0, na przystosowanie pr. — reaguje słabo, lewa — minimalnie. Tu na szczególną uwagę zasługuje brak oddziaływania żrenic, nastąpiło to po ciężkim urazie głowy z wstrząsem mózgu, utratą przytomności, wymiotami w ciągu kilku dni i bólami głowy. Obecnie pozostały: 1) pęknięcie blaszki wewnętrznej pokrywy mózgowej z obrzękiem tkanek, lekkie zagłębienie w czaszce, obecnie bolesne, 2) zmiany na dnie praw. oka: wybroczyna, 3) zaburzenia żreniczne a) nierówność (prawa szersza), b) nieprawidłowość kształtu lewej żrenicy i c) zaburzenia w oddziaływaniu: brak zupełny oddziaływania na światło obustr., brak na przystosowanie lewej żrenicy i b. słabe — prawej. Ponieważ uraz był b. ciężki, należy przypuścić, że i wspomniane objawy żreniczne powstały wskutek podziałania urazu na odnośne ośrodki w odnogach mózgowych czyto w postaci drobnych krwotoków w tej okolicy, czy też w postaci zmian degeneracyjnych w następstwie wstrząsów molekularnych. W ciągu parutygodniowej obserwacji szpitalnej nastąpiła

pewna poprawa, która wskazuje, że odnośne ośrodki nie zostały całkowicie zniszczone.

W rozprawie brali udział Herman, Goldflam i Bregman.

### **Posiedzenie dnia 30 marca r. 1933.**

Przewodniczył Bregman

**Birenbaum. Przewlekła sprawa rdzeniowa (przypadek do rozpoznania).** (Z oddz. L. Bregmana).

Chora lat 37. Rozpoczęło się przed 8 laty od silnych bólów brzucha, trwały zrazu parę godzin. Po paru miesiącach napad się powtórzył. by następnie zdarzać się coraz częściej. Skierowana na oddział wewn., przeleżała 7 miesięcy. Tu stwierdzono gruczoły w jamie brzusznej, stosowano lampę kwarcową, ale bez efektu. W tym też czasie wystąpiły bóle krzyża, zrazu o małym nasileniu. Bóle te promieniowały do kk. dolnych. Jeszcze przed tem spostrzegła, że jej trudno oddawać mocz (raz na 2—3 dni). W 1928 na oddz. nerwowym stwierdzono paraparezę spastyczną kk. dolne (PR były wzmoczone AR też, Babiński +, chód spastyczny). Zastosowano kurację swoistą ze względu na objawy, przemawiające za sprawą kiłową (nieruchomość zwrotna źrenic, nos jakby siodełkowy. Wass. był ujemny). Zaburzenia czucia, które już poprzednio wystąpiły, coraz wzrastały (z przodu do wysokości łuku żebrowego, z tyłu do połowy łopatek). Bolesne kręgi od D5 w dół. Lipjodol górny dał wynik ujemny. Po 3-miesięcznym pobycie w szp. poprawa: lepszy chód, bóle mniejsze. Przez blisko 2 lata była potem w domu. W 30 r. ponownie przyjęto ją na oddział. Obiektywnie spastyczna parapareza dolna z zaburzeniami moczu, źrenice nierówne, bez reakcji. Silne bóle krzyża. 3 miesiące w szpitalu, otrzymała kurację swoistą. Wass. w d. ciągu ujemny. Poprawa; wróciła do domu. Przed 2 laty ponownie przyjęta na oddz. wewnątrz., leczono jej sprawę żołądkową. Wypisana z rozpozn. gastritis chronica. Następnie przyjęta na oddz. dr. Sołowiejczyka, tu otrzymała gorset, a później łożeczko gipsowe (12 tygodn.). Przed zastosowaniem łożeczka gips. wykonano też tenotomię (adduktory). Przez 1½ roku nieźle czuła się. Bóle trwały (opasujące od krzyża do pępka). 1. II 33 po miesięcznym pobycie na oddz. wewn. przybyła na oddział dr. Bregmana z gwałtownymi bólami krzyża i brzucha, głowy, spastyczną paraplegją kk. dolnych, stopą szpotawo-końską; nie chodziła, przy każdym poruszeniu—gwałtowne bóle.

Chora miała 7-ro rodzeństwa — w tem 5-ro głuchoniemych (złe mówią, b. słabo słyszą). 3-je zmarło, w tem jedna siostra na tbc, płuc. Mowa chorej nosowa, od urodzenia intelig. upośledzona; do niczego nie była zdolna, niczego nie mogła nauczyć się; nie pisze, nie czyta, była „dziwka“, „kaleka od urodzenia“, często padała. Menses od 15 lat, co 2 tyg. Przez 3 lata nie miała menses zupełnie. Ch. ma od urodzenia 4 i 5 palec ręki lewej w stanie przykurczu (u matki 5 palec ręki w stanie takiego samego przykurczu).

Stan obecny: skrzywienie boczne i ku przodowi piersiowych i lędźwiowych kręgow, siodełkowy nos i zniekształcona stopa. Skóra blada.

Miejscami większe nagromadzenie barwika, miejscami odbarwienia. Śluzówki blade. Jama brzuszna bolesna przy macaniu, głębiej: ze badanie utrudnione na skutek gwałtownych bólów. Okolica czołowa czaszki bolesna przy opukiwaniu. Źrenice nierówne, pr. szersza. Reakcja na światło zniesiona, na akomodację osłabiona. Tarcze nieco blade, ostro się odcinające. Pojedyncze boczne ruchy oczopląsowe. Kk. górne osłabione, diadochokinesis niezborna, powolna. Abd.R. brak. Kk. dolne: siła minimalna w odcinkach dystalnych, w proksymalnych — 0. Unoszenie możliwe o parę ctm. ponad posłanie. Ruchy palców stop znacznie ograniczone. Zginania kolana bolesne, napięcie wzmożone. PR — polikiinet, obustr. clonus patellae, AR — (tenotomia) Podesz. areflexia (dawniej Babiński). Zaburzenia czucia bólu, dotyku, t<sup>o</sup> — z przodu mniej więcej do proc. xyphoideus, chociaż i wyżej ch. się myli, z tyłu do 1/2 łopatki; obwodowe zaburzenia czucia wyraźniejsze, również na kończ. górnych są zaburzenia czucia większe po str. lewej. Zmiany ilościowe elektr. obustronnie (kk. dolne). Stać nie potrafi, podtrzymywana posuwa nogi powoli, nie unosząc stóp. Płyn bez zmian. Wass. ujemny, Lange dodatni (typ kiłowy). Mocz: od 5 — 12 leukocytów. Pyosalpinx chronica (?). Lipjodol z wynikiem ujemnym—. Z jaką sprawą chorobową ma się tu do czynienia? W pierwszym rzędzie lues cerebr-spinalis, z przewagą objawów rdzeniowych, bez prawidłowości w występowaniu objawów (cecha znamienna sprawy kiłowej), z remisją. Znamiona zwyrodnienia każą myśleć o kile dziedzicznej. Przeciwko kile przemawia ujemny wynik badań płynu i brak poprawy po swoistej kuracji. Można też myśleć tu o ch. Friedreicha: stopa zniekształcona, ataxia, młody wiek, powolny rozwój, zaburzenia mowy (powolna, niewyraźna), zniekształcenie kręgosłupa, a przeciwko: wzmożone odruchy (we Fr. mogą być bóle (b. rzadko remisje).

W rozprawie Higier uważa tu zespół za lues spinalis hereditaria. Sterling zaznacza, że heredo-lues niema, a jest lues congenita. Jest tu najprawdopodobniej kila wrodzona, nie jako proces czynny, lecz działający degeneracyjnie na szlaki boczne i tylne. Biro dodaje, że białe plamy, o których wspomniał prelegent, wiążą dziś z zaburzeniami wewnątrzwydzielniczymi. Piwko przypomina, że pokazywał tę chorą przed 2-ma laty, jako mającą skłonność do powstania spodylolisthesis. Gorset, który wówczas nałożył chorej, poprawił jej stan (trwało tak 2 lata). Rotstadt twierdzi, że brak odczynów w pł. mózgowo-rdzeniowym nie przemawia przeciw kile. Pleocytoza jest tylko odbiciem sprawy tej lub innej w oponach; tu jej nie ma, to też należy wyłączyć sprawę oponową. Bregman myśli tu o sprawie degeneracyjnej wrodzonej (chor. Friedreicha albo lues spinalis). Opiswane przyp. Friedreicha z bólami; brak zmian w płynie wyłącza przypuszczenie przyczyny oponowej. Birenbaum sądzi jednak, że bóle tu są oponowego pochodzenia.

### E. Herman. **Przypadek przewlekłego poprzecznego zapalenia rdzenia.** (Z oddz. Wł. Sterlinga).

Chora Polt. Ch. (N. 2177/76), l. 44, przybyła na oddział po raz pierwszy 23.VI.1932 r. Męzatka, ma 3-je zdrowych dzieci. 2 poronienia

sztuczne. Zapalenie płuc przed 15 laty. Zachorowała na początku czerwca 1932 r. Zjawiły się bóle w krzyżu, ciągnące się wzdłuż prawej  $\frac{1}{2}$  pleców ku górze oraz wdół do bocznej powierzchni pośladka prawego, o charakterze kłującym, bez opasywania. W ciągu następnych 2 tyg. ogólne osłabienie i lekkie kk., zwł. lewej dolnej. Chodziła jednak, pracowała. Bóle powtarzały się. Po 2 tyg. bóle kłujące w mostku, przechodzące pomiędzy łopatki. Od 21.VI zatrzymanie moczu i stolca. Nazajutrz (22.VI) całkowity bezwład kończyn dolnych tak, iż nie mogła już wstać. Miesiączka od 16 r. z. regularnie; od zimy 1931 r. perjody co 2 tyg. w ciągu 3 m., potem regularne. Ojciec chorej cierpiał na płuca, miewał krwioplucie. St. ob.: wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienia miernego: t<sup>0</sup> do 39, tetno 110. Układ nerwowy: przy przechyleniu głowy ku przodowi lekk. opór, z bólem, w postaci prądu przeważnie w l. k. d., czasami w obu. Żrenice, dno +. Oczopląs boczny, zwł. w prawo. Próba kaloryczna słabo dodatnia. Zespół podbródkowy Flataua dodatni. Inne n. n. czaszkowe bez zmian. Kończyny górne bez zmian. Odruchy okostnowe i ścięguowe z kkg. umiarkowane. Rossolimo g., Jakobsohn + obustronnie. Abd. — 0. Kończyny dolne porażone: ruchy, siła, napięcie 0. Czucie dotykowe, bólowe, ciepłikowe zniesione do pępka (D 10). Czucie głębokie zaburzone we wszystkich stawach. Odruchy PR i AR — 0, podeszwowe minimalne zgięcie; obj. Babińskiego i Rossolimo niema. Kręgosłup konfiguracji prawidłowej, bolesny w okolicy dolnogrzbietowej i lędźwiowej. Na zdjęciu kręgó w mosty kostne między L<sub>2</sub> i L<sub>3</sub>. 29.VI. P. L. płyn klarowny, ciśnienie mierne, N. A. białka 0,2%, 5 limf. w 1 mm. Wass. — 0. 2.VII. lipjodol podpotylicznie, wszystko opadło do worka twardówkowego. Od 6.VII do 14.VII naświetlano Kt g. rdzeń. Stan chorej niepomysłny: głęboka i rozległa odleżyna w okolicy kości krzyżowej. Ciepłota do 39, dreszcze. W tym stanie wypisana na żądanie rodziny 27.VII ub. r. Po raz drugi przybyła 14.II.1933 r. W domu leczona przez chirurga. Po kilku miesiącach zagojenie, lecz niecałkowite. Kk. dolne nadal porażone, mocz i stolec oddawała bezwiednie. St. ob.: nieznaczna, dość głęboko drążąca odleżyna w okolicy kości ogonowej. T. podgorączkowa. Tętno 100. Żrenice, dno oczu — prawidłowe. Wzrok — 1.0, bez mroczków. Oczopląs drobny, boczny, w prawo wyraźniejszy, szybko wyczerpujący się po ustaleniu gałek w ustawieniu bocznym. Próba kaloryczna słabo dodatnia. Zespół podbródkowy Flataua zaznaczony. Kk. g. bez zmian. Odr. per. wzmoczone obustronnie Jakobsohn; Tr. żywe. Sterling +. Abd. g. l. +, pr. — środkowych i dolnych brak. Porażenie wiotkie kk. dolnych. Czucie dotyku bólowe, ciepłikowe zniesione do wysokości pępka (D<sub>10</sub>), czucie głębokie zniesione we wszystkich stawach z wyjątkiem biodrowych. Pas przeczulicy nad granicą znieczulenia. Odr. PR i AR — 0. Babiński po prawej zaznaczony, po lewej niepewny. Rossolimo niepewny po lewej. Brak odruchów obronnych, zarówno sposobem Babińskiego, jak i Pierre-Marie'go. Zdjęcie kontrolne kręgosłupa wykazało obraz, jak poprzednio. Lipjodol, zastrzyknięty powtórnie podpotylicznie, opadł do worka twardówkowego; w 15 min. po zastrzyknięciu liczne kropelki wzdłuż całego kręgosłupa.

Jeśli więc wziąć pod uwagę, że dane metamery unerwione są przez kilka korzeni z sąsiednich odcinków rdzenia, to na zasadzie górnej granicy

znieczulenia wypadła umiejscowić ognisko chorobowe tu na wysokości  $D_7$ — $D_8$ , a więc daleko wyżej obrzmienia lędźwiowego. Uszkodzenia zaś rdzenia częściowe na tej wysokości, pomijając okres wczesny, winny dawać bezwład kurczowy. Wybitne porażenie wiotkie w przypadku naszym z całkowitem zniesieniem czucia i odruchów z kk. dolnych, z porażeniem zupełnym zwieraczy, świadczą, iż zachodzi tu czynnościowa przerwa rdzenia w myśl prawa Bastiana. Za przerwą zupełną przemawia również głęboka odleżyna oraz brak wszelkich parestezji i bólów w kk. dolnych, które zwykle niecałkowitej przerwie towarzyszą. Pas przeczulicy ponad granicą znieczulenia nie przeczy przerwie zupełnej (czynnościowej). Wiadomo, że nawet w przypadkach anatomicznego przecięcia rdzenia spostrzega się podobny pas przeczulicy. H. nie utrzymuje bynajmniej, że istnieje tu całkowita przerwa anatomiczna, gdyż nie ma tu dołąd żadnych cech niewątpliwych, któreby taką przerwę w sensie anatomicznym pozwalały ustalić, tembardziej że znane są spostrzeżenia (jak np. Kauscha), gdzie, mimo zupełnej przerwy rdzenia piersiowego, odruchy nie tylko były zachowane, lecz nawet wzmożone. Zjawienie się więc w dalszym przebiegu odruchów patologicznych w przypadku naszym nie może świadczyć o przerwie jedynie czynnościowej, za czem przemawia znowu *ceteris paribus* gojenie się odleżyny. W każdym bądź razie utrzymujące się przez 10 m. poprzeczne porażenie wiotkie, przy umiejscowieniu ogniska na wysokości  $D_8$ , świadczy jeśli nie o anatomicznej, to przynajmniej o całkowitej przerwie czynnościowej rdzenia piersiowego.

Zachodzi teraz pytanie z jaką sprawą chorobową ma się tu do czynienia? Sprawę kręgową, ze względu na brak zarówno objawów klinicznych, jak i rentgenologicznych ze strony kręgow, możemy wyłączyć. Ciężkość obrazu klinicznego nasuwa w pierwszym rzędzie na myśl guz zewnątrz lub wewnątrz rdzeniowy. Krótki bo 3-tygodniowy, okres bólowy nie przeczy tej możliwości, zwł. jeśli chodzi o guzy wewnątrzrdzeniowe. Przeciw rozpoznaniu guza rdzenia przemawia brak wszelkich cech uciskowych ze strony płynu m. rdz. i ujemny wynik próby lipjodolowej zarówno na początku choroby, jak i po 10 miesięcznym trwaniu całkowitego bezwładu wiotkiego. Wypada jednak zaznaczyć tutaj dobitnie, na co słusznie zwraca uwagę prof. Orzechowski, że zespół uciskowy w przypadkach ucisku rdzenia od przodu wogóle nie istnieje albo jest niezupełny. Dotyczy to zarówno objawu Sicard-Froina, jak i lipjodolu, który opada do worka końcowego. Tembardziej dotyczy to guzów śródrzeniowych. Orzechowski podaje następującą symptomatologję zespołu uciskowego przedniego: zniesienie czucia poniżej poziomu ucisku dotyczy głównie cieplnego i bólowego; i w obszarach tych chorzy doznają często parestezji ciała, obok zwykłych oraz sensacji kaulgicznych. Zaburzenia oddawania moczu i stolca są rzadkie. Zespół ten, w którym uderza mnogość parestezji sznurowych, obok braku mechanicznych i chemicznych objawów bloku pajęczynkowego, stanowi zespół kompresyjny przedni". (Neurologja Polska, tom XV, str. ).

Wybitne zaburzenia ze strony zwieraczy, znieczulenie na wszystkie rodzaje czucia, bez parestezji sznurowych oraz kaulgij, pozwala



wyłączyć tu guz przednioboczny. Brak rozszerzania się objawów podrażnieniowych i ubytkowych ku górze, obok szybkiego rozwoju schorzenia, nadto dysproporcja pomiędzy objawami całkowitego zniszczenia rdzenia a zupełnym brakiem bloku i objawów uciskowych w płynie, pozwalają wyłączyć guz wewnątrzrdzeniowy.

Za zapaleniem poprzecznym rdzenia (myelitis transversa) przemawia tu zupełne poprzeczne zajęcie rdzenia, szybki rozwój, stacjonarny charakter, brak zespołów uciskowych. Tło cierpienia tu nieznanne. Dane wywiadu, ujemne odczyny wyłączają kiłę

Oczopląs, wzmocnienie odruchów okostnowych, dodatnia próba kaloryczna nasuwają zrazu możliwość postaci myelitycznej stwardnienia rozsianego, lecz wydaje się to tu mało prawdopodobnem. Zresztą w s. m. całkowite porażenie poprzeczne występuje zazwyczaj ostro; H. sam spostrzegał przypadek młodej kobiety, w którym w czas dłuższy po zapaleniu n. wzrokowego wystąpiło porażenie poprzeczne rdzenia z ksantochromją i odczynami białkowymi w płynie m. rdz.. Wreszcie mógłby tu wchodzić w rachubę gruzełek, który, jak H. się przekonał 2-krotnie, przebiega nieraz pod postacią ostrego zapalenia rdzenia.

Z wyłuszczonej względów H. przypuszcza tu zapalenie poprzeczne rdzenia o nieznaną etiologię.

W rozprawie Orliński uważa, że kropelkowe rozproszenie lipodolu w kanale kręgowym przemawiałoby za s. m. Mackiewicz nie wyłączałby tu guza wewnątrzrdzeniowego: nagłe krwawienie wewnątrz nowotworu mogło spowodować właśnie ostre zmiany, bezwład i t. d., prócz poprzecznego porażenia jest tu prawdopodobne zajęcie rdzenia podłużne. Guz tu pewnie jest glejakiem. Bregman też myśli, że ognisko sięga niżej D 8, które odpowiada tu tylko górnej granicy ogniska. Br. nie sądzi, aby tu krwotok wewnątrz nowotworu spowodował był ostre objawy porażenia poprzecznego—po pewnym czasie byłaby redukcja objawów (tutaj jej nie było). Pomimo ujemnych odczynów radzi terapię swoistą. Rozpoznałby tu też myelitis transversa. Sterling sądzi, że w grę tu w rozpoznaniu różnicowym może wchodzić tylko guz wewnątrzrdzeniowy, a nie s. m. Przyp. myelitis transversa są niewątpliwe, szybko prowadzą do śmierci, stwierdzano je sekcyjnie. Herman nie wiązałby tu rozpoznania z obrazem lipodolowym, gdyż zdjęcia były zrobione s. m. po zastrzyku.

Potok. **Przypadek nowotworu mózdzku.** (Z oddz. L. Bregmana).

Chłopczyk, lat 8, chory od 5 — 6 miesięcy: bóle głowy (czoła), wymioty, przeważnie po jedzeniu — są niestałe i niebardzo silne. Od kilku tygodni zatacza się. St. ob.: Narządy wewnętrzne +. Opukiwanie czaszki bolesne, szczególnie części czołowej i potylicznej. Przechylenie głowy ku przodowi — z lekkim oporem w karku, wówczas i większy ból w czole. Wytrzeszcz gałek ob., Zez zbieżny. Odruchy rogówkowe obni-

zone, pr > I. Pozatem nn. czaszkowe +. Kkgd. +. PR i AR +. PIR — pr. zgicie palców: lewy z zewnetrznego brzegu Babiński +. Odr. brzuszne, mosznowe — żywe. Czucie +. Romberg +. Leży przewaznie na lewym boku. Gdy kładzie się i siada, znaczna asynergja kkd. Chód o szerokim kroku, zatacza się obustronnie. Vis. oc. d. —  $\frac{5}{20}$ , sin. — palce z 2 metrów: pole widzenia zwężone koncentrycznie w lewym oku; granice tarcz pokryte obrzękiem o znacznej średnicy, liczne drobne wynaczynienia, w lew. oku objawy te wydatniejsze. Rtg: wymiary czaszki powiększone, kości sklepienia cienkie, szwy nie zarośniete, szpary szwów szerokie. zwł, kli, nowo-potyliczny. WaR. ujemny. W ciągu 5 tyg. pobytu na oddziale stan nie uległ większym zmianom. Z początku nie miał wcale (lub też b. małe) bóle głowy; ostatnio skarży się znów na bóle głowy i wymioty. Zastoso- wano serję naświellań czaszki promien. X.; wzrok poprawił się, obecnie liczy palce obstr. z 8 — 10 metr. Zmiany na dnie niezmienione. Zasługuje tu na uwagę dysproporcja między poprawą wzroku a pogorszeniem ogólnego stanu zdrowia. Wskazane wyżej przemawia za guzem w tylnej jamie czaszkowej, prawdopodobnie w okolicy robaka. Trudniej tu ustalić terapię: poddać chorego operacji (pomimo poprawy wzroku), czy też czekać, powtórnie naświeltić, pomimo pogorszenia ogólnego stanu zdrowia. Za ostat- niem przemawia fakt rozejścia się szwów kostnych (Rtg.), a zatem rodzaj dekompresji samoistnej. Decyzja stąd b. trudna.

W rozprawie Bregman i Goldstein są tu za dekompresją, poczem dopiero zawsze lepiej stosować naświeltania prom. Rtg.

### M. Wolff. **Przypadek niedowładu połowiczego z drgawkami Jacksona o niewytłumaczonej etiologii.** (Z oddz. Wł. Sterlinga).

Ch. G., lat 33., szewc, przybył po raz 1-y 5.VIII.32 r. z powodu niedo- władu lewej k. g.; przed 5 tygod. silne bóle, drące w teje k., trwały 3 dni, poczem wystąpił niedowład. 2 miesiące temu przeziębienie. W 1921 r. tyfus brzuszny i plamisty, w dzieciństwie odra. Żonaty, 2 dzieci.

St. obecny (5.VIII 32). Wzrostu średniego, budowy prawidłowej, od- żywienia miernego. Zaostrenie oddechu nad prawym szczytem, podmuch skurczowy nad koniuszkiem serca. Oczopląs w kierunku poziomym ruchów; źrenic odczyn, dno oczu normalne. K. g. pr. norma, k. g. lewa — ogranicze- nie ruchów, osłabienie siły m. l. k. g. we wszystkich odcinkach, napięcie m. normalne w obu kk, gg. Odruchy periostr i triceps + z obu stron, Jacob. son + po l. str.. Abd. — górne zachowane, środkowe słabe, dolne — l = 0, pr. słaby.

Kk. dolne, pod względem ruchów i napięcia m., bez zmian; siła m. w. l. k. d. osłabiona w odcinkach kolanowym i skokowym. PR i AR zacho- wane, po l. str. żywsze, podeszwowe — fleksja plantarna. Czucie +. Do 17.VIII. otrzymał 5 naświellań prom. Rtg kręgosłupa; poprawa pod względem ruchów w l. k. g. Skargi na kurcze w mm. zginaczach przedramienia lewego, 26. VIII. zaznaczony objaw Rossolimo po l. str. l. IX. stan bez zmiany

W k. g. l. występują od czasu do czasu skurcze w przedramieniu i kiści o charakterze toniczno-torsyjnym. Skurcz trwa 1 — 2 minuty, przytem chory odczuwa niekiedy zaciemnienie wzroku. 3. IX. P. L. płyn +. 17. IX. Po iniekcjach dożylnych 40% roztworu cukru gronowego i wcierkach Ungt. Hydrargyri ciner. napady ustąpiły. 26. X. Ruchy w kk. lew. rozleglejsze. Odruchy, czucie jak poprzednio. Otrzymał 30 wcierek Hg., 8 inj. Quinby oraz 2 naśw. prom. Rtg. pr. półkuli mózgowej. 6. XI. otrzymał 12 inj. Quinby i 4 naśw. Roentg. pr. półkuli mózgowej; stan l. kk. lepszy, chodzi sam, powłócząc l. k. d.

Chory wypisał się 13. XI. 32 r.; po raz II-gi przybył 24. I. 33 r. Po tygodniu pobytu w domu wystąpiły bóle głowy o znacznem nasileniu, przeważnie w okolicy czołowej, rozpoczynające się po pr. stronie w okolicy czołowej i ciemieniowej. Bóle głowy stałe, czasami towarzyszą im nudności, raz były wymioty. Na 5 tygodni przed przybyciem na oddział wystąpiło nasilające się osłabienie l. k. dolnej oraz drętwienia w lewej dłoni i palcach i uczucie „rwania” i kłucia w kręgosłupie oraz przebiegania jakby prądu elektrycznego od krzyża do łopatek.

24. II. 33. Dokonano drogą lędźwiową wpuszczenia 28 cm<sup>3</sup>. powietrza z jednoczesnem frakcjonowanem wypuszczeniem 35 cm<sup>3</sup>. płynu m. dz.. Podczas tego zabiegu, przy wpuszczaniu 10 cm<sup>3</sup>. powietrza, chory nagle zmienił się, wystąpiło wybitne zaczerwienienie twarzy, duszność i kaszel. Płyn m. rdz. zmian nie wykazał. Wprowadzone powietrze nie weszło do komór bocznych, lecz zatrzymało się w cysternach (interpeduncularis, pontis, cerebello-medullaris), przeważnie jednak po prawej stronie (zamknięcie forameu Magendie); po stronie lewej przeszło powietrze do przestrzeni podpajęczynówkowej. W 1/2 godz. od zastrzyku nieco powietrza przeszło do prawej przestrzeni podpajęczynówkowej. Po encephalografji w ciągu 10 dni chory czuł się źle, narzekał na silne bóle głowy, nie mógł siadać.

A więc u młodego, poprzednio zdrowego, wystąpił niedowład lewostronny, w przebiegu którego dołączyły się drgawki o typie Jacksona, które po wcierkach Hg. i wlewaniach płynów hipertonicznych, ustąpiło. Następnie zjawiły się silne bóle głowy. Pomimo poprawy po wcierkach Hg., stare negatywne wyniki badań serologicznych we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym przemawiają przeciwko cierpieniu syfilitycznemu. Dokonana encephalografja nie dała nam też odpowiedniego wyjaśnienia tła tego cierpienia: czy mamy do czynienia z nowotworem mózgu, czy też ze sprawą zapalną, która doprowadziła do zamknięcia otworu Magendie.

### Od Redakcji.

Prace oryginalne i streszczenia powinny być pisane **na maszynie**, na jednej stronie arkusza, z pozostawieniem marginesu.—Streszczenia krótkie artykułów oryginalnych w języku francuskim (wzgl. angielskim, niemieckim) zawierać mogą najwyżej 20 — 30 wierszy druku.

Prace oryginalne i streszczenia powinny być starannie wykończone pod względem stylu i pisowni.

Koszt wykonania klisz opłaca autor. Autorzy prac oryginalnych otrzymują 10 odbitek bezpłatnie; większą liczbę zamawiają **sami** w drukarni Kwartalnika.

Prace o charakterze archiwalnym w Kwartalniku niebędą nadal drukowane.—Wstępy z danymi z piśmiennictwa muszą być możliwie najkrótsze. Opisy historii chorób, badań doświadczalnych należy podawać w skrótach najtreściwszych — Zmiany i skróty w artykułach oryginalnych wykonywane są w porozumieniu z autorami.

### T R E Ś Ć

*Broniśława Turkus Sterlingowa.* Czy wyluszczenie gałki ocznej, dotkniętej gruźlicą, może być przyczyną ogólnej gruźlicy prosówkowej?

Sprawozdania z posiedzeń naukowych (1931—1933).

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

*Mme Turkus Sterling.* L'enucleation d'un oeil tuberculeux peut elle être la cause d'une tuberculose miliaire généralisée?

Comptes rendus des séances cliniques à l'Hôpital Israélite de Varsovie (1931 — 1933).

---

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **J. Bregman, 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