

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE
WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

Z oddziału ocznego. (Ordynator A. Zamenhof).

W sprawie rozpoznawania i leczenia torbieli oczodołu.

p o d a ł

N. Essigman, asystent oddziału

Oczodół jest jedną z najmniej dostępnych części ludzkiego ciała. Z jednej strony jest on zamknięty przez tak ważny narząd, jak oko, z pozostałych stron jest otoczony tkankami kostnymi. Chociaż oczodół sam przez się nie jest narządem, jednakże jest jakby zbiornikiem różnych ważnych organów i miejscem, gdzie stykają się poszczególne ich części.

A więc prócz gałki ocznej i gruczołów łzowych zawiera cały aparat mięśniowy i nerwowy oka, przezeń przebiega dużo naczyń chłonnych i krwionośnych. Prócz tego oczodół znajduje się w bliskiej łączności z jamą czaszki i jest otoczony szeregiem jam (zatoki: czołowa, szczękowa, kości sitowej i klinowej) Wszystko to powoduje niezmierną różnorodność schorzeń oczodołu, zarówno charakteru zapalnego, jak i nowotworowego. Rzecz znamieną, że oczodół przeważnie oddziałuje na te schorzenia przesunięciem swej przedniej bardziej podatnej ścianki, co objawia się klinicznie jako wytrzeszcz gałki ocznej. Jest to bodaj jeden z najbardziej stałych objawów, który od razu uwydatnia schorzenie oczodołu. Z drugiej strony, objaw ten stanowi niekiedy groźne ostrzeżenie, zmuszające do wkroczenia operacyjnego ze względów nie tylko kosmetycznych, ale prze-

dewszystkiem z powodu obawy o uszkodzenie nerwu wzrokowego lub samej gałki.

Dwa zatem momenty — wytrzeszcz oraz konieczność jego opanowania — są właściwie dwoma najważniejszymi zagadnieniami w dziedzinie rozpoznawania i leczenia schorzeń oczodołu.

Nie poruszając tu całokształtu tej sprawy, podaję opis 2 przypadków torbieli oczodołu, które wskazują, jak złożone są zagadnienia rozpoznawcze i chirurgiczne w cierpieniach oczodołu.

I. Z. S., lat 12, po jakimś krótkotrwałym zakażeniu ogólnem zauważył szybko postępujący wytrzeszcz oka prawego¹⁾.

Chory był badany w Instytucie Oftalmicznym, gdzie stwierdzono stan następujący: skóra powiek zaczerwieniona, w stanie lekkiego obrzęku, wyraźny wytrzeszcz gałki, spojówka gałkowa obrzęknięta, wypięta ze szpary ocznej, gałka bolesna w dotyku, ruchy jej znacznie ograniczone. Na dnie rozszerzenie żył siatkówki. Ostrość wzroku = liczeniu palców z 2 m. T. — 38,5.

Nakłucie oczodołu (w uspianiu chloroformowem) ropnia nie ujawniło. Po kilkudniowym pobycie w Instytucie — wobec nasuwających się wątpliwości rozpoznawczych — skierowano chorego na oddział oczny Szpitala dla wykonania pomocniczych badań (rinologicznego, promieniami Roentgena i t. p.). W Szpitalu stwierdzono zmiany następujące: brak naogół podwyższonej ciepłoty ciała (jedynie 3-krotnie występowały krótkotrwałe podwyższenia do 39°); b. znaczny wytrzeszcz gałki ocznej prawej, przesuniętej ku wewnętrznej stronie, zniesienie ruchu gałki nazewnątrz. Palcami nie wyczuwa się guza w głębi oczodołu. Spojówka gałki w stanie tak silnego obrzęku w dolnym odcinku, że występuje ze szpary powiekowej i zwisa w postaci mięstego worka. Na dnie oka prawego obrzęk tarczy. Stan powyższy pogarszał się z dnia na dzień. Pewnego dnia — po gorącej kąpieli — wystąpił silny ból oka, a jednocześnie ze zwiększeniem wytrzeszczu i obrzęku zjawilo się brunatno-sine zabarwienie powiek. Nakłucie oczodołu wykazało w nim mętny krwisty płyn, który zawierał normalne elementy krwi z przewagą leukocytów wielojądrzastych. Tworów komórkowych nie stwierdzono.

Po nakłuciu stan podmiotowy polepszył się, gorączka ustąpiła. Po kilku dniach wytrzeszcz znowu jednak się po-

¹⁾ Demonstrowany na pos. Warsz. Tow. Okul. 16. IV, 1933 r.

większył, wystąpiła podwyższona ciepłota ciała oraz brunatno-sine zabarwienie powiek.

Badanie nosa i zatok nie wykryło odchyień od normy. Odczyny Wassermana i Pirquel'a były ujemne. Badanie morfologiczne krwi wykazało jedynie nieznaczną leukocytozę, bez eozynofilji; odczyn na oksydazę wypadł ujemnie.

Badanie promieniami Roentgena wykazało: w obrębie prawego oczodołu okrągłe zaciemnienie o dość ostrych konturach, pokrywające wrzucie oczodołu. *Fissura orbitalis superior* — rozszerzona. Taki sam obraz daje zdjęcie skośne. *Foramen nervi optici* — normalne.

Ponieważ żadna interwencja farmakologiczna i fizykalna nie dawała wyniku, a stan pogarszał się, po naradzie z chirurgiem d-rem Lubelskim, chłopca przewieziono na oddział chirurgiczny celem wykonania zabiegu radykalnego.

Ze względu na przypuszczalny stan zapalny oczodołu i obawę powikłań zaniechano wykonania typowej plastycznej operacji Krönleina, przeprowadzono cięcie skośne — wzdłuż zewnętrznego brzegu oczodołu, — a zewnętrzny brzeg kostny jego usunięto kostnymi szczypcami dla lepszego odsłonięcia oczodołu. Po nacięciu ścianki oczodołu natrafiono na torbiel, z której usunięto zawartość krwisto-ropną. Ponieważ wokoło były już zrosty zapalne, torbieli samej nie wyłuszczone. Założono sączki z gazy i dren.

Po operacji ciepłota spadła, obrzęk i wytrzeszcz zaczęły się stopniowo zmniejszać, wreszcie ustąpiły zupełnie. Pozostały jedynie: worek zwisającej ze szpary ocznej spojówki (prawdopodobnie wskutek zgrubienia jej tkanki w tem miejscu na tle zapalnym) oraz dość opornie gojąca się przetoka.

Po kilku tygodniach chory wrócił na oddział oczny; tu część zwisającej i zgrubiałej spojówki wraz z podścieliskiem usunięto i wytworzono załamek dolny za pomocą szwów Gaillarda.

W wyciętych skrawkach stwierdzono wielowarstwowy nabłonek (prawdopodobnie spojówki) oraz tkankę o charakterze ziarniny z naciekami zapalnymi, nagromadzonemi szczególnie obficie dookoła naczyń krwionośnych (dr. Płoński).

II. Dziewczyna, lat 16. Od kilku miesięcy spostrzega znaczne uwypuklenie oka prawego. St. ob.: wytrzeszcz oka prawego, zupełnie przesuniętego ku dołowi i nazewnątrz; powieka górna opadnięta. Powyżej oka prawego wyczuwa się guz elastyczny, przesuwalny, jakby zrosnięty z górnym dachem

oczodołu. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazuje, że ścianki oczodołu nie są nigdzie zmienione; zatoki boczne nosa powietrzne, wymiary oczodołu prawego powiększone. Dno oka normalne. Vis. = 5. W znieczuleniu miejscowem cięciem poniżej prawego łuku brwiowego wydobyto z oczodołu 2 guzy okrągłe, luźno związane z kością, przyczem większy — średnicy 3 cm — znajdował się z przodu, a mniejszy — w średnicy — 2 cm — sięgał głębiej w oczodoł. Ranę zaszyto. Rychłozrost. Gałka ustawiła się prawidłowo. Badanie anatomopatologiczne guzów stwierdziło obecność torbieli skórzastych.

Przypadek drugi nie nastęrcza trudności rozpoznawczych. Guzy te nie są zapalnego pochodzenia, nie wywołują żadnej reakcji w tkankach otaczających. Wprawdzie chora podaje, że zauważyła wytrzeszcz dopiero kilka miesięcy temu, jednakże należy przypuszczać, że sprawa rozwijała się już od dłuższego czasu. Wskazuje na to zdjęcie rentgenowskie oczodołu, a mianowicie zastanawia tu powiększenie rozmiaru prawego oczodołu w zestawieniu z lewym. Możliwe to staje się tylko wtedy, gdy guz rośnie powoli i od dzieciństwa, co pozwala rosnącym kościom dostosować się poniekąd do zwiększonej zawartości oczodołu. Wiemy skądinąd, że ucisk wpływa na kształtowanie się rosnącej kości. Ponieważ zatoki nosa były tu normalne, a w ściankach oczodołu nie stwierdzono nigdzie ubytku, więc obecność mucomeningo-albo encephalocèle była tu mało prawdopodobna.

Powolny wzrost guza i jego odgraniczone, okrągłe kształty wskazywały na guz łagodny; przesuwalność guza, jego spoistość, wylącały obecność kostniaka bądź włókniaka.

Biorąc to wszystko pod uwagę, możemy twierdzić, że ma się tu do czynienia z torbielą, rosnącą od dłuższego czasu (bez związku z kością), czyli najprawdopodobniej z torbielą skórzastą. — Torbiele te najczęściej są powierzchowne, ale niekiedy znajdują się i wgłębi oczodołu. W jednym przypadku, operowanym przez kol. Arkina, za skórzką, umiejscowionym tuż pod łukiem brwiowym, znajdowało się kilka drobnych torbieli w samym oczodole, które wskutek vis a tergo zajmowały po kolei miejsce poprzednich guzów w miarę ich usuwania.

W przypadku pierwszym rozpoznanie nastęrczało już większe trudności. Na pierwszy plan wysuwały się objawy zapalne: obrzęk powiek i spojówek, bolesność, podwyższona ciepłota. Jed-

nakże utrzymujący się stale wytrzeszcz, zepchnięcie gałki ku wewnątrz oraz znaczne ograniczenie ruchów obok braku treści ropnej (pomimo głębokiego nacięcia i kilkakrotnych próbnych nakłuć) przemawiało raczej za obecnością guza.

Takie zespolenie objawów zapalnych z objawami, wskazującymi na obecność guza, często spotyka się w schorzeniach gruczołu łzowego. To też nasze pierwotne rozpoznanie szło w tym kierunku, zwłaszcza że guz znajdował się po stronie zewnętrznej oczodołu, co wyłączało wpływ zatok bocznych nosa, które najczęściej są punktem wyjścia dla zmian zapalnych oczodołu; jednakże dwa spostrzeżenia przemawiały przeciwko zapalnemu guzowi gruczołu łzowego. Przedewszystkiem brak poprawy po wszystkich — zachowawczych — zabiegach leczniczych, następnie opisany powyżej objaw nagłego bólu z jednoczesnym podwyższeniem ciepłoty i brunatno-sinim zabarwieniem powiek. Objawy te przemawiały raczej za obecnością torbieli z zawartością krwistą (wynik nakłucia), przyczem dookoła, a prawdopodobnie i wewnątrz, nastąpił wtórnie stan zapalny (obecność w wydobytym płynie dużej ilości leukocytów wielojądrazstych). Zabieg operacyjny potwierdził to rozpoznanie.

Co się tyczy guzów krwistych, to nawiązując do pracy *A w e r b a c h a* (ogłoszonej ostatnio w „*Annales d'oculistique*“), należy stwierdzić przedewszystkiem wielką różnorodność obrazów klinicznych, a próby ich klasyfikacji są pod względem liczby niemal równe (jak słusznie mówi *C a u s é*) liczbie przypadków. *A w e r b a c h* twierdzi, że podział guzów na urazowe i samoistne nie da się utrzymać, gdyż niesposób w każdym poszczególnym przypadku ustalić granicę pomiędzy jedną kategorią a drugą. Słusznie, mojem zdaniem, *C a u s é* proponuje dla przypadków, podobnych do wyżej opisanego, nazwę guza krwistego („*tumeur sanguine*“), zachowując częściej używaną nazwę torbieli krwistej („*cyste sanguine de l'orbite*“) jedynie dla tych przypadków, które posiadają własną otoczkę, pokrytą od wewnątrz śródbłonkiem. Guzy takie mogą być wrodzone, rozmiary jednak ich początkowe mogą być tak małe, że nie powodują większej asymetrii oczodołów. W przypadku drugim była przecież torbiel skórzasta, chora jednak również twierdziła, że oko zaczęło się uwypuklać od kilku miesięcy. W przypadku kol. *A r k i n a*, o którym wspomniałem, prócz jednej dużej było kilka małych torbieli skórzastych, nie

większych od ziarnka prosa. W własnej obserwacji mam od 2 lat dziecko — najprawdopodobniej z torbielą skórzastą, która bardzo wolno rośnie.

Można więc przypuścić, że guz w przypadku pierwszym mógł być wrodzony, a powiększył się dopiero wskutek stanu zapalnego, który powikłał sprawę.

Skłaniałbym się zatem do rozpoznania w tym przypadku guza krwistego — guza, a nie torbieli, gdyż nie stwierdzono histopatologicznie otoczki, pokrytej śródbłonkiem, krwistego — gdyż zawartość była krwawa.

Nadmierny przerost spojówki gałkowej, który pozostał po pierwszej operacji, tłumaczy się wtórnym rozrostem tkanki łącznej, co potwierdziło badanie histopatologiczne, wykonane po drugiej operacji (usunięcie zwisającej spojówki).

W sprawie rozpoznawania torbieli oczodołu wogóle nasuwa się kilka ogólnych wniosków. Przedewszystkiem — należy różnicować torbiel wrodzoną i nabytą. Dla torbieli wrodzonych cechą znamioną jest powolny wzrost oraz umiejscowienie. Torbiele skórzaste leżą naogół bardziej powierzchownie, w przednim odcinku oczodołu, najczęściej w górnorzewnym bądź górnowęwnętrznym kącie, i dzięki temu udaje się też je łatwiej wyczuć. Torbiele krwiste — przez niektórych autorów (Holmes Coote, Polignani, Lagrange) — wyodrębniane w klasyfikacji, jako otorbione naczyniaki („angiomes en capsules“) często początkowo tkwią w głębi oczodołu. Wyczuwa się je, jako guzy miękkie, czasami sinawo przeświecające; towarzyszy im nieraz widoczne rozszerzenie naczyń powiek i spojówek. Zmienność ich pojemności pod wpływem czynników mechanicznych (zmniejszenie przy ucisku na gałkę, zwiększenie podczas płaczu, krzyku i t. p.) często tu zawodzi i wtedy duże znaczenie rozpoznawcze ma zdjęcie rentgenowskie, o ile wykrywa powiększenie rozmiarów oczodołu. Nieraz jedynym sposobem rozpoznawczym — na co kładzie duży nacisk Lagrange w swej monografii o guzach oczodołu — jest próbne nakłucie, które daje płyn krwisty i powoduje przemijające zmniejszenie wytrzeszczu. Do próbnego nakłucia należy się uciekać zwłaszcza w przypadkach umiejscowienia torbieli w górnowęwnętrznym kącie oczodołu. W miejscu tem spotykamy t. zw. przepuklinę mózgową — cephalocèle orbitae anterior — drążącą w oczodół pomiędzy kością sitową a czołową.

Rozpoznanie różniczkowe jest tutaj niezmierniej wagi, gdyż interwencja chirurgiczna w przypadku przepukliny prowadzić może do zapalenia opon mózgowych i zejścia śmiertelnego. Wprawdzie cechy przepukliny dla rozpoznania różniczkowego są bardzo znamienne: 1^o jest ona nieprzesuwalna, osadzona na kości, w której niekiedy palcem można wyczuć szczelinę; 2^o wykazuje wahania samodzielne, zależne od tętnienia i oddychania; 3^o pod uciskiem palców zwykle się zmniejsza wskutek odpływu płynu do jamy czaszkowej, przyczem występują objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego. — Objawy te jednak nie są stałe i w każdym wątpliwym przypadku należy wykonać zdjęcie rentgenowskie oraz próbne nakłucie w warunkach ściśle jałowych.

Do drugiej grupy należą torbiele nabyte, a więc pochodzenia pasorzytniczego, urazowe i zapalne. W torbielach pasorzytnicznych rozstrzyga nakłucie próbne (znamienne haczyki, ciecz bezbiałkowa) oraz badanie krwi na eozynofilję.

Torbiele urazowe mają związek z urazem, który można ustalić tą lub inną drogą, zresztą są one przeważnie pochodzenia nabłonkowego i nie leżą zbyt głęboko. Torbiele zapalne powstają po zapaleniu gruczołu łzowego bądź po zapaleniu otoczki Tenona i są wtedy surowicze.

Sprawa oczywiście się wikła, o ile do torbieli już istniejącej przyłącza się stan zapalny. Wtedy ustalenie rozpoznania jest bardzo trudne, a niekiedy możliwe tylko na stole operacyjnym, względnie *ex post* na podstawie badania histopatologicznego.

Co się tyczy leczenia, to operacja prawie zawsze jest wskazana. Oczywiście, o ile guz jest wyczuwalny i nie leży zbyt głęboko, usunięcie jego nie nastęrcza zbyt dużych trudności. Jeżeli zaś guz leży głębiej, to niekiedy jest konieczna operacja Krönleina.

Czasami czeka się z zabiegiem w mniemaniu, że guz jest łagodny. Pomijając już względy kosmetyczne, możemy tu przeprowadzić pewną analogję z guzami wewnątrzczaszkowymi; guzy oczodołu, chociaż anatomicznie są łagodne, mogą jednak znacznie upośledzać czynności oka, uciskając nerw wzrokowy i ograniczając mechanikę ruchów gałki. Z tego względu usunięcie nawet łagodnych guzów jest zawsze wskazane.

Chciałbym tu zaznaczyć, że w postępowaniu nie należy dążyć stale do wykonania operacji Krönleina, a spróbować naj-

pierw szerokiego nacięcia wzdłuż jednej lub drugiej krawędzi oczodołu, jak to czyni szkoła francuska, a dopiero w razie niepowodzenia wykonać natychmiast operację Krönleina.

Sposób ten — chociaż nie daje takiego dobrego wglądu w oczodoł, jak np. operacja Krönleina — jednak umożliwia niekiedy wydobyć guza. Poza to jest znacznie prostszy i kosmetycznie efektywniejszy.

Nie należy tylko w zabiegu działać nazbyt ostro, lepiej — w razie wycucia guza — starać się oddzielić go na tępo, gdyż łatwiej go wtedy wydobyć w całości i w ten sposób uchronić się przed nawrotami.

**Dr. med. Zygmunt Krajterkraft
(1898 — 1933)**

Wspomnienie pozgonne



Niezbyt przychylny był los dla pokolenia lekarzy, do którego należał zmarły Dr. Zygmunt Krajterkraft. Zamiast młodości „górznej i chmurnej“ — gimnazjum rosyjskie w okresie porewolucyjnym, po r. 1905, potem studja uniwersyteckie w dusznej atmosferze okupacji niemieckiej, wreszcie zawierucha wojenna.

A gdy ostatecznie przyszła promocja na doktora wszech nauk lekarskich — okazało się, że wszystkie placówki były już pozajmowane, że praca lekarska uległa przewartościowaniu, że stage nawet szpitalny jest wysoce utrudniony. Takie były warunki życiowe już w r. 1924, gdy Dr. Z. Krajerkraft wstępował na oddział chirurgiczny D-ra Sołowiejczyka w szpitalu na Czystem. Tylko silni duchem, mocni, mogli wytrwać na stanowisku. Dr. Krajerkraft należał bezwątpienia do owych silnych i przyszłość do Niego należała. Posiadał wielką, chwilami niezłomną wprost wolę, która Mu torowała w życiu drogę bez imania się jakichkolwiek „chwytów niedozwolonych”, będących coraz częściej zjawiskiem, nawet w środowisku lekarskiem.

Już na początku działalności Dr. Krajerkraft rozpoczął wyścig, prawdziwy „wyścig pracy”, któremu dopiero śmierć kres położyła. Wkrótce zwraca na siebie uwagę ordynatora i starszych kolegów, zwłaszcza D-ra Pawła Goldsteina, i zostaje powołany na stanowisko lekarza miejscowego Zakładu chirurgiczno-urologicznego D-rów Goldsteina i Szenkera. Odrazu rozwija swoje niewątpliwe zdolności organizacyjne, jest, powiedzmy otwarcie, surowy i wymagający dla innych, lecz jeszcze więcej dla siebie samego, w pracy nie znosi kompromisów, połowicznego wykonania zadania. I wbrew pozorom, to właśnie zyskuje Mu sympatię kolegów, siostr-pielęgniarek i służby szpitalnej. Dr. Krajerkraft staje się coraz bardziej ceniony, lubiany, kochany również przez chorych, chociaż nigdy „karmelkowem” zachowaniem nie starał się zdobyć ich względów. Pracy nadaje niezwykle, niesamowite wprost tempo. Wstaje niemal o świcie, szkoli personel chirurgiczny, bierze udział w zabiegach operacyjnych Zakładu, potem śpieszy do Szpitala, gdzie pracuje intensywnie i coraz bardziej samodzielnie, wreszcie wraca do domu, aby nieraz do późnej nocy pozostać w owym zaczarowanym, zaklętym dlań, kole chirurgicznym, które później dla Niego samego nie znalazło wyjścia. Ale po kilku latach i to Mu nie wystarcza. Mało, jeszcze zbyt mało, samodzielnej pracy operacyjnej. Decyduje się wówczas na krok, na który nie każdyby się odważył: rezygnuje z popłatnego stanowiska w prywatnym zakładzie chirurgicznym, aby zostać lekarzem miejscowym oddziału chirurgicznego B. szpitala na Czystem. Teraz ma do rozporządzenia jeszcze i noce, długie noce zimowe r. 1932, podczas których wraz z garnącymi się do Niego młodszymi kolegami operuje ciężkie, nagle przypadki. I staje się rzecz niepojęta: lekarz o bystrym umyśle, chirurg praktyk i teoretyk, nie dostrzega pierwszych złowieszczych objawów tkwiącej w nim choroby — nowotworu. Poprostu odrzuca tę myśl fatalną, wierząc, że Jego się „żadna trucizna nie ima”. Dopiero, gdy mdleje podczas wykonywania operacji, przerywa pracę szpitalną, ale wówczas ratunek jest już spóźniony — zaczyna się okropne zmaganie młodej energii żywotnej z ciemnymi siłami przyrody. Ta walka nierównych sił trwała dwa lata.

Patrzyliśmy wszyscy — przyjaciele i koledzy — z obawą i przerażeniem w przyszłość, ludząc się, gdy przyszedł okres poprawy pozornej — remisji choroby. Niedługo jednak, niestety, trwał ten tryumf powrotu do zdrowia. Gdy przed kilku miesiącami zasłabł na sali operacyjnej, nie sądzono już Mu było przetrwać ciężkiej choroby. Miał zaledwie teraz jeden moment jaśniejszy, jakgdyby odprężenia choroby. Nie wiesz — powiedział mi wówczas — ile wysiłku woli kosztowało mnie doprowadzenie się do tego chociażby stanu zdrowia.

Ten chirurg, o drobnej postaci i wątłym ciele, niczego nie oceniał natężeniem mięśni, lecz jedynie tylko nerwów i woli napięciem.

6 września 1933 r. zmarł w pełni władz umysłowych, w kwiecie wieku, przeżywszy zaledwie lat 35.

Surowy, okrutny, niesprawiedliwy był los, który przeciął przedwcześnie nic Jęgo życia. Trudno znaleźć usprawiedliwienie, niema słów pocieszenia.

Cześć Jęgo pamięci!

Dr. Benjamin Oppenheim

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 7 kwietnia 1933 r.

Przewodniczył Wł. Sterling.

Krajterkraft. **Pęknięcie torbieli krezki.** (Z oddz. A. Solowiejczyka).

Chłopak l. 7, 28 lutego 1933 r. wracając ze szkoły, potknął się. Upadł na brzuch. Poczul nagły w nim ból. Z trudem wrócił do domu. Bóle wzmagaly się. Wymioty treścią żółtą. Gazów ani stolca nie oddawał 1.III.33 po południu przybył do szpitala. Wymiotował w przyjęciu treścią zieloną, cuchnącą, w bardzo dużej ilości. Rodzina podaje, że był zdrów. Od czasu do czasu miewał bóle brzucha, który wydawał się nieco większy.

St. ob. Budowa prawidłowa. Odżywienie liche. Zabarwienie bł. śluzowych i skóry blade. Zrenice reagują. Oczy podkrążone. Język pośrodku suchy, po bokach wilgotny. T' — 37,1⁰ (per rectum 37⁰), tętno 140, słabo napięte i wypelnione, chwilami niedoliczalne. Płuca, serce — nic szczególnego. Brzuch — równomiernie wzdęty, pępek wypukłony, skóra powłok brzusznych połyskująca, rozwinięta nieć żylna. Przy dotyku bolesność, szczególnie zaznaczona po stronie prawej, powłoki napinają się. Przy wypuku po bokach stwierdza się stłumienie, większe nieco po stronie prawej. Okolica lędźwiowa — niebolesna. Badanie per rectum — wypuklenie Douglasa. Przed operacją — plukano żołądek. Operacja — W uśpieniu eterowem cięciem skośnym prawostronnem, równoległym do więzadła Pouparta — otwarto jamę brzuszną. Wydobyto dużo treści plynnej, ceglastej, z kłaczkami szaro-białymi (podobnymi do ściętego białka). Kątnica i wyrostek niezmięnione. Jelita cienkie miernie wzdęte,

pokryte szarym nalotem. W górnym biegunie rany zauważono twór dość spoisty, sinawy, pokryty siecią.

Zamknięto ranę na głucho, a otwarto brzuch w linii środkowej powyżej i poniżej pępka. Wydobywała się wyżej opisana treść. Tuż za poprzecznicą znajdował się twór, wielkości główki dorosłego dziecka, oblepiony kiszkami cienkimi; w badaniu ręcznym natrafiono na otwór długości około 5 — 6 cm., o nierównych brzegach; z otworu tego sączyła się opisana ciecz. Ścianka tego guza (torbieli) była dość gruba. Wewnętrzna powierzchnia brudno-szara. Twór ten szedł ku stronie żołądka, na boki, szczególnie prawy. Przypuszczano, że jest to torbiel trzustki. Wszyto ją do powłoki; drenowano ją, jakoteż ranę brzuszną. Stan ciężki. Mocz następnego dnia. Badanie a n a t . p a t : Cysta mesenterii in regione ileocoecale.

Torbiele krezki należą do rzadkości. Rozpoznanie jest trudne i — jak A u g a y n e u r podaje, z 7 przypadków 1 raz ją rozpoznano.

Tembardziej trudne jest rozpoznanie torbieli pękniętej, gdy właściwie już guza, jako tworu kulistego, niema, a jeszcze bardziej utrudnione jest rozpoznanie w warunkach zapalenia otrzewnej. K. sądził, że było tu przedziurawienie кишки lub wyrostka robaczkowego. W tych przypadkach P a u c h e t i M o n d o r rażą nie wykonywać cięcia na wyrostek, jak to zrobił, lecz odrazu otwierać jamę brzuszną w linii środkowej.

Krajterkraft. Przypadek urazowego pęknięcia torbieli jajnika i jelita cienkiego.

Chora G. Z., l. 33, robotnica, mężatka. dn. 31. III. 33, o godz. 7 parokrotnie kopnięta została w brzuch. Poczula silny ból brzucha, nudności. W tym stanie przywieziono ją o godz. 10¹/₂ na oddz. Dr. Solowiejczyka. Poza tem była zdrowa. Urynowanie, stolce prawidłowe. Menses prawidłowe. Dzieci nie miała. St. pr.: Budowa prawidłowa. Odżywienie mierne, zabarwienie bl. śluzowych i skóry nieco blade. Zrenice reagują na światło. Język po środku podsychnający, na bokach wilgotny. Tętno 90 — miarowe, dobrze napięte i wypełnione. T. — 37⁵⁰.

W płucach lekkie przytłumienie nad wierzchołkami, wdech i wydech słyszalne, w dole nieliczne drobnobańkowe wilgotne rżenia.

Serce.: tony częste. — Okolica lędźwiowa — bolesna podczas głębszego macania i uderzania.

Brzuch — powłoki brzuszne napięte w dolnej połowie brzucha, w górnej zaś dość miękkie; przy oddychaniu poru-



szają się. Przy dotyku napina się znacznie dolna połowa, szczególnie nad spojeniem łonowym; tu też bolesność znaczna. Blumberg dodatni. Wypukowo — odgłos bębnowy. Wysłuchowo — nie stwierdza się ruchu jelit.

Badanie przez pochwę: przodozgięcie macicy z lewej strony, wypuklenie jej i bolesność.

Badanie przez odbytnicę: wypięcie przedniej ścianki.

Badania krwi: L. 8.800.

z.	e.	N	myel.	młod.	jadrz.	pał.	jadrz.	segm	L	Jed	Przejsć
o	2	8	o	o	5,5		75,5		9,5		7

W kilka godzin po przybyciu na oddział ciepłota podniosła się do 39°; język bardziej suchy, tętno 100—110, nudności, bolesność w dole brzucha znaczniejsza. W 8 godz. po przybyciu na oddział K. operował chorą. W uśpieniu eterem cięciem w linii środkowej otwarto jamę brzuszną. Z małej miednicy wydobył się płyn żółtawo zabarwiony, jakby treść jelitowa. Na trzonie macicy zlep jelita cienkiego z trzonem. W mięszu zlepne pęknięcie kiszki długości $\frac{1}{2}$ cm., drążące wgłąb do światła jelita. Szewem kapciuchowym zabezpieczono otwór. Wyszczkowano płyn i spostrzeżono pęknięcie jednej komory torbieli wielokomorowej lewego jajnika. Usunięto jajnik, wyszczkowano resztę płynu w tem miejscu, krwisto-galaretowatego. Jamę brzuszną zamknięto częściowo, warstwami; sączkowano miednicę małą. Stan pooperacyjny był naogół niezły: po kilku dniach dość ciężkich nastąpiła poprawa. Oddaje stolec, mocz. Samopoczucie dobre. Wydzieliny ropnej było jednak b. dużo. Zrobiono autowakcynę z wydzieliny (gronkowce złociste hemolityczne i pałeczki okrężnicy). Po kilku zastrzykach rana zaczęła się oczyszczać.

W przypadkach urazów brzucha nie należy wyczekiwać objawów niewątpliwych obrażenia narządów wewnętrznych, lecz zadowolić się należy istniejącymi nienormalnymi objawami, gdy się ma decydować o interwencji chirurgicznej.

Tego zdania są francuscy chirurdzy, a szczególnie Mondor, posiadający duży materiał przypadków brzusznych, nagłych. Uogólnia on to nawet do przypadków nieurazowych, a więc ostrej niedrożności, wgłobiena i t. p.

W opisanym przypadku jedynym objawem niepokojącym było napięcie i bolesność brzucha w okolicy nadłonowej. Późatem stan ogólny, dane ze strony brzucha, obraz krwi, wykazujący nieznaczną neutrofilozę bez przesunięcia i bez zwiększenia ogólnej ilości białych ciałek — nie odpowiadały rzeczywistości, jak wynika z operacji, groźnemu stanowi chorej.

W rozprawie Rozen tal zaznaczył, że pęknięcie torbieli jajnika wskutek urazu nie należy do zdarzeń zbyt rzadkich, lecz w podobnych przypadkach interweniuje częściej chirurg niż ginekolog; objawy kliniczne, które się tu wysuwają na pierwszy plan, wymagają szczegółowej i natychmiastowej kontroli całego szeregu narządów jamy brzusznej, które często z powodu tej samej siły urazowej ulec mogą również pęknięciu; powikłania takie mogą nawet maskować pęknięcie torbieli przy objawach zajęcia otrzewnej, wzdętym brzuchu i t. p. Rokowanie w podobnych przypadkach jest niepomysłne, zawartość pękniętej torbieli bywa bowiem zakażona lub złośliwa, zwyrodniewająca.

Pł o ń s k i e r w związku z podaniem przez prelegenta rozpoznaniem podkreśla, że preparat należało zbadać i histopatologicznie ze względu na dalszy przebieg. Nowotwory tego rodzaju często klinicznie mają charakter złośliwy.

K r a j t e r k r a f t. U w i ę z n i ę c i e w ł ó k n i a k o m i ę s - n i a k a u c i ęż a r n e j.

D. R., lat 25 przybyła na oddz. Dr. Sołowiejczyka 28. III. 33 r. Zachorowała, jak podaje, 26. III. 33. Nagły ból brzucha w okolicy pachwinowej prawej. Stwierdziła wówczas guzek w miejscu bólu. Bóle wzmagaly się. Nudności, wymioty. Stolce i wiatry oddawała. Jest w 5 miesiącu ciąży. Pozatem nie chorowała. St. pr.: Budowa prawidłowa. Odżywienie dobre. Zabarwienie bł. śluzowych, skóry prawidłowe. Język wilgotny. Tętno 80 — miarowe, dobrze napięte i wypełnione. Płuca, serce — nic szczególnego.

M i e j s c o w o — brzuch wzdęty, bolesny z dotyku, szczególnie w okolicy biodrowej prawej na $\frac{1}{3}$ zewnętrznej części prostej, łączącej pępek z kolcem kości biodrowej. W tem też miejscu wyczuwa się twór stożkowaty o dość wysokiej podstawie, spoisty, nie dający się odprowadzić do jamy brzusznej. Wypuk brzucha bębenkowy, tylko o 4 palce powyżej spojenia lonowego przytłumiony.

B a d a n i e p e r v a g i n a m — b. bolesne. Macica duża, przy poruszaniu b. bolesna. Wobec napięcia powłok oburęczne badanie niemożliwe.

Chora nadal czuła się źle.

Bóle wzmagaly się. Operowano chorą tegoż dnia.

O p e r a c j a. W uśpieniu eterowem cięciem skośnem prawostronnem, równoległem do więzadła Pouparta dotarto do mięśnia skór nego wewnętrznego. Włókna jego były już nieco rozsunięte przez sterzący twór. Rozczepiono mięsień wzdłuż włókien. Wyłonił się guz, który wypuklił otrzewną

poprzez otwór w mięśniu poprzecznym, który go tak ścisnął, że otrzewna i sam guz przekraczający były sinawe. Otwarto otrzewnę. Rozszerzono otwór w mięśniu poprzecznym. Guz wówczas więcej jeszcze wyłonił się (o nierównej powierzchni, wielkości jajka). Podstawą swoją znajdował się na rogu prawym macicy, skręcając ją nieco. Usunięto guz podsurowiczówkowa. Blaszkę otrzewnej zeszyto. Jamę brzuszną zamknięto na głucho. Stan pooperacyjny dobry. Na 7-my dzień wyjęto klamerki. Rychłozrost.

Przypadek ciekawy ze względów diagnostycznych i mechaniki samego schorzenia, przypuszczano, że jest uwięźnięta sieć w rozstępie mięśniowym. K. sądzi, że usunięcie guza i zwolnienie uwięźnięcia wpłynie dodatnio na dalszy przebieg ciąży.

W dyskusji R o z e n t a l zapytał prelegenta, czy istotnie miało się tu do czynienia z uwięźnięciem włókniaka macicy w mięśniu poprzecznym i skośnym wewnętrznym brzucha, co byłoby niespotykaną rzadkością i zjawiskiem trudnym do wytłumaczenia. Należy pozatem mieć na uwadze, że wyluszczenie mięśniaków śródściennych na macicy ciężarnej przedstawia możliwość spowodowania poronienia oraz pociąga za sobą wszelkie niebezpieczeństwo pęknięcia macicy podczas porodu, zwłaszcza gdy umiejscowienie dotyczy okolicy rogu macicy, co w danym wypadku miało miejsce. Pozostawienie małego włókniaka po wyzwoleniu go z rzekomego uwięźnięcia byłoby tu bardziej odpowiednie. K r a j t e r k r a f t w odpowiedzi uzasadnia swe postępowanie.

K l a p e r z a k. Przypadek splenomegalji niejąsnego pochodzenia. (Z oddz. Fejgina).

Chora, lat 52, zgłosiła się I.III. 1933 r. z powodu stale powiększającego się brzucha oraz obrzęków nóg. Powyższe objawy wystąpiły 6 tygodni przed przybyciem do szpitala. Nudności, duszność, bicie serca; wymiotów ani odbijania nie było. Nie kaszle, nie poci się, ciepłota normalna. Stolec, mocz +; apetyt niezły. 4 razy porody, bez poronień. Ostatni perjod latem zeszłego roku.

Przed laty dur brzuszny. W 1929-tym operowana z powodu powiększenia śledziony przez prof. N o w i c k i e g o (Kra-ków). Podczas operacji (jak wynika z listu prof. N o w i c k i e g o) stwierdzono śledzionę, sięgającą aż do kolca biodrowego. Śledziony jednak nie usunięto, lecz podwiązano we wnęce część naczyń, oraz wycięto skrawek śledziony, celem zbadania histologicznego (bez zmian). Po zabiegu chirurgicznym śledziona była przeszło 20 razy naświetlana prom. Rentgena. W ciągu następnych 3-ch lat czuła się dobrze. Na jesieni ze-

szlego roku miała jakoby ciężką grypę, która trwała kilka tygodni, potem jednak czuła się znowu dobrze.

St. ob.: odżywienie niezłe, słuzówki dobrze ukrwione. Nad płucami od tyłu stłumienie o palec poniżej dolnego kąta obu łopatek; w obrębie stłumienia szmery oddechowe osłabione, po kaszlu rzężenia średniobańkowe bezdźwięczne. Obwód brzucha 104 ctm., wolny płyn w jamie brzusznej. Na skórze brzucha szereg naczyń żylnych, od wiązadel P o u p a r t a do podżebrzy, z ominięciem pępka. Wątroba niemacalna. W lewym podżebrzu śledziona aż do poprzecznicy linii pępkowej, tkliwa na ucisk, o powierzchni gładkiej. Na krzyżu i kończynach dolnych nieznaczne obrzęki; pozatem bez zmian.

W m o c z u: białka — 4⁰⁰, urobilinogen +, w osadzie 10 — 15 krwinek świeżych i wylugowanych w. p. w.. Ciśnienie tętnicze $14\frac{5}{7}$.

B a d a n i e k r w i: białych ciałek — 13100, czerwonych krwinek — 5,500,000, hemoglobiny 98%, wskaźnik — 0,9. We wzorze białych krwinek nic szczególnego. Kw. moczowy we krwi — 60 mg. ‰, mocznik we krwi — 0,48 gr. ‰, chlorki w osoczu — 3,23 g. ‰ Cl', w krwinkach — 1,81 gr. ‰ Cl'. Objaw B i e r n a c k i e g o (według L i n z e n m e i e r a) 130'; odczyn W a s s e r m a n n a w surowicy ujemny. Odporność krwinek 0,56 — 0,34. Bilirubina we krwi 0,5 j. bezp. —, pośr. + opóźn. Białko we krwi — 6,34%.

W płynie z jamy brzusznej (2 dni po przybyciu na oddział wypuszczono 2 litry płynu surowiczego): cięż. gat. 1009, Rivalta-ślad, białka 0,87%; w preparatach bezpośrednich liczne leukocyty z przewagą limfocytów (56%); prątków K o c h a nie stwierdzono; świnka morska po zastrzyknięciu płynu pozostała przy życiu.

Chora jest przez cały czas na diecie mlecznej, bezsolnej (do 4 szklanek płynu dziennie); do wewnątrz dostaje digitalis, diuretynę, zastrzyki z Extr. hepatitis oraz diatermję nerek. Po wypuszczeniu 2-ch litrów płynu z jamy brzusznej wątroba sięga o 2¹/₂ palca poniżej łuku żebrowego, konsystencji nieco wzmożonej, tkliwa na ucisk, o powierzchni gładkiej; pozatem status idem. Podczas następnych 5 tygodni pobytu na oddziale chora się czuje z każdym dniem lepiej, diureza jest bardzo dobra (około 2 litrów dziennie); chora nie gorączkuje, ma dobry apetyt, straciła na wadze blisko 10 kilo, obwód brzucha z 104 cm. zmniejszył się do 88 cm., obrzęki ustąpiły. Dnia 26.IV.33 r. została wypisana ze znaczną poprawą, przyczem stwierdzało się u chorej wątrobę tylko o 1¹/₂ palca nizej łuku, o cechach wyżej opisanych, śledzionę zaś, jak przy pierwszym

badaniu, a siatkę żylną na brzuchu słabo zaznaczoną; pozatem norma.

Ilość białka w moczu waha się cały czas pomiędzy 1,65 gr.‰ a 2,47 gr. ‰; mikroskopowo, jak w pierwszym badaniu. Kilkakrotne badanie morfologiczne krwi nic nowego nie ujawniło. Kw. moczowy we krwi — 30,9 mg. ‰ oraz 10 dni przed wypisem 39,7 mg. ‰; mocznik we krwi — 0,4 gr. ‰, 10 dni przed wypisem 0,35 gr. ‰; chlorki w osoczu: w krwinkach, jak w pierwszym badaniu; białka we krwi — 7,46%.

Próba fenoltaleinowa — po 25 minutach barwnik zjawiał się w moczu, w ciągu 2-ch godzin wydalono 78%. Próba nerkowa koncentracyjna: I p. 180 cm. — 1006, II p. 80 — 1004, III p. 70 cm. — 1005, IV p. 70 cm. — 1005, V p. 130 cm. — 1005.

Objaw opaskowy po 10 minutach ujemny; czas krwawienia — 6 min, czas krzepnięcia — 7 minut.

Podskórna próba tuberkulinowa, według Kocha — ujemna. Badanie ginekologiczne — norma. Prześwietlenie klatki piersiowej: kął żebrowo-przeponowy lewy nieco zaciemniony, przepona uniesiona wysoko z obu stron.

Próba adrenalina: śledziona po zastrzyku się nie zmniejszyła. — Ciśnienie waha się między $15^a/7_0$ i $135/65$.

W zestawieniu ma się tu więc do czynienia z zapaleniem kłębuszkowym nerek u kobiety z powiększoną od kilku lat śledzioną. Od czego zależy powiększenie śledziony? Marskość wątroby, wszelkie postaci białaczek, złośliwy nowotwór śledziony, ziarnicę złośliwą, zespół Banti'ego, skrobianicę śledziony można najprawdopodobniej na podstawie przebiegu choroby i wyniku biopsji tu wyłączyć.

Zakrzep żyły wrotnej i śledzionowej jest wątpliwy ze względu na brak krwotoków żołądkowych, anemji, objawów, towarzyszących tu przebiegowi — wodobrzusze zjawiało się dopiero w okresie zapalenia nerek.

Gruźlica śledziony odpada wobec ujemnego wyniku próby tuberkulinowej; badania histologiczne śledziony, a świnka morska po zastrzyknięciu płynu z jamy brzusznej pozostała przy życiu.


Kiła jest mało prawdopodobna, brak tu bowiem jakichkolwiek objawów z tej strony, a i odczyn Wassermana jest ujemny.

Mamy więc tu znaczne i przewlekłe powiększenie śledziony — być może jedno ze schorzeń wątrobowo-śledzionowych (powiększona wątroba, nieznaczna hyperbilirubinemia, zaznaczone rozszerzenie żył), którego patogeneza i istota, po-

nowe zupełnie nietrujące
oryginalne polskie

środki odkażające

CHLORAKTIN



PROSZEK; TABLETKI

ZASTĘPUJĄ JODYNĘ, SUBLIMAT.

FENOL, KREZOL, LIZOL, CHIKOZOL.

Prosimy stosować do odkażania jamy ustnej, gardła, rąk przy zabiegach lekarskich i położniczych, części rodnych, narzędzi i przedmiotów położniczych, bielizny operacyjnej i.t.p.

1 TABLETKA LUB 1 MIARKA NA SZKLANKĘ WODY
CIEPŁEJ ZABIJA SZYBKO I PEWNIĘ WSZYSTKIE ZARAŻKI

Łądadć we wszystkich aptekach i drogeriach. Literaturę na
na żądanie wysyła

LABORATORIUM
FARMACEUTYCZNE

"POLSKI CHLOR"

WARSZAWA
ORLA 13

mimo nader skrupulatnych badań i dokonanej biopsji, pozostaje zupełnie niejasna.

W rozprawie Fejgin podkreśla szczególne trudności rozpoznawcze w danym przypadku, pomimo doskonałych warunków dla dokładnych badań, jak przebyta operacja brzuszna, punkcja śledziony i t. p. Przebieg kliniczny nie przemawia za sprawą nowotworową śledziony ani gruźlicą. Moznaby było myśleć o grzybicy, wysuwanej przez niektórych autorów francuskich, lecz ostatnie badania nie dostarczają potwierdzenia dla tego rodzaju sprawy. Pozostajemy zatem bez rozpoznania. Płoński er wyjaśnia, że komórki, które znalazł w wydobytej zapomocą punkcji treści, nie należy uważać za nowotworowe, lecz za wielkie komórki niewyjaśnionngo pochodzenia, najprawdopodobniej śródbłonkowe. Nowotwory łagodne śledziony zdarzają się często, zwłaszcza naczyniaki. Co się zaś tyczy grzybicy śledziony, t. zw. splenomegalie mucosique, to błędy spostrzeżeń autorów francuskich w opublikowanych przypadkach z Algieru, Marokka i Egiptu polegały na tem, że opisane przez nich zmiany okazały się wapniowo-żelazowymi złogami okołonaczyniowymi w śledzionie.

Berland. **Przypadek opryszczkowego zapalenia skóry** (Z oddz. St. Markusfelda).

63-letni pudelkarz wstąpił na oddział skórny przed 10 dniami z powodu pęcherzy na kończynach i częściach płciowych. Choroba rozpoczęła się przed 4-ma tygodniami ogólnem osłabieniem i swędzeniem, wyprzedzającym ukazanie się wykwitów. Dwukrotnie przebył dur brzuszny (przed 45 i przed 25 laty), pozatem niezbyt kiszek przed 4-ma laty. Ostatnio spostrzegł, że oddaje mniej moczu. Wywiady rodzinne — bez znaczenia.

Stan ob.: Chory blady, wzrostu średniego, budowy wątłej i odżywienia upośledzonego. Stan podgorączkowy; ciepota do 38°. Na skórze czoła, zginaczach kończyn górnych, na przedniej powierzchni ud, na pośladkach, w okolicy obu pachwin, na żołądki prącia i na mosznie spostrzega się szereg pęcherzy, wielkości od grochu polnego do jaja gołębiego, rozsianych przeważnie na blaszkach rumieniowych i układających się bądź gromadkami w kształcie opryszczek, bądź też w postaci wieńców, otaczających blaszki rumieniowe. Część pęcherzy napiętych, wypełnionych zawartością przezroczystą, żółtawą — zachowana w całości, inne — bardziej wiotkie o treści mętnej — po pęknięciu tylko na obwodzie strzępy swoich pokryw. Środek stanowią nadzěrki wielkości małych monet do dłoni dziecka, żywo-czerwone, wilgotne, miejscami pokrywane się strupami miodowo-brunatnymi. Objaw

Nikolskiego — ujemny. Gruczoły chłonne, pachwinowe, wielkości grochu polnego, twarde, niebolesne, przesuwalne. Przy badaniu jamy ustnej stwierdza się wybroczyny wielkości łebka u szpilki do grochu z lekko uniesionym nabłonkiem na granicy podniebienia miękkiego i twardego, pozatem — nadzěrka — wielkości grochu po pękniętym pęcherzyku na prawym brzegu języka. Po kilku dniach pobytu w Szpitalu stwierdziliśmy szybkie szerzenie się blaszek rumieniowych na plecach, dłoniach i stopach oraz liczne napięte pęcherze na kończynach a także na małżowinach usznych. Skargi na bezsenność, brak łaknienia, bóle w kończynach i silny świąd skóry.

Narządy wewn. (Dr. Munwes): Serce — przykryte, tony głuche, II ton nad aortą akcentowany. Tętno 100, miarowe, średnio wypełnione. Płuca. Granice dolne obniżone, miernie ruchome. Nad grzebieniem łopatki lewej — skrócenie odgłosu opukowego z osłabieniem oddechu, na pozostałej przestrzeni odgłos opukowy bębenkowy, oddech pęcherzykowy nieco szorstki, rozsiane świsty, u podstawy obu płuc nieliczne trzeszczenia. Wątroba wystaje o 1 palec z pod łuku żebrowego, o brzegu zaokrąglonym, tkliwym. W układzie nerwowym — nic szczególnego.

Morfologia krwi: leukocytoza, neutrofiloza, limfopenja. Mocz +. Dobowa ilość 500 cm³. Chlorki w moczu 8,15 w litrze. Przedstawiony przypadek jest chorobą Dühringa z osutką wielopostaciową — do pewnego stopnia wyłączającą pęcherzycę prawdziwą i z wyraźnie zaznaczonym śwędzieniem, nie występującym w wysiękowym rumieniu wielopostaciowym.

Dotychczasowe poglądy na przyczyny powstawania choroby Dühringa, dają się podzielić na 4 grupy: 1) teoria nerwowego pochodzenia, 2) pasorzytniczego, 3) samozaćruciego 4) zaburzeń w gruczołach dokrewnych, nie wyświeltają dostatecznie istotnej przyczyny, która po dzień dzisiejszy pozostaje zagadnieniem otwartem.

Rokowanie wątpliwe. Leczenie zewnętrzne: kąpiele i maść borno-kamforowa, wewnątrz: chinina i naparstnica.

A. Wertheim i Dworecki. **Przypadek promienicy płuca i klatki piersiowej.**

Kobieta 40 l. ze skargami na bóle w okolicy mostka. Przed 4 mies. przeziębienie, potem gorączki do 38°. Kaszel; sporo plwociny, w której przez 2 tygodnie krew. — Bóle w pr. poł. klatki piersiowej. Od 3 tyg. wyniosłość w okolicy rękojęści mostka, twarda, bolesna, potem większa i miększa. St. ob.: Błada, miernie odżywiona. Nad rękojęścią mostka na wys. II — IV zęb. twór płaski, wielkości pomarańczy, przechodzi

na chrząstki żeber, nieruchomy, zlany z otoczeniem, bolesny. Płuca: oddech zaostrzony; serce nieco w lewo przesunięte. Rentgen: od praw. wneki masywny cień, wielkości pięści, o konturach palczastych. Od tego cienia smugi odchodzą do przepony i szczytu. Prawa przepona wysoka, mało ruchoma. Tumor?

Krew C cr. 3810.000 cm. Hb 55%
b. c. 13000

Pozatem odchyłeń w obrazie niema. W a s s e r m a n —; w płwocinie nie stwierdzono grzybka promienicy. Puncja guza wykazała ropę; znaleziono grzybki promienicy. Ta okoliczność wyjaśniła dopiero całą sprawę i naprowadziła rozpoznanie na właściwe tory. Chodzi tu, najprawdopodobniej, o pierwotną inhalacyjną przemianę prawego płuca w okolicy wneki, przechodzącą na mostek i dającą ognisko wewnętrzne w postaci owego guza! Równie dobrze można było oczekiwać zajęcia opłucnej i żeber. Rokowanie bardzo niekorzystne. Leczenie, zdaniem ref., może ograniczyć się do kuracji jodowej i naświetlań promieniami X, aczkolwiek w wielu przypadkach to ostatnie wywiera wpływ niekorzystny na przebieg promienicy płuca.

W rozprawie Fejgin wypowiada się za stosowaniem zastrzykiwań dożylnych preparatów jodu i miejscowem leczeniem płynem Dakina. Płoński er przytacza 2 przypadki, opublikowane niedawno w jednym z czasopism niemieckich, wyleczenia zakażenia promienicą zastrzykiwaniem dożylnem alkoholu, co i tu mogłoby znaleźć zastosowanie. Mesz objaśnia zdjęcia rentgenowskie. Leczenie promienicy płucnej, a zwłaszcza postaci wnekowej, pr. Rtg. dobrych wyników nie daje.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 5 maja r. 1933.

Przewodniczył A. Z a m e n h o f.

A. Z a m e n h o f. 3 przypadki odklejenia siatkówki, wyleczone operacyjne.

Opierając się na doświadczeniach Weve'go i Larssona, którzy zastosowali diatermokoagulację w leczeniu operacyjnym odklejenia siatkówki, zmodyfikowaliśmy nieco nasze dotychczasowe postępowanie, polegające na obkługaniu przedarcia za pomocą zegadła galwanicznego. Modyfikacja polega na tem, że miejsca, podlegające przebicciu zegadłem, uprzednio koagulujemy za pomocą elektrody diatermicznej w postaci zagiętej szpilki z główką o średnicy około 1,5 mm, stosując prąd o sile 100 — 150 mm A. (drugą elektrodę, o powierzchni około 400 cm², podkładamy pod plecy pacjenta). W ten sposób zabezpieczamy się przed niebezpieczeństwem krwotoku przy

przebijaniu zegadłem uprzednio skoagulowanych punktów. Z drugiej zaś strony, w przypadkach, gdzie gąłka oczna staje się zbyt miękką po pierwszych przebicjach i dalsze przebiccia zegadłem stają się niemożliwe wskutek zapadania się twar-dówki, w miejscach nieprzebitych wytwarzają się również blizny naczyńówki, które, aczkolwiek nieco łagodniejsze, sprzy-jają przyklejaniu się siatkówki.

Diatermokoagulację zastosowaliśmy już w 14 przypadkach, przyczem w 9 otrzymaliśmy wyleczenie, co stanowi stosunkowo bardzo wysoką liczbę wyników dodatnich przy obecnym sta-nie leczenia operacyjnego odklejenia siatkówki.

Z trzech przypadków demonstrowanych jeden operowano na 8 dzień, drugi w trzy tygodnie a trzeci w pół roku po wy-stąpieniu odklejenia.

Krukowski, Potok i J. Melzak. Przypadek mo-czówki prostej. (Z oddziału L. Bregmana)

Chory lat 22, kawaler. Od 9 miesięcy polyuria i poly-dypsia. Pije około 100 szklanek na dobę. Skarży się pozatem na ból w ciemieniu. Schudł, stracił około 20 kg.

Badanie przedmiotowe. Narządy wewnętrzne i układ nerwowy bez zmian. Rentgenogramy czaszki — norma. Odczyn Wassermana w płynie i we krwi ujemny. Meta-bolizm bazalny + 24% i + 27%. Badanie moczu: Cg 1001, białka i cukru niema, osad fizjologiczny. Ilość chlorków w moczu 1,9%₀ (Norma 10%₀)

Próba wodna: 1 porcja 760, 2 — 465, 3 — 350, 4 — 350, ciężar właściwy 1000 — 1005 —, a więc następuje zbyt szybkie wydzielanie płynów i w ilości zwiększonej. Ilość chlorków w moczu 1,36%₀. Ilość chlorków w surowicy 6,46%₀ (Norma 5,4 — 6,1%₀) a więc hyperchloreaemia.

Próba koncentracyjna. I. porcja 500 cm. o cg. 1003, II. porcja 250 cm. o cg. 1001, III. porcja 350 o cg. 1002, IV. porcja 340 cm. o cg. 1002, V. porcja 450 cm. 1002 i VI. porcja 260 cm. o cg. 1001. Ilość chlorków 1,59%₀. A więc chory, mimo iż w ciągu 12 g. płynów nie dostawał, wydzie-lił 2150 cm.³ o ciężarze gatunkowym niskim. A to stwierdza zwiększone wydalenie płynów z niezdolnością zagęszczania.

Badanie frakcjonowane treści żołądka: ilość chlorków w każdej porcji użytkowa (5,96%₀, 3,42%₀, 4,56%₀, 2,38%₀ — Norma 1%₀). Badanie kału — brak chlorków.

Leczenie. Początkowo zastosowano posthypofizynę ze znikomym efektem (liczba szklanek wody, które chory wypii-

jał, zmniejszyła się ze 100 do 70 na dobę). Pozatem zastosowano novasurol, naświetlanie promieniami Rentgena — bez efektu.

Przy przeprowadzaniu próby Danielopolu i Carniot (badanie układu vegetatywnego) zauważono dodatni wpływ atropiny na ilość wypijanych płynów. Od tego czasu chory zaczął otrzymywać codziennie atropinę. Ilość wypijanej wody 28 — 38 szklanek na dobę.

Pokaz uzupełnia Bregman; podaje, że hypophysina okazała się tu mało skuteczną, zwłaszcza na początku — gdy ograniczaliśmy się do jednego zastrzyku dziennie. Po 3 zastrzykach działanie było pewien czas nieco większe, ale szybko się wyczerpywało. W ostatnich dniach otrzymano proszek z przysadki mózgowej do wączania — być może okaże się on bardziej skuteczny (Lesne, Hutinel i in.). Ta większa skuteczność jest, być może, zależna od większej dawki, podawanej w takim stosowaniu, a także, być może, od wolniejszego szybszego wchłaniania się proszku złożonego na błonie śluzowej. Według nowszych poglądów (Marinesco, Pragonesco i inni) moczówka prosta nie różni się zasadniczo od cukrzycy, gdyż i tu ma się do czynienia z zaburzeniem ogólnej przemiany materji i niedostatecznym utlenieniem w komórkach. Prawdopodobnie moczówka prosta spowodowana jest przez naruszenie ośrodka położonego w guzie szarym (tuber cinereum) w najbliższym sąsiedztwie ośrodka, od którego zależne jest utlenianie tkankowe. W danem spostrzeżeniu szczególnie najciekawszym jest, że chory w ostatnim czasie utył, w ciągu 4 miesięcy przybyło mu na wadze kilkanaście kilo. Przez zatrzymanie wody w tkankach otyłość ta nie da się wytlomaczyć, gdyż — jak wiadomo — zdolność zatrzymywania wody w moczówce bywa zwykle zmniejszona. Prawdopodobnie mamy tu do czynienia z b rzadkiem powikłaniem moczówki — zwyrodnieniem tłuszczowo-ściowem, które spowodowane bywa przez zmiany w guzie szarym. Zwyrodnienie to wyraża się przede wszystkim w otyłości; co się tyczy czynności ściowych, to chory wprawdzie miewa erekcje i zmayı nocne, ale chuci ściowej nie odczuwa i stosunków nigdy nie miał. Wreszcie szczególnie ciekawym jest znaczna polifagja, która poprzedzała wystąpienie moczówki i która dowodzi również bliskiego pokrewieństwa pomiędzy moczówką prostą a cukrzycą, gdzie polifagja jest objawem częstym.

J. Mitz i I. Janowski. **Przypadek gruczolakoraka oplucnej** (Z oddz. G. Lewina).

Chory R. A., lat 37, krawiec, zgłosił się dn. 30 września 1932 r. ze skargami na bóle w lewym boku oraz z silnym suchym

kaszlem. Podaje, iż sprawa rozpoczęła się przed 3 miesiącami, kiedy zaczął kaszlać i odczuwać bóle w lewym boku. Początkowo pracował, później jednak musiał zaprzestać pracy. Przez cały czas pobytu w domu nie gorączkował; apetyt miał dobry.

W dzieciństwie jakoby przechodził tyfus brzuszny oraz chorował na nerki. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Stan obecny: Chory budowy prawidłowej, odżywienia średniego. Skóra i śluzówki widoczne normalnie zabarwione. Gruczoły chłonne niemacalne. Ciężota prawidłowa, tętno 84 na 1', miarowe, średnio napięte. Oddechów 22 na 1'.

Przy badaniu narządów wewnętrznych stwierdzono objawy płynu w lewej jamie opłucnowej (stłumienie od kąta łopatki do dołu, drżenie głosowe zniesione, oddech pęcherzykowy osłabiony, kozi bek). Traube wolny. Serce — norma. Ciśnienie krwi 135/75. Jama brzuszna — norma.

30.IX. Mocz — składników patologicznych nie zawiera.

Badanie morfologiczne krwi:

Erytrocytów w 1 mm³ — 4.500.000; Hb 85%.

Index = 0,9.

Leukocytów 7.100

Wzór: E B Ml Pał. Sym. Limf. Mon.

1 0 3 5 64 27 0

Po nakłuciu lewej jamy opłucnowej wypuszczono 500 cm.³ płynu żółtisto-żółtego ze sporym krwisto-zabarwionym osadem. Białko — 2,64%, odczyn Rivalty — ujemny (?). W osadzie stwierdza się poza krwinkami: neutrofilów 24,5%, limfocytów 38,5%, komórek śródbłonkowych 37%. Pozatem skupienia złożone z komórek śródbłonkowych w ilości dochodzącej do stu.

Prześwietlenie Rtg. klatki piersiowej wykazuje, iż lewa połowa pola płucnego jest zaciemniona.

6X. Odczyn Wassermanna |
„ Citochology | we krwi ujemny.

8X. Odczyn Bierneckiego (opadanie czerwonych krwinek) — 1 godz. 50 min.

Plwociny nie badano, gdyż chory jej nie oddaje.

18/X. Z powodu narastania ilości płynu dokonano ponownego nakłucia lewej jamy opłucnowej i wydobyto około 750 cm.³ płynu o zabarwieniu krwistym.

Płyn wysłano do pracowni z rozp. tumor pleurae. Badanie wykazało: ciężar gat. 1016; białka 3,96%. Odczyn Rivalty — dodatni. W preparatach bezpośrednich skupień nowotworowych nie stwierdzono.

Bezpośrednio po wypuszczeniu plynu wykonano zdjęcie Rtg klatki piersiowej, które wykazało, że dolna połowa pola płucnego lewego jest zupełnie zaciemniona; zaciemnienie zlewa się z cieniem serca i przeponą.

22/X. Stan podgorączkowy, skargi na bóle w lewej łydce. Rozpoznano: Trombophlebitis in reg. extrem. inf. sin. Różnica wymiaru łydek o 3 cm. na korzyść lewej, obrzęk lewego podudzia.

25 X. Zaczęto stosować naświetlania lampą k w a r c o w ą na lewą tylną powierzchnię klatki piersiowej.

5/XI. Wypisany na własne żądanie bez poprawy z rozpoznawaniem: Pleuritis exsud. sin.

Dnia 23 listopada 1932 r., t. j. po 18 dniach, ponownie chory przybył do szpitala z powodu stałych bólów i uczucia ciężkości w lewym boku. Stan obecny nieco się zmienił. Lewa połowa klatki piersiowej porusza się mniej przy oddychaniu niż prawa. Słumienie sięga już od IV kręgu piersiowego ku dołowi; słumienie to idzie także w kierunku pachy i łączy się ze słumieniem lewej granicy serca. W obrębie słumienia drżenie głosowe osłabione, osłuchowo oddech pęcherzykowy osłabiony. Nad resztą płuc opuk jawny, oddech pęcherzykowy prawidłowy.

Serce — odchylen od normy nie wykazuje. Ciśnienie krwi 135/70.

24/XI. M o c z — żadnych składników patologicznych.

3/XII. Dokonano nakłucia jamy opłucnowej lewej: wydobyto 550 cm³ plynu krwawego, mętnawego. Białka 6,6%, odczyn Rivalty — dodatni. O s a d: krwinki, pozatem prawie wyłącznie limfocyty, nieliczne leukocyty i komórki nabłonkowe.

5/XII. Chory skarży się od kilku dni na bóle ciągnące w lewej kończynie dolnej, przeważnie w okolicy stopy i łydki.

29/XII. Chory nagle dostał duszności bardzo silnej i bólów w lewym boku — lekarz dyżurny wykonał punkcję pleuralną, wypuszczając około 1000 cm³ plynu surowiczego-krwistego.

Po nakłuciu ciepłota wiecz. 37,4°, tętno 100 na 1', słabo napięte. Wygląd niedobry, oczy wpadnięte. Nad koniuszkiem i w okolicy dolnej serca silne tarcie szorstkie bliskie ucha, zgodne z oddechem. W płucach: słumienie z lewej strony od dołu łopatki, tamże oddech zupełnie zniesiony.

2/I.1933. Temp. 37,8°, tętno 120 na 1', mało wypełnione. Tony serca gluche, tarcie znikło. Płuca — bez zmian.

W okolicy otworu punkcyjnego — e m p h y s e m a s u b e u t a n e u m.

Prześwietlenie i zdjęcie Rt g. klatki piersiowej.

Ilość płynu wybitnie się zmniejszyła. Po lewej stronie trójkątny cień, idący od konturów serca do płynu (pleuritis mediastinalis). Gruczoły wętkowe po prawej stronie wzmożone.

Badanie płuc wykazuje z tyłu po lewej stronie stłumienie, idące od środka łopatki ku dołowi. Cała okolica pachowa lewa daje w opuku stłumienie. Traube wolny. Pod lewym obojczykiem pas przytłumienia szerokości 2—3 palców, tamże osłabiony oddech pęcherzykowy.

23/I Morfologia krwi:

Erytrocytów 4.200.000. Hb.—80 %; Index—0,9.

Leukocytów 7000.

Wzór: E. B Ml Pał Segm. Limf. Mon.

2 0 3 5 62 26 2

Odczyn Biernackiego — 1 godz. 30 min.

Odczyn Wassermanna {
„ Citocholowy { we krwi ujemny

30/I. Chory ma silną duszność. Stłumienie sięga do grzebienia łopatki, oddech zniesiony, egofofja. Dokonano nakłucia lewej jamy opłucnowej i wypuszczono 1250 cm³ płynu krwistego. Białka 2,54%, odczyn Rivalty — dodatni, Osad: limfocyty.

2 II. Chory ma suchy kaszel, w płucu lewym na całej górnej połowie oddech metaliczny, wyraźne succusio Hippocratis z metalicznym odcieniem. Ciepłota wiecz. 37,1°.

Zdjęcie Rt g. klatki piersiowej: W lewej jamie opłucnowej, prócz płynu o poziomie gładkim, znajduje się powietrze, uciskające płuco ze wszystkich stron: u dołu więcej, u góry zupełnie przyściennie cieniutka warstwa powietrza oddala płuco od żeber (zrost). Zrost znajduje się również u dołu z przeponą. Opłucna u dołu zgrubiała.

W następnych dniach ciepłota spada do normy, chory nie ma już duszności, succusio znika. Stłumienie od tyłu po stronie lewej sięga do środka łopatki.

W końcu lutego wypuszczono z jamy opłucnowej lewej 1½ litra płynu krwistego. Wpuszczono 1000 cm³ powietrza celem umożliwienia dokonania torakoskopji.

Torakoskopja (M. Bloch) wykazała na opłucnej, naogół mało zmienionej, 2 okrągłe płaskie guzeczki wielkości grosza, o zabarwieniu szarawem, z pępkowato wkle-

śniętym środkiem i czerwonoawo-brunatnej obwódce. Od III międzyżebrza w linii pachowej środkowej odchodzi w kierunku płuca powrózkowaty zrost. U dołu jama oplucnowa wykazuje obecność płynu.

Na podstawie obrazu torakoskopowego można było wnioskować, że o gruźlicę tu nie chodzi. Cova w atlasie swym podaje obraz taki, jako przerzuty rakowate do oplucnej.

12 III. Wypisuje się na własne żądanie.

Chory w domu przebywał około miesiąca. Samopoczucie było gorsze, miał silną duszność oraz klucie w przedniej części klatki piersiowej, po stronie lewej. Znacznie schudł i osłabł. Nie gorączkował.

Przybył do szpitala poraz trzeci dn. 22 kwietnia 1933 r. w innym już stanie. Skóra i śluzówki jaskrawo blade. Ciepłota prawidłowa.

W lewym dole pachowym macalny gruczoł wielkości śliwki, twardy, niebolesny, ruchomy, w VI międzyżebrze w linii pachowej przedniej pod skórą gruczoł wielkości grochu, twardy, ruchomy, niebolesny,

Płuca — po stronie lewej od tyłu stłumienie od grzebienia łopatki ku dołowi. Z przodu: od góry ku dołowi do przestrzeni Traubego stłumienie. Oddech pęcherzykowy osłabiony. Drżenie głosowe osłabione.

Serce: uderzenie koniuszkowe widoczne w linii przy-mostkowej prawej. Granice górna i lewa zlewają się ze stłumieniem nad płucem. Tętno czyste.

Z powodu duszności i przesunięcia serca dokonano punkcji pleuralnej i wypuszczono 500 cm³ płynu krwawego. (Odczyn Rivalty — dodatni, białka — 2,64%; przy badaniu cytologicznym stwierdzono wyłącznie elementy naciekowe i nieliczne śródbłonki. Skupień komórkowych o typie nowotworowym nie stwierdzono. Posiew jałowy).

Po zabiegu — uderzenie koniuszkowe po stronie prawej znikło, jest niewyczuwalne i niewidoczne. Granica prawa serca stwierdza się w linii mostkowej prawej.

27.IV dokonano wycinka z gruczolu chłonnego z lewego dołu pachowego. Badanie histopatologiczne (M. Pióński) wykazało: cały gruczoł zajęty przez elementy nowotworowe, nietypowe, o charakterze gruczolakowatym.

Rozpoznanie: Metastasis adenocarcinomatis.

Przedstawiamy ten przypadek ze względu na jego rzadkość i wahania rozpoznawcze.

Płyn wydobyty podczas nakłucia jamy opłucnowej, wykazywał ciężar gatunkowy 1016, co wskazywało, iż jest płynem zapalnym. Odczyn Rivalty początkowo był niewyraźny, raczej ujemny, później stał się dodatnim. Ilość białka wahała się od 2,64% — 6,6% — są to też cechy płynu zapalnego.

Początkowo wysięk był słomkowo-żółtej barwy, później stał się krwistym. Wiemy, iż cały szereg cierpień daje płyn krwisty, jak naprz. skorbut, hemofilja, icterus nephritis chr., gruźlica oraz nowotwory płuc i opłucnej. Trudno było stwierdzić tło schorzenia.

Myśl o nowotworze opłucnej nasuwała się już podczas pierwszego pobytu chorego w szpitalu. Niestety, badania, wtedy przeprowadzone, nie potwierdziły naszego przypuszczenia.

Torakoskopia, wykonana podczas drugiego pobytu chorego w szpitalu, w sposób dość pewny wskazywała, iż lewa opłucna zajęta jest przez sprawę nowotworową. Wobec braku jednak doświadczenia w dziedzinie torakoskopji i braku odpowiedniego atlasu (później dopiero uzyskaliśmy atlas Covy) rozpoznanie ciągle było jeszcze niepewne.

Dopiero podczas trzeciego pobytu chorego w szpitalu stwierdzono przerzuty nowotworowe do gruczołu pachowego, co pozwoliło ustalić rozpoznanie z całą pewnością.

Należało jeszcze ustalić punkt wyjścia nowotworu.

Badanie narządów wewnętrznych, jak przewodu pokarmowego, gruczołu krokowego oraz wielokrotne zdjęcia Rtg. płuc, nie pozwalają stwierdzić ogniska pierwotnego.

Dlatego też nie jest wyłączone, że mamy do czynienia z pierwotnym rakiem opłucnej. Przemawiałaby jeszcze za tem długotrwałość sprawy chorobowej. Podczas 8-miesięcznej obserwacji wyniszczenie mało postępuje. Wiemy, iż pierwotne nowotwory opłucnej mają tendencję powolnego rozwoju i nie powodują szybkiego wyniszczenia organizmu.

W rozprawie Mitz tłumaczy, że przypadek ten zasługuje na uwagę, gdyż wielokrotne nakłuwania opłucnej mogły spowodować wsysanie się powietrza przez otwór punkcyjny i dać klinicznie obraz odmy samoistnej.

Wobec nieustalenia punktu wyjścia nowotworu oraz powolnego przebiegu sprawy chorobowej należy przyjąć, że ma się tu do czynienia z pierwotnym rakiem opłucnej.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 26 maja 1933 r.

Przewodniczył R o t s t a d t.

Goldstein, Bielenki i Goldkorn. Plomba płucna w przypadku gruźlicy jamistej u cukrzycowej.

Chora lat 53, bez zajęcia, zgłosiła się 13.X 1932 na oddział ze skargami na kaszel męczący z obfitą plwociną oraz na brak łaknienia i upadek sił. Cierpienie datuje od Wielkiejnocy r. 1932; wówczas, wśród zupełnego zdrowia, do stała gorączki i poczuła silne bóle w boku prawym. Od tego czasu straciła na wadze 8 klg. Pozatem cierpi od 6 lat na niezwykle pragnienie; badanie moczu wykazało obecność cukru.

Matka zmarła z powodu krwotoków płucnych.—Badanie wykazywało stale po stronie prawej stłumienie od szczytu do II żebra, wzgl. do $\frac{1}{2}$ łopatki. Osłuchowo w obrębie stłumienia — z przodu — oddech oskrzelowy, w I międzyżebżu z odzieniem amforycznym oraz rżęzenia drobno- i średniobańkowe dźwięczne, szczególnie po kaszlu.

Po stronie lewej — poza lekkim skróceniem odgłosu opukowego w górnym odcinku z zaostrozonym oddechem — nic szczególnego nie stwierdza się.

R e n t g e n o g r a f j a: Po stronie prawej międzypłatowa smuga w środkowej części pola płucnego. Mocne zagęszczenie górnego płata z powodu nacieków, zrostów i dużej jamy pod obojczykiem z zawartością płynną.

B a d a n i e m o c z u wykazywało obecność znacznych ilości cukru — od 3 do 5%. Ciał acetonowych nie było. Poziom cukru we krwi od 1,6 do 2,4%.

P l w o c i n a wykazywała przed zabiegiem znaczne ilości prątków — kilkanaście w każdym polu widzenia. Ilość plwociny przekraczała stale 100 cm.³ na dobę.

Odczyn Biernackiego przed zabiegiem — 26 min. i 16 min.

M o r f o l o g j a k r w i, badana 3-krotnie ante operationem, wykazywała stale znaczną leukocytozę — 16.000 leukocytów — i neutrofilozę. W danym przypadku rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości. Chodziło tylko o wybór postępowania terapeutycznego. O odmie mowy być nie mogło z powodu olbrzymich zrostów. Wyrwanie nerwu przeponowego również nie mogłoby dać zapadnięcia się jamy ze względu na jej położenie, wielkość oraz sztywność ścian. Wobec takiej

jamy, zamurowanej w zrostach, jedynym zabiegiem, któryby sam uciskał jamę i w ten sposób uniemożliwił dalsze wysiewy gruźlicze, jest plomba, którą też wykonał Goldstein 23.III po uprzednim odcukrzeniu chorej za pomocą insuliny.

Obecnie, 10 tyg. po zabiegu, chora czuje się dobrze, nie gorączkuje, odpluwa o wiele mniej — do 25 cm.³ na dobę; prątków b. mało — jeden na kilkanaście pól widzenia; leukocytoza znikła, sedymentacja cz. krwinek również wydłużyła się do 38 minut.

W rozprawie Lubliner podaje krótki zarys stosowania plomb płucnych w okresie, gdy sam przed wielu laty miał możność poznania tej metody u Brauera w Hamburgu. A. Goldman mówi o sposobie zakładania plomb sposobem Sauerbrucha, pozaopłucnowo, w przypadkach głębokich ropni płuc, co po pewnym czasie zbliża ropień do plomby, t. j. do powierzchni płuc i umożliwia wreszcie opróżnienie ropnia przez nacięcie. Bieleńki omawia wskazania do wykonania plomb. W danym przypadku sposób postępowania taki niezupełnie był odpowiedni, lecz względy, o których już mówił prelegent, skłoniły jednak do obrania tej metody leczniczej. Sołowiejczyk wymienia groźne powikłania tego zabiegu, mogące nastąpić w samych jamach gruźliczych, zwł. gdy są w stanie ropnym. S. przed wojną u poborowych często widział powikłania b. przykre po zastrzykach parafinowych w różne części ciała, by pozorować guzy, zwalniające od służby wojskowej. Płonkier zastanawia się nad odczynami późniejszymi tego zabiegu. Goldstein tłumaczy, że parafiny nie tłoczy się do jamy gruźliczej, lecz extrapleuralnie, by wywołać zdala ucisk na kawernę — a to ma cel terapeutyczny.

Sołowiejczyk i Piwko. Pokaz 2 chorych po parathyreoidektomji z powodu polyarthriti ankylopoetica. (Streszczenia nie otrzymano).

W rozprawie Sołowiejczyk, omawiając trudności techniczne zabiegu operacyjnego, podaje, że zasadniczo należy usunąć całą tkankę tłuszczową dookoła art. thyreoid. interioris, gdyż poszukiwanie przytarczycy następcza b. duże trudności.

Płonkier uważa, że kontrola histologiczna na miejscu podczas operacji jest najsluszniejsza, gdyż topografia przytarczyczek jest tak różnorodna, że nawet z usunięciem całego płata tarczycy niema pewności, czy zostały usunięte i przytarczyczki.

Lubelski podziela sposób postępowania Sołowiejczyka.

Goldman przytacza poglądy niektórych autorów, którzy na zasadzie ostatnich spostrzeżeń doszli do przekonania, że poprawa, uzyskana w tego rodzaju cierpieniach przez usunięcie przytarczynek, jest przemijająca.

Fejgin zapytał, czy były jakie zmiany w wyciętych przytarczyzkach. Płoński tłumaczy, że w jednym przypadku stwierdził przerost, w drugim zanik, w pozostałych przypadkach przytarczyzki okazały się niezmienione.

Wertheim jest zwolennikiem operowania w podobnych schorzeniach. Przytacza pomyślne wyniki, które uzyskał sam w dwu operowanych niedawno przypadkach. Badanie wykazało ponadto znaczny spadek calcaemji. W. nosi się również z zamiarem operowania przytarczynek w jednym przypadku sklerodermji.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 23 czerwca r. 1933.

A. Potok. **Przypadek Spondylitis posttyphosa.**
(Z oddz. L. Bregmana).

Chory lat 26, kawaler. 6 miesięcy temu zachorował ciężko, wysoko gorączkował. Przez 2 tyg. leżał w domu, następnie przez 3 tyg. w szpitalu w Brześciu n Bug., gdzie serologicznie stwierdzony został dur brzuszny. Chory następnie wypisał się do domu, lecz wkrótce zjawily się bóle, promieniujące od kręgosłupa ku przodowi do brzucha. Bóle były stałe i b. silne. Prócz tego od czasu do czasu napady kurczów w brzuchu. Zaburzeń w urynowaniu nie było. Pozatem wywiad bez znaczenia. Przy badaniu stwierdzono: Narządy wewnętrzne bez zmian. Nerwy czaszkowe i kończyny zmian chorobowych nie przedstawiają; odruchy wszędzie zachowane, patologicznych nie stwierdza się. Linja kręgosłupa nierówna, w części dorsalnej skrzywienie w prawo, w lędźwiowo-krzyżowej na lewo, bolesność uciskowa w okolicy lędźwiowej $L_1 - L_2$, obarczanie pleców bolesne. Chory chodzi sztywno, oszczędzając przytem stałe kręgosłup, chodzi zwolna małymi krokami. W moczu, krwi i płynie mózg. rdzeniowym nic patologicznego nie znaleziono. Widal we krwi dodatni. Rentgen kręgosłupa potwierdził nasze przypuszczenie co do spondylitis posttyphosa i wykazał, że szpara między trzonami $D_{12} - L_1$ jest zwężona, dolna krawędź trzonu ma ogniska rozrzedzenia kości. Lewe XII zebro nadżarte.

W rozprawie Dworecki podkreślił, że dość często dur brzuszny powoduje zapalenie szpiku kostnego, nawet i w okresie odległym. Dotyczy to kości długich. Zajęcie

kręgów wydarza się rzadko i z tego też względu przypadek zasługuje na wyróżnienie. Rotstادت zaznaczył, że cierpienia kręgosłupa tego rodzaju były dość częstym tematem pokazów na posiedzeniach klinicznych, jako powikłanie w mniej lub więcej odległym okresie po przebytych durze brzusznych. Spostrzega się omawiane cierpienie kręgów również i na tle zakażenia rzeżączkowego, co jest częstsze, niż się przypuszcza; obecnie łatwiej wykryć podłoże to na podstawie gonereakcji krwi. Również i dawniejszy pogląd o zajęciu w rzeżączce zazwyczaj jednego tylko stawu jest niesłuszny.

Berland. Przypadek zniszczenia prącia spowodowanego wrzodem wenerycznym. (Z oddz. St. Markusfelda).

Dwudziestoletni szofer wstąpił na oddział 30 maja r. b. z powodu bolesnego owrzodzenia na żołędzi, które pokazało się w pierwszych dniach maja — a 25 maja przebiło cewkę.

W ciągu 3-ch tygodni chory — z własnej inicjatywy — zasypywał owrzodzenie pudrem „Bebe“. Dopiero 19 maja zgłosił się do lekarza, który zaordynował okłady i leczenie przeciwprzemiotowe.

Przed 9-ciu miesiącami pacjent przyjął 10 zastrzyków bizmutu i 5 novarsenob. z powodu objawu pierwotnego i wysypki.

Pił i palił dużo. Innych chorób nie przechodził. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

St. ob.: W dniu przyjęcia do szpitala stwierdzono u chorego, wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienia miernego: bladłość powłok skórnych i dostępnych śluzówek. obrzęk i zaczerwienienie napletka, który odprowadzić można było do $\frac{1}{2}$ długości żołędzi, wykazującej na swej dolnej powierzchni owrzodzenie, wielkości srebrnej pięciozłotówki, o dnie nierównym, pokrytem trudno ścierającą się obfitą treścią ropną, o brzegach zaczerwienionych, niepodminowanych. Dno owrzodzenia odsłaniało 5-ciocentymetr. odcinek obnażonej cewki. Strumień moczu z obnażonej cewki szerokości 5 cm..

Gruczoły chłonne pachwinowe i udowe wielkości grochu polnego do fasoli, twarde, przesuwalne; lewostronne — bolesne. W narządach wewn. i układzie nerwowym — nic szczególnego. Odczyn Wassermana ++++ Cit +++. Odczyn na szczepionkę Dmelcos — dodatni. Obecnie spostrzega się tu zniszczenie dolnej części żołędzi prącia wielkości około złotych z obnażeniem cewki na przestrzeni 5 cm.. Powierzchnia owrzodzenia gładka, wypełnia się zdrową ziarniną. Gruczoły chłonne pachwinowe i udowe nieznacznie powiększone, niebolesne.

B. przedstawia przypadek ze względu na znaczne zniszczenie prącia z obnażeniem cewki — na skutek wrzodu wenerycznego, nieodpowiednio leczonego i nierozpoznanego, u chorego z przymiotem niedostatecznie leczonym.

W rozprawie S o ł o w i e j c z y k omówił sposoby plastyki, które możnaby tu było zastosować, aby zamknąć choć częściowo wytworzony defekt.

P ł o ń s k i e r. Pokazy anatomiczne:

Nowotwór złośliwy oraz polipy żołądka.

Na sekcji kobiety 64-letniej stwierdzono „lymphosarcoma“ dna i trzonu żołądka oraz 2 polipy w okolicy odźwiernikowej. Przerzuty mięsaka stwierdzono w gruczołach limfatycznych jamy brzusznej oraz w pochwie.

Śmierć nastąpiła naskutek opadowego zapalenia płuc.

W rozprawie A b r a m o w i c z omawia różnorodne sprawy rakowe żołądka pod względem makroskopowym i histopatologicznym. Demonstrowany tu przypadek mięsaka limfatycznego możnaby wytłumaczyć istniejącymi silnymi zrostami żołądka ze śledzioną. P ł o ń s k i e r w odpowiedzi rozważa sprawę mięsaków limfatycznych, jako zagadnienia układowego — mogą one powstawać z błon śluzowych, które zawierają nieraz bardzo małe ilości tkanki limfatycznej.

D w o r e c k i i P ł o ń s k i e r. Przypadek posocznico-ropnicy, wywołanej przez pałeczkę okrężnicy.

Przypadek dotyczył mężczyzny l. 31, który przed 2 laty był operowany z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, a przed 8 miesiącami przeżył usunięcie pęcherzyka w związku z kamcią żółciową. Chory o żółtaczkowej barwie skóry skarży się na bóle w brzuchu, zwłaszcza w okolicy blizny pooperacyjnej, wysoko gorączkuje (w chwili przybycia na oddział t^0 — 37.8^0 , później — często ponad 39^0), ma tętno przyspieszone; często wymiotuje. Stan w szpitalu coraz się pogarsza, występują objawy oponowe, powstają rozległe ropowice w okolicy uda, później na podudziu a po tygodniu w okolicy praw. ramienia. Ropnie leczono chirurgicznie; wobec ogólnego zaś ciężkiego stanu septycznego stosowano — poza cytotropiną i innymi środkami farmaceut. — autoszczepionkę i przetaczanie krwi. Stan jednak stale się pogarszał i chory w 18-ym dniu pobytu w szpitalu zmarł. Za życia wyhodowano ze krwi czysty szczep pałeczek okrężnicy. Te same drobnoustroje wyrosły również z posiewu

mętnego z ropnych ciałek płynu mózgowodzeniow. i z treści ropnych ognisk na kończynach. Podkreślając tak rzadkie w koliseptycemji mnogie i rozległe przerzuty w różnych narządach (zapalenie opon mózgowych, ropowice na udzie i ramieniu), Dworecki omawia pokrótce częstość (większą, niż podają powszechnie statystyki), punkty wyjścia, patogenezę i główne rysy kliniczne posocznic, wywołanych przez pałeczkę okrężnicy. W przypadku demonstrowanym przypuszczalnem ogniskiem pierwotnem zakażenia była zapalnie zmieniona przywątrobowa blizna po cholecystektomji („chologene sepsis“).

Na sekcji stwierdzono: ropne zapalenie opon mózgowych, brodawkowate zapalenie zastawki dwudzielnej serca, zawały w śledzionie i w nerkach, zakrzepowe ropne zapalenie żyły wrotnej, ropnie w wątrobie, ropowicę prawego uda i ramienia, zapalenie migdalków, zapalenie tchawicy, stłuszczenie m. sercowego, obrzmienie śledziony, zrosty opłucnowe, stan po wycięciu wyrostka robaczkowego i pęcherzyka żółciowego.

Badania histologiczne wykazały w zastawce dwudzielnej liczne pałeczki w urazach zakrzepowych; w wątrobie—nacieki zapalne w tkance okołozrazikowej, przeważnie dookoła naczyń; w miejscu pooperacyjnem pęcherzyka nacieki zapalne i komórki olbrzymie ciał obcych.

Przypuszczać można, że punktem wyjścia ogólnej posocznicy było miejsce pooperacyjne w okolicy wątroby.

W rozprawie Fejgin pyta czy histologicznie nie było objawów zapalnych w drobnych przewodach żółciowych, pońadto stwierdza, że kliniczne pojęcie endocarditis verrucosa nie godzi się z powstawaniem zatorów, które należą wyłącznie do obrazów klinicznie definyjowanych, jako endocarditis subacuta lenta lub ulcerosa. Bregman podkreśla wyjątkową rzadkość spraw mózgowych na tle bacterium coli, zaznacza przytem, że nie miał możności spostrzegania na tem podłożu ani jednego przypadku zapalenia opon. Zna natomiast przypadki ropnia mózgu, wywołanego przez pałeczkę okrężnicową. Natanson nie podziela wywodów Płońskiego co do punktu wyjścia sprawy w miejscu, operowanem przed 2 laty, które to wywody oparte są na znalezieniu niezrezorbowanych szwów jedwabnych i stwierdzeniu odczynu lekkiego stopnia w okolicy bezpośredniej szwów.

Płoński er. Pokaz anatomiczny.

Guz kątnicy.

Na sekcji 53-letniego mężczyzny stwierdzono olbrzymi guz kątnicy (Lymphosarcoma). W przebiegu klinicznym — bóle

w okolicy pr. talerza biodrowego od kilku miesięcy; znaczne wychudnięcie. Śmierć nastąpiła po operacji — następek zapalenia otrzewny.

Rak żołądka z przerzutami do szpiku.

U mężczyzny 39-letniego stwierdzono raka w okolicy odźwiernikowej żołądka oraz przerzuty w gruczołach limf. brzucha, śródpiersia, w sieci, płucach, wątrobie i w szpiku kostnym. W obrazie klinicznym istniały znaczne zmiany we krwi — przemawiające za ostrą białaczką.

W rozprawie, w związku z pokazem przypadku raka żołądka, Bernstein zaznacza, że nieprawidłowe rozpoznanie kliniczne było tu usprawiedliwione niemożnością przeprowadzenia dokładniejszych badań ze względu na krótki czas obserwacji i ciężki stan chorego w chwili przybycia na oddział. Jednakże zrazu obraz krwi i przebieg kliniczny upoważniał klinicystę do myślenia przede wszystkim o ostrej białaczce. Szour, zastanawiając się nad objawami klinicznymi w tym przypadku, sądzi, że zdjęcie rentgenowskie żołądka, zarówno jak i nakłócie szpiku kostnego, nie wyjaśniłoby tu sprawy, natomiast obraz kliniczny z gorączką, wyglądem chorego, wynik badania krwi obok braku powiększonej śledziony i gruczołów mógł nasunąć przypuszczenie białaczki typowej.

Wynik badania pośmiertnego wykazał błąd rozpoznania, co poucza niezbitcie, że gdy mamy do czynienia z nietypową białaczką, należy zawsze bardzo skrupulatnie szukać innych przyczyn cierpienia poza skazą krwotoczną. Fejgin pyta, czy badano szpik kostny w kościach płaskich, a zwłaszcza mostku; F. nie zgadza się z wywodami Szoura, który przechodzi nad punkcją szpiku kostnego do porządku dziennego, F. przeciwnie, zaleca nie zapominać o tym kardynalnym sposobie badania przyżyciowego krwi, które prawie zawsze rozstrzyga w przypadkach wątpliwych o istocie schorzenia

Cytrynik. 1) **Przypadek ostrego liszaja rumieniowatego.** (Z oddziału St. Markusfelda).

El. S. przyjęta 14.5 r. b. Podaje, że przed 2 mies. wystąpiły na nosie „pryszczki“; po zastosowaniu „mocnej“ maści wystąpiło zaczerwienienie całej twarzy; w tym samym czasie przechodziła podobno zapalenie nerek. Po kilku tygodniach zjawily się wykwitły na palcach u rąk, a przed 2 tygodniami plamy na k. k. d, poprzedzone bólami w stawach rąk i nóg. W dzieciństwie malarja; przed kilkunastu laty tyfus. 4-ty rok mężatką, jedna ciąża; poroniła w 2-im miesiącu (przed 1/2 rokiem) menses od 13 r. z., co 4 tygodnie, 4—5 dni. St. ob.: 14/V r. b.: odżywienia lichego, budowy prawidłowej; twarz i powieki obrzękłe;

skóra policzków, nosa, czoła i ciemieniowej uwłosionej części skóry głowy o barwie ciemnoczerwonej z odcieniem sinawym, pokryta licznymi brudno-żółtymi, mocno przylegającymi strupami; pod niektórymi strupami powierzchnia sucha, żywo czerwona. Na szyi i nad mostkiem skóra barwy jednolitej, żywo czerwonej; na piersiach i na brzuchu bardzo liczne wykwity drobno-grudkowe, barwy sinawej. Na grzbietach palców u rąk i nóg blaszki barwy czerwonej; na powierzchni zgięcia ograniczone miejsca barwy wiśniowej, pokryte w części środkowej brunatnymi strupkami, mocno przylegającymi; obok tych wykwitów ogniska, wielkości grochu, w przekroju barwy blado-sinej, pokryte skórą ścięcałą. Na podudziach i stopach liczne wykwity plamiste wielkości łepka u szpilki, barwy wiśniowo-czerwonej, nieustępującej z ucisku. Błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli bez zmian. W płucach: skrócenie odgłosu opukowego od grzebienia łopatki lewej ku dołowi, liczne dźwięczne rżenia w dole lewego płuca. Tętno serca czyste; tętno 120. Wątroba wystaje o 2 palce z pod łuku żebrowego, śledziona — niemacalna. W układzie nerwowym — norma. Zdjęcie Rtg. kl. p. wykazało: w dolnej części lewego pola płucnego plamiste zgęszczenie ze zlewających się ognisk naciekowych. W moczu 18 V.33: białka 1,32%, wałeczki ziarniste 1-2 w p. w. szkliste do 8 na preparacie; nieliczne nabłonki płaskie i cylindryczne, leukocyty 0-1 w p. w., czerwone c. niewyługowane 3-5 w p. w. Morfologia krwi: Białych c. 17000 — (neutrochl. 89%, myeloc. 2%, limfocytów 4%, jednojądr. i przejściowych 7%). Czerw. c. — 2.770.000, hemogl. 46,5%. wsk. barw 0,84, płytek — 69250. Mocznika w krwi = 0,88%, kw. moczowego 63 mgr. ‰. Posiew krwi jałowy; odczyny Widal'a, Weil-Felixa, Wass-a — ujemne. Chora stale gorączkuje, wie zorami 38^o; ogólny stan ciężki; zmiany na skórze ustępują. Na zasadzie obrazu klinicznego C. rozpoznaje tu ostry liszaj rumieniowaty (lupus erythematoses acutus), przebiegający jak ostra sprawa zakaźna, dający powikłania w postaci zajęcia nerek, bólów stawowych z wybroczynami, jak w danym przypadku. Zmiany w płucach C. również łączy z daną sprawą chorobową, uważając je za punkt wyjścia cierpienia.

2) Przypadek Xanthomatosis.

Sz. T., lat 57. Przed 17 laty zjawiły się plamki żółte na powiekach górnych: trwały bez zmiany lat 5, później zjawiły się plamki żółte na szyi, stopniowo się powiększały; przed 3—4 laty zjawiły się podobne zmiany na uwłosionej skórze głowy i wkrótce na ramieniu lewym. W 16 r. ż. ospa naturalna, trzykrotne zapalenie płuc; menses od 21 r. ż. co 4 tygodnie, 3—4; menopauza od 50 r. ż.

St. ob.: budowy prawidłowej, odżywienia lichego; uwłosiona skóra głowy zmieniona na znacznej przestrzeni: w części ciemieniowej barwy ciemno-żółtej, w częściach skroniowych, i potylicowej o barwie brunatnej; części zmienione są bez włosów; dotykiem wyczuwa się tu twarde blaszki, jakby złogi. Na czole na częściach skroniowych skóra barwy żółtej w smugach ciemno-brunatnych, twardych, nieregularnych. Powieki górne i dolne barwy żółtej ze smugami brunatnymi; tu też płaskie wygórowania w postaci twardych blaszek. Nos i przylegające części policzków, wargę górną i broda — barwy sinawej. Na szyi, karku i przedniej powierzchni kl. p. do II przestrzeni międzybrowowej skóra barwy ciemno-żółtej, poprzecinana ogniskami ciemno-brunatnymi; na powierzchni zmienionej widoczne wystające blaszki, podobne do wyżej opisanych. Skóra zmieniona odcina się od skóry normalnej spoistym wałem o szerokości palca. Zmiany podobne stwierdza się też na ramieniu lewym i miejscami na plecach, brzuchu

Wyraźne żółte zabarwienie podniebienia miękkiego. W płucach: przytłumienie nad obu szczytami, obfite drobne dźwięczne rzęzenia w dole płuc, liczniejsze w lewym.

Serce — szmer skurczowy na koniuszku; na tętnicy płucnej I ton nieczysty, drugi — akcentowany; tętno miarowe, 90 na 1'. Wątroba wystaje o jeden palec poniżej linii pępkowej poprzecznej, brzeg twarde, nierówny. Śledziona niemacalna. W układzie nerwowym — norma. Morfologia krwi: białych c. 11800, zasadochl. 1,5%, eozynochl. 3,5%, obojętnochl. 72,5%, limfoc. 18% jednojądrz. i przejsc. 5,5%. Czerw. c. 4750,000 hemogl. 60%, wsk. barw. 0,73. Chemiczne badanie krwi wykazało: kwasu moczowego 26 mgr. ‰, mocznika 0,40⁰/₁₀₀, cukru 0,85⁰/₁₀₀, cholesteryny — 264 mgr. w 100 cm³ surowicy. Badanie histologiczne wykazało w skórze właściwej obecność komórek, których zaródź zawiera substancję zbliżoną do tłuszczu.

Na zasadzie objawów klinicznych, chemizmu krwi i obrazu histologicznego C. rozpoznaje tu Xanthomatosis. Należałoby może wziąć pod uwagę i Pseudoxanthoma elasticum, lecz w tej występuje zwyrodnienie włókien sprężystych, czego w danym wypadku nie było.

Tak rozległe zmiany, jak tu, rzecz rzadka. Co do etiologii schorzenia, to w pierwszym rzędzie przypuszcza się zaburzenia w przemianie materji, mianowicie w przemianie cholesteryny. Cholesterinemja (Chauffard) powstaje biernie wskutek schorzenia wątroby albo czynnie wskutek zaburzeń w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym; niektórzy dopatrują się skłonności wrodzonej do tego schorzenia, nawet skłonności dziedzicznej i włączają je do nowotworów, zbliżonych do znamion.

W rozprawie Fejgin podkreślił znamienne cechy w przypadku ostrego liszaja, które przemawiałyby zrazu za sprawą paciorkowcową; jednakowoż ze względu na zmiany w dolnych płatach płuc nasuwa się przypuszczenie innej etiologii, która (w ujęciu Landouzy) stanowi jakby rodzaj posocznicy gruźliczej. F. proponuje wykonać odczyn Besredki z surowicy. — W przypadku Xanthomatosis zaburzenia w przemianie lipidów następują F. wskazanie leczenia tu wyciągami wątroby.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 6 października 1933 r.

Przewodniczył Altkauter.

Słowiejczyk, poza porządkiem dziennym, uczcił w serdecznym wspomnieniu pamięć Dr. Rajterkrafta, ucznia i asystenta swego, podkreślając, że był on wzorem obowiązkowości w pracy oddziałowej. Niezwykle utalentowany i wykształcony stawał się w szybkim tempie samodzielny, rozważnym chirurgiem. — Szlachetny w czynach młodego swego żywota, zaskarbił sobie przyjaźń i szacunek chorych, kolegów i przełożonych. — W codziennej żmudnej pracy oddziału chirurgicznego pamięć o Nim długo żyć będzie.

Kigiel. Przypadek usunięcia ciał obcych z żołądka. (Z oddz. M. Lubelskiego).

Jag I., l. 26, przybyła na oddział 2.8. 1933 z powodu bólów brzucha w okolicy żołądka. Przed tygodniem w celu samobójczym połknęła igłę do szycia oraz agrafkę. W szpitalu zbadano prom. Rtg jamę brzuszną bezpośrednio oraz po zjedzeniu masy kontrastowej; wykryto w żołądku igłę i otwartą agrafkę. — O przejściu więc samoistnym przez odźwiernik i dalej przez jelita otwartej agrafki i wydaleniu jej drogą naturalną mowy być nie mogło. To też K. wykonał zabieg operacyjny w ogólnym uśpieniu eterowym. Po otwarciu jamy brzusznej i odsłonięciu żołądka stwierdzono, że ostry koniec agrafki już w jednym miejscu (na przedniej powierzchni żołądka, blisko odźwiernika) przebił jego ścianę i na $\frac{1}{2}$ ctm. wystawał. K. otworzył żołądek w przedniej ścianie i wydobyl agrafkę (dług. 5 cm.) oraz igłę — dług. $4\frac{1}{2}$ cm. Otwór żołądka zeszyto dwupiętrowym szwem, a brzuszny naглуcho. Przebieg pooperacyjny dobry; rychłozrost. Chorą wypisano 10.IX.1933 zdrową. Przypadek zasługiwał na uwagę ze względu na to, że agrafka znajdowała się w żołądku w stanie otwartym, powstało bowiem pytanie, czy agrafkę połknęto zamkniętą, a dopiero w żołądku sama się otworzyła? Rozwiązanie tej zagadki udało się jednak otrzymać od samej chorej,

która dopiero w dniu wypisania jej ze szpitala zeznała, iż agrafkę niezamknęła całkowicie, przywiązała jedynie bardzo cienką nitką prowizorycznie do przeciwległego końca agrafki i w tym stanie, nawpół zamkniętą, po obwiązaniu całej nitką, polknęła. W zołądku zaś cienka nitka uległa rozmięknieniu i zniszczeniu, poczem najprawdopodobniej agrafka otworzyła się.

W rozprawie brali udział An. Goldman, Lubelski, Przeworski, Biro i Sołowiejczyk.

L. Lipszowicz i A. Potok. Dwa przypadki samoistnego zapalenia n. wzrokowego z pomysłnem zejściem. (Z oddz. L. Bregmana).

I-szy przypadek. — R. A., l. 31. Przybył 31.VII.1933 Przed 4 tygodniami nieznaczny ból zębów po str. prawej w górnej szczęce. Obrzmienie dziąsła w tej okolicy, spuchnięcie twarzy, a po kilku dniach ropienie z dziąsła okolicy schorzałej. Usunięto 2 prawe górne siekacze, ropień przecięto, miejsce chore wyskrobano. Po tygodniu silne bóle w czole po stronie lewej, po następnych zaś 4-ch dniach bóle w tej okolicy nieco mniejsze; zjawily się jednak ponad to bóle w lewej gałce ocznej przy ruchach, a zarazem zaczął zanikać coraz bardziej wzrok lewego oka. Po 2-ch tygodniach zupełnie na lewe oko już nie widział. W chwili przybycia na oddział — w 2 tygodnie po wystąpieniu ślepoty połowicznej — zaznaczała się już pewna poprawa: odzyskał poczucie światła. Bracia chorego zmarli na gruźlicę, jeden jest chory na nią. Rodzice, podobno, zdrowi. **B a d a n i e o c z u:** Oko prawe bez zmian, siła wzroku $\frac{5}{5}$. Oko lewe: zachowane jedynie poczucie światła, l. tarcza n. wzrokowego bladawa. Pozatem w układzie nerwowym, narządach wewnętrznych, obocznych jamach nosa bez zmian. Badania pomocnicze, m. in zdjęcie Rtg. zatok. zmian też nie wykazuje. Po upływie tygodnia chory zaczął rozróżniać lewem okiem przedmioty w grubych zarysach, przyczem zauważył, że widzi jedynie obwodowo, w środku pola widzenia nie widzi nic. Badanie polomierzem: mroczek środkowy. Poprawa wzroku postępowała, lecz nieznacznie. W następnym tygodniu: widzi palce przed okiem; zanik tarczy n. wzrok lew. przy ostrych granicach; mroczek środkowy lewostr.. W czasie pobytu na oddziale t^o okresowo podgorączkowa. Po miesiącu: liczy palce w odległości 25 cm., nie rozróżnia barw, mroczek środkowy; znaczne odbarwienie tarczy, zwłaszcza po stronie skroniowej. Zrenica lewa nieco szersza, prawie bez odczynu na światło. Chory zauważył, że lepiej widzi w świetle sztucznem. W przypadku tym — pozagałkowego zapalenia n. wzrokowego (małe zmiany dna obok znacznego upadku wzroku, mroczek środkowy, bóle gałki) zasługuje na uwagę stosunek

schorzenia n. wzrokowego do ropnej sprawy okołozębowej. Na łączność między obiema sprawami wskazuje w danym przypadku okoliczność, że objawy pozagalkowego zajęcia n. wzrokowego (ból w gałce i upadek wzroku) wystąpiły w czasie, gdy schorzenie zębów jeszcze trwało (ropienie z dziąsła utrzymywało się przez szereg tygodni).

Ogłoszone dotąd w piśmiennictwie przypadki pozagalkowego zapalenia n. wzrokowego w wyniku ognisk zapalnych w zębach ulegały pod wpływem leczenia zębów szybkiej a wydajnej poprawie. Takim właśnie przebiegiem odznaczały się przypadki z kliniki *Elschinga*, przypadek *Martina* oraz przypadek *Rygge'go*. Poza zapaleniem pozagalkowym opisane są analogiczne przypadki neurohaemorrh. (*Person*, *Costex*), neuritis i chorioiditis (*Harrison*), neuritis retrobulbaris i chorioretinitis (*Langdon*), neuritis optica (*Appleman*, *Archer*, *Hall*, *Hovde*, *Schnaudigel*), retinitis stellata centralis, neuritis optica z krwotokami w plamce żółtej (*Hillemans*). *Candian* opisuje przypadek zakaźnego zatoru siatkówki, powstałego następnego dnia po usunięciu zęba, *Bedel* — zakrzep tętnicy środkowej, po zastrzyknięciu nowokainy w okolicę zęba. Badania bakterjologiczne schorzałych zębów u chorych na oczy (*Rosenow*, *Haden*, *Benedikt* i in.) wykryły gronkowce, paciorkowce (szczególnie często *streptococcus viridans*), pneumokoki, laseczniki gruźlicze, niekiedy zarazek opryszczki. Ostatniemu przypisywano znaczenie w powstawaniu neuritis retrobulbaris, jako objawowi stwardnienia rozsianego (*Beck*, *Schulz*). Drogi, kóremi zakażenie szerzyć się może z zębów na nerw wzrokowy, są różne. Poza kością, okostną, szpikiem kostnym (za pośrednictwem, względnie z ominięciem, zatok, z pośród których zatoka klinowa obok tylnych komórek siatowych szczególnie odgrywa rolę ze względu na bezpośrednie sąsiedztwo z kanałem n. wzrokowego), wchodzi w grę naczynia limfatyczne, włókna osiowe n. trójdzielnego, a przede wszystkim — naczynia żyłne (sploty żyłne). Niektórzy autorzy, jak *Priče*, przeciwni są radykalnemu postępowaniu w każdym przypadku schorzenia zębów, gdyż w miejscowej tkance zapalnej dopatrują się barjery, przeciwdziałającej przenikaniu zarazków wgłąb. Zajęcie n. wzrokowego możliwe jest zarówno po stronie pierwotnego ogniska, jak i po stronie przeciwnej. Sądzić należy — wobec względnej rzadkości zajęcia n. wzrokowego w chorobach zębów, — że w szerzeniu się infekcji tu odgrywa rolę nieznaną nam bliżej czynnik dodatkowy.

II-gi przypadek. S. L., 31. Zapisany na oddział na początku września 1933.

Choroba rozpoczęła się od silnego bólu w skroniach, przeważnie lewej oraz w czole. Po 2-ch tygodniach poza bólem głowy, który zresztą zelżał, wystąpił również ból w lewej gałce ocznej przy ruchach, względnie z dotyku, a jednocześnie opadać zaczął wzrok, zwłaszcza lewego oka. Już po 4 ch dniach l. okiem ledwo rozróżniał światło, a prawem okiem — tylko grube kontury przedmiotów; nikogo nie poznawał. Po tygodniu stan oczu (badany na oddziale ocznym): o. pr. — liczy palce przed okiem, na dnie obrzęk tarczy n. wzrokowego, żyły rozszerzone, pojedyncze drobne krwotoki wzdłuż naczyń, mroczek środkowy, wypadnięcie dolne — wewnętrznej części; barw nie rozróżnia zupełnie; źrenica oddziaływa. Oko lewe: światłopoczucie. Zrenica nie reaguje. Badanie pola widzenia niemożliwe. Poza zmianami ocznymi obiektywne badanie objawów klinicznych nie wykazuje. (Odruchy brzuszne niezbyt żywe). Wa — we krwi i płynie ujemny. Po upływie 3-ch tygodni (chory otrzymał zastrzyki hydrarg. oxycyanati) stan poprawił się znakomicie. 21.IX. Siła wzroku o. pr. 5/5, o. l. — 5/15. Tarcze białoróżowe o granicach dosyć wyraźnych. Lekkie zawoalowanie przytarczowe siatkówki. Mroczka środkowego niema. — W danym przypadku na uwagę zasługują zmiany oczne w zapaleniu pozagałkowym i wśródgałkowym nn. wzrokowych, które na początku czyniły wrażenie wybitnej zastoiny.

W rozprawie **Lubelski** wyjaśnia, że w jednym z demonstrowanych przypadków wyłączyć należy przypuszczenie zakażenia drogą żylną, gdyż *thrombosis v. ophthalmica* musiałoby prowadzić do zejścia śmiertelnego.

Sołowiejczyk zwraca uwagę na niebezpieczeństwo dla wzroku niektórych zabiegów operacyjnych szczękowych zwł. na siekaczach. Zakażenie szerzy się drogą żylną, co i tu niewątpliwie miało miejsce, choć w nieznacznym, być może stopniu.

Goldman również podkreśla niebezpieczeństwo spraw ropnych w żębodole i ostrzega przed rozpowszechnieniem wśród dentystów w podobnych wypadkach dłubaniem i skrobaniem. Szerzenie się sprawy postępuje drogą żył i naczyń chłonnych, które stanowią barjerę ochronną. Należy sądzić, że w danym wypadku proces szerzył się drogą limfatyczną, gdyż zajęcie żył nie dałoby zejścia pomyślnego.

Bregmani An. Goldman. Przypadek ciężkiego urazu czaszki, leczony operacyjnie z wynikiem pomyślnym.

S. Rak., l. 38, malarz, przywieziony do szpitala przez Pog. Rat. dn. 19/8 r. b.

Spadł z wysokości 1-go piętra na podwórze, jak podaje rodzina wraz z drabiną i kubłem; stracił przytomność;

wrócił do przytomności po 10 min.. Nie wymiotował, drgawek nie miał; l. ucho było zakrwawione, skóra na uchu starta.

W badaniu 20:8: chory przytomny, odpowiada, mowa zrozumiała. Ciępl. 37,4, tętno 60. Bóle głowy bez ścisłego umiejscowienia, opukiwanie głowy powoduje ból. Lekki opór w karku. Niema porażen. Nakłucie lędźwiowe dało płyn krwawy. Nazajutrz stan bez zmiany, ból głowy trwa. 4-go dnia senność, ciępl. 37,2, tętno 48; wystąpiło porażenie pr. kończyny ze wzmożeniem odruchów i obj. Babiń. 5-go dnia senność większa, ciępl. normalna, tętno 48; porażenie trwa. Rtg-gram czaszki wykazał „przypuszczalnie linearne pęknięcie l. kości czołowej“. 6-go dnia senność coraz większa, sztywność wyraźniejsza, ciępl. normalna. Chory przestał mówić.

Mieliśmy zatem chorego, który po ciężkim urazie głowy stracił przytomność, ale ją b. szybko odzyskał. Przez 3 dni stan był względnie dobry: chory przytomny, odpowiadał na pytania, wykonywał zlecenia; porażen nie było, lekki opór w karku, ból głowy bez umiejscowienia, płyn m.-r. z domieszką krwi. Po 3 dniach nastąpiło pogorszenie: chory stał się senny, senność ta szybko się powiększała; tętno zwolnione (48); ciępl. podgorączkowa, potem normalna; opór w karku zwiększony; równocześnie wystąpiło porażenie pr. kończyn a nazajutrz i niemota ruchowa. Objawy te wskazywały na wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego oraz ognisko w lew. półkuli mózgowej. Jako przyczynę tych zaburzeń należało uznać następczy krwi wylew. Przypuszczenie to w pewnej mierze potwierdzał rtg-gram, linearne złamanie kości czołowej po stronie lewej oraz okres wolny, trwający w naszym przypadku 3 dni. Wobec takiego rozpoznania wskazana była natychmiastowa trepanacja czaszki. Najbardziej konserwatywni w traktowaniu urazów czaszki chirurdzy uznają konieczność trepanacji przy objawach wzmożonego ciśnienia i prawdopodobieństwie wylewu krwi. Przy wyborze miejsca trepanacji kierowaliśmy się następującymi rozważaniami; nie mamy pewnego kryterjum dla orzeczenia, czy domniemany wylew znajduje się nazewnątrz opony twardej (Haematoma extradurale, pochodzące najczęściej z Art. meningea media lub z jej gałęzi), czy też wewnątrz opony twardej, w oponach miękkich albo nawet w istocie mózgowej. Biorąc pod uwagę, że spostrzegany u naszego chorego przebieg i zespół objawów zdarza się względnie częściej po krwotokach z tętnicy oponowej środkowej, sądziliśmy, że najlepiej będzie trepanować w miejscu klasycznym dla wspomnianej tętnicy z tem, że w razie potrzeby rozszerzy się otwór w kierunku ku zawojowi Broca lub zawo-

jom środkowym. Operację wykonał A. n. Goldman 24.9 w godzinach wieczorowych. Znalezione krwotoki wewnątrz opony twardej — pod oponą pajęczynówkową oraz w warstwach powierzchniowych mózgu.

Po operacji stan chorego pozostał na razie bez zmiany. Jeszcze 10.9 notowano, że chory leży apatycznie, nie reaguje na pytania, nie domaga się jedzenia, zanieczyszcza się, nie wykonywa zleceń, prócz niekiedy okazania języka, niekiedy bełkoce niezrozumiałe wyrazy. Nie porusza prawemi kończynami. Ciepł. normalna, tętno 90. Aliści już po kilku dniach rozpoczęła się poprawa, która tak szybko postępowała, że obecnie mówić już możemy o doskonałym wyniku. Chory chodzi dobrze, nawet biega, nie utyka wcale na pr. nogę. W pr. kg. stwierdzamy jeszcze lekki niedowład i niezdolność, jaką się widzi w sprawach korowych. Niedowład N. VII typu ośrodkowego. Co się tyczy zaburzeń mowy, to chory rozumie wszystko, co się do niego mówi, nazywa pokazane mu przedmioty, wymawia dobrze wyrazy serjowe np. liczenie, niekiedy odpowiada dobrze na pytania, jednakowoż stwierdzamy jeszcze wyraźne objawy niemoty ruchowej — chory nie znajduje potrzebnych mu wyrazów, albo znajduje je dopiero, gdy mu się podpowie 1-ą zgłoskę, niekiedy występuje parafazja. Wobec tego, że i zaburzenia mowy z każdym dniem się zmniejszają, możemy się spodziewać, że i w tym względzie nastąpi dalsza poprawa. Wreszcie niema wypadnięcia mózgu, okolica trepanowana jest raczej nieco wpadnięta.

Pokazany przypadek przekonywa, że po ciężkim urazie głowy następcze wystąpienie objawów wzmoczonego ciśnienia i ogniskowych, po okresie w zględnie wolnym, nie jest bynajmniej dowodem krwotoku z tętnicy oponowej środkowej, lecz powstać może także przez wynaczynienia podpajęczynówkowe oraz wylewy do istoty mózgowej. Okres wolny w tych razach bywa nieco dłuższy aniżeli w krwotokach z tętnicy oponowej (u nas 3 dni). Potatem widzimy, że i w tych przypadkach po operacji osiągnąć możemy b. znaczną poprawę. Usuwając przyczynę wzmoczonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, zarazem umożliwiamy wyeliminowanie się wylewów i skrzepów oraz ustąpienie obrzęku tkanek wokół krwiowylewów. Działanie to jednakowoż nie dokonywa się natychmiast, lecz powoli; tem się tłumaczy, że i poprawa nie nastąpiła odrazu, lecz dopiero po kilkunastu dniach. — A. n. Goldman uzupełnia pokaz, dodając, że w znieczuleniu miejscowem usunięto zwykłą techniką płat kostny w miejscu czaszki, odpowiadającym przebiegom art. meningea media. Tętnica oka-

zała się nienaruszoną. Po otworzeniu jamy mózgowej (nacięcie krzyżowo-twarzowe) znaleziono b. liczne wylewy krwiowe śródpajęczynówkowe i podpajęczynówkowe — obok 2 skrzepów <> 3 × 4 ctm. i 4 × 6 ctm, które usunięto. Twardówkę zaszyto niecałkowicie. 2 sączki — szew zupełny skóry.

W rozprawie Lubelski podaje, że sprawy pęknięcia czaszki były tematem obrad na zjeździe tegorocznym chirurgów w Paryżu. W danym wypadku nie dostrzega konieczności usunięcia płata kostnego, dokonanego przez Goldmana.

Wertheim zwraca uwagę na nikłe zmiany, znalezione podczas zabiegu operacyjnego, w porównaniu z oczekiwaniami na podstawie badań klinicznych, wobec czego mogłoby zaistnieć przypuszczenie, że chodziło tu raczej o przypadek commotio cerebri, co bez operacji daje tak samo poprawę. W. naogół w podobnych przypadkach zajmuje stanowisko wyczekujące; jeżeli natomiast chodzi o sprawy urazowe i objawy uciskowe, spowodowane odłamkami kości, to zawsze interwenjuje.

Solowiejczyk zwraca uwagę na trudności powzięcia decyzji w przypadkach urazu czaszki bez widocznego uszkodzenia kości. W złamaniach otwartych S. radzi zawsze operować i sączkować.

Z. Bychowski uważa, że w danym przypadku należało operować ze względu na stan chorego, u którego stwierdzono znamiona uciskowe, dodatni objaw Babińskiego, i t. p., a zwłaszcza, że miało się tu do czynienia z lewą półkulą. Nieusuwanie płata kostnego może — z powodu późniejszych wkłęśnięć odłamków — prowadzić do zaburzeń, które zmuszą do ponownej operacji i dlatego postępowanie prelegentów B. uważa za słuszne i usprawiedliwione.

Goldman w odpowiedzi uzasadnia słuszność planu postępowania chirurgicznego, który uważał za konieczny w danym wypadku zastosować.

Glasman. Pokaz niezwykłego rentgenogramu nerek (obustronne zwyrodnienie torbielowate nerek).
(Z oddz. M. Lubelskiego).

Z. B., lat 44, zamężna od lat 22. Menses od 16 lat, co 5—6 tygodni, trwają 6-7 dni, średnio obfite i bolesne. W ciąży była 9 razy; podczas siódmej ciąży przechodziła jakoby zapalenie nerek, dziecko jednak urodziło się normalnie. Ale zaraz po porodzie chora, jak twierdzi, dostała „konwulsji“, które, podobno, trwały 3 dni. Podczas ósmej ciąży poroniła w 3 miesiącu. Przed 1/2 rokiem, będąc w szóstym miesiącu dziewiątej skolei ciąży, znowu dostała, jak twierdzi, „konwulsji“, wskutek czego przerwano ciążę. W dwa miesiące potem zauważyła

powstawanie niewielkiego tworu w prawej połowie brzucha, niebolesnego z początku, lecz w miarę powiększania się powodującego bóle, zwł. w pozycji na prawym boku. Twór ten stale się powiększał, wskutek czego przybyła do szpitala.

Badanie chorej w płucach zmian nie stwierdziło; granice serca — normalne, tony czyste, nad aortą II ton zaakcentowany.

Badanie brzucha już po tym okresie stwierdza znaczne uwypuklenie prawej jego połowy w porównaniu ze stroną lewą. Macaniem stwierdza się guz wielkości głowy dorosłego człowieka, spoistości twardej, ruchomy w oddechu, o powierzchni gładkiej, sięgający dolnym biegunem do spina il. ant. sup.; górny biegun ginie w prawem podżebrzu, na lewo — do lin. środkowej.

W lewej $\frac{1}{2}$ jamy brzusznej również twór wielkości pięści o podobnych cechach, co poprzedni. Badanie moczu: ciężar gat. 1010. pozatem — norma. Badanie krwi: mocznika $0,46\frac{0}{100}$; Wasserm. i cytochol odcz — ujemny. Ciśnienie krwi: $19\frac{5}{125}$. Chromocystoskopja dożylna: z prawego ujścia moczowodu — po 6 minutach, z lewego zaś w ciągu 15 minut nie widać zabarwionego moczu. Pyelografja dolna: Lewa nerka powiększona nieznacznie, górny kielich i miedniczka nieco rozszerzone, środkowy i dolny — tworzą duży worek wypełniony kontrastem. Prawa nerka osunięta do dużej miednicy. Miedniczka nieco rozszerzona. Moczowód przegięty w kilku miejscach; dolne i środkowe kielichy są wydłużone, wąskie, górny również wąski — jest połączony z rozszerzonymi kielichami II stopnia. W lewej nerce ślady kontrastowego płynu z przed 2 dni. Badanie ginekologiczne przez pochwę (Dr Finkielkraut): pochwa normalnej długości, szyja krótka, rozdarta, jak u wieloródki. Macica mała, twarda, ruchoma, gładka w przodozgięciu. Sklepienia, przydatki i przymacicza z obu stron wolne. Wypadnięcie obu ścian pochwy (prominentia parietis utriusque vaginae).

Na podstawie tych danych Gl. rozpoznaje obustronne zwyrodnienie torbielowate nerek.

M. Fejgin i M. Szejnman. **Przypadek rzekomej marskości wątroby Picka.**

Przypadki zrostowego zapalenia osierdzia nie należą być może do nadzwyczajnych rzadkości, chociaż Norris (p. g Edensa) na 2000 sekcji zaledwie w 45 przyp. stwierdził rozleglejsze zrosty osierdziowe, a tylko w jednym — zrosty osierdzia z otoczeniem, jednak obraz kliniczny i przebieg nasuwają nieraz takie trudności rozpoznawcze, a szczególnie lecznicze, że niewątpliwie sprawa ta zasługuje na omówienie.

Chory nasz, chłopiec lat 10-u, przebył ubiegłej zimy jakiś stan przeziębienia, ciepłoty jednak wówczas nie mierzył, ani szkoły nie opuszczał. Dopiero w maju stwierdzono podwyższoną ciepłotę i wysłano pacjenta na wieś, a po kilku tygodniach lekarz jakoby rozpoznał obecność płynu w jamie opłucny i otrzewny i skierował go do szpitala. Po 11-odniowym pobycie w szpitalu płyn zginął bez nakłucia i chłopiec wrócił na wieś. Jednakże stan jego stale się pogarszał — to też z powodu braku łaknienia, postępującego osłabienia i powiększania się brzucha przybył do oddziału.

Przy badaniu widzimy chłopca wątłej budowy ze znaczną sinicą warg, policzków, dłoni i stóp, bez obrzęków, ale z wydatnie powiększonym i rozlewającym się brzuchem, z nabrzmiałymi żyłami — szczególnie z lewej strony — na szyi, z rozszerzoną siatką żył skórnych na przedniej powierzchni klatki piersiowej i z powiększonymi gruczołami chłonnymi na szyi i pod pachami, wielkości od małego grochu do fasoli.

W klatce piersiowej stłumienie od tyłu, z prawej strony, od kąta łopatki, a z lewej — od 8-ego żebra, z osłabionym oddechem oskrzelowym (bruit de soufflé); w sercu — uderzenie koniuszkowe niewidoczne i prawie niewyczuwalne w 5-jej lewej przestrzeni na linii sutkowej, tętno na t. szprychowej prawej niemal niewyczuwalne, na lewej — b. drobne, szybkie (126 na min.) i miarowe, o wybitnie niskiej fali; tony serca na koniuszku dość głośne, czyste, u podstawy — 2-gi nad t. płucną akcentowany, klapiący, czasami jakby rozdwojony; ciśnienie tętnicze 110/80 mm. Hg.

Obwód brzucha 60 cm.; stwierdza się obecność znacznej ilości wolnego płynu; wątroba o wzmożonej wyraźnie spoistości sięga dolnym brzegiem prawie do poprzecznej linii pępkowej; śledziony nie udaje się namacać. Żrenice oddziałują prawidłowo, układ nerwowy bez zmian. — Zwraca uwagę, że w siedzącej, wzgl. stojącej, pozycji wypełnienie żył na szyi nie zmniejsza się w porównaniu z pozycją leżącą.

W moczu zmian nie stwierdzono; we krwi Hb = 85%, cz. c. = 4920000, b. c. = 9400, objtchł. = 59%, pał. = 13%, ly = 16%, mon. = 10%, kwas. = 2%, odczyn Wassermanna ujemny, odczyn Pirqueta ujemny, w kale bez krwi, i prątków Kocha. Z prawej opłucny wydobyto 200 ccm. płynu bursztynowego o c. gat. = 1015, zawartości białka 3,45%, z odczynem Rivalty wątpliwym, z nielicznymi wielokątnymi komórkami i limfocytami w osadzie. Prześwietlenie klatki piersiowej wykazało rozległe zacienienie prawej połowy (płyn) i znacznie powiększony cień sylwetki serca o b. słabo zaznaczonym tętnieniu, tak że rentgenolog (Dr. M e s z) przypuszczał obecność płynu w worku osierdziowym.

W dalszym przebiegu pod wpływem leczenia, skierowanego na zwalczenie niedomogi krążenia i możliwe usunięcie płynów z jam surowicznych, a polegającego na dość intensywnym digitalizowaniu i zastrzykach novuritu domięśniowo i do otrzewnowo, stan pacjenta ulegał stos. nieznacznym wahaniom w kierunku poprawy i pogorszenia. Ciepłota pozostawała i pozostaje niepodwyższona, diureza zmienna—od 200—400 ccm. na dobę do 800, 2000 ccm. (po novuricie), waga waha się od 23,5 kg. do 21.5 kg., obwód brzucha zmniejszył się początkowo do 53 cm., potem znów wzrósł do 58 cm., sinica może nieco mniejsza, niż na początku, pozostaje jednak znaczna, podobnie jak i wypełnienie żył. Wątroba bez zmiany, podobnie jak objawy wysłuchowe ze strony serca; stłumienie nad prawym płucem utrzymuje się, aczkolwiek ponowne nakłucie dało zaledwie kilka ccm. płynu, a powtórne zdjęcie rentgenowskie wykazało „płynu w opłucnie i w osierdziu znacznie mniej“. Ze względu jednak na stosunkowo złą tolerancję w stosunku do przetworów naparstnicy, które wywoływały wymioty i znaczne pogorszenie samopoczucia, musieliśmy ciągle przerywać digitalizację, lawirując pomiędzy objawami nietolerancji a nasilaniem się objawów niedomogi krążenia.

W czasie obserwacji klinicznej zaczynają jednak uwypuklać się objawy, których na początku stwierdzić nie można było. Uderzenie koniuszkowe, poprzednio niewidoczne prawie i niemacalne, obecnie zaznacza się w 5-ej i 4-ej przestrzeni międzyżebrowej, tuż na wewnątrz od sutka, przyczem posiada wyraźnie charakter wciągania, a nie uwypuklenia się międzyżebrza na wysokości skurczu; przy obracaniu pacjenta z boku na bok uderzenie koniuszkowe przemieszcza się bardzo nieznacznie, może o $\frac{1}{2}$ cm. zaledwie. Tętno, obecnie wyraźniej wyczuwalne, szczeg. na lewej t. szprychowej, wyraźnie maleje na wdechu, nabierając cech tętna nierównego (p. inaequalis mechanicus), żyły szyjne jakby zapadały się na wdechu, szczególnie podczas rozkurczu, co przy dobrym oświetleniu jest wyraźne.

Wszystkie te objawy, które sprowadzają się do znacznej niedomogi krążenia, zaznaczonego szczególnie w zakresie żyły próżnej górnej (wypełnienie żył szyjnych i skórnych na klatce piersiowej, kolosalna sinica twarzy), która doprowadziła do obrazu, przypominającego marskość wątroby (kolosalne powiększenie wątroby i stałe wodobrzusze, przy braku obrzęków), drobne i szybkie tętno, malejące przy wdechu, brak szmerów, przemawiających za jakąś wybitniejszą wadą zastawkową nabytą, brak danych dla rozpoznania wady wrodzonej, wywiady oraz wymienione dopiero co objawy wciągania klatki piersiowej na skurczu i rozkurczowego zapadania się żył szyjnych

na wdechu, w zestawieniu z uporczywością i nicustępliwością niedomogi pomimo energicznego leczenia, pozwalają, jako jedyne najprawdopodobniejsze rozpoznanie, bez obszernego różniczkowania, wysunąć przypuszczenie niedomogi na tle wytwarzania się zrostowego zapalenia osierdzia u dziecka po przebytem zapaleniu wielosuwrowiczem. Etiologia tej sprawy, która doprowadza do stanu, opisanej dopiero co niedomogi, zazwyczaj ze względu na wybitny udział układu żyły wrotnej przez Pick a, „rzekomą marskością wątroby“ zależy albo od zakażenia gruźliczego, albo goścowego w przeważającej większości przypadków. W naszym przypadku brak momentów, przemawiających wyraźnie za gruźlicą — brak podwyższonej ciepłoty, objawów gruźlicy w innych narządach, brak prątków w kale, wybitny odczyn miejscowy przy braku odczynu ogólnego po podskórnem wstrzyknięciu 0,1 mlgr. i nawet po 0,5 mlgr. tuberkul., nasuwa przypuszczenie natury goścowej schorzenia.

Mechanizm niedomogi krążenia w tych przypadkach polega na ograniczeniu zarówno wypełniania się w czasie rozkurczu, jak i opróżniania się w skurczu, jam serca, usztywnionego niejako pośród wytwarzających się zrostów, które czasami doprowadzić mogą do zupełnego zwapnienia osierdzia („P a n z e r h e r z“ niemieckich autorów). Szczegóły obrazu klinicznego zależą tu oczywiście od wytworzonych stosunków anatomicznych — rozległości i rozmieszczenia zrostów, od stopnia udziału sąsiednich narządów — opłucny, śródpiersia przedniego czy tylnego, wreszcie przepony, a nawet wątroby, na którą, p g niektórych autorów, proces przejść może par continuitatem. Oprócz wyżej opisanych objawów i nieodwracalności niedomogi, na uwagę zasługują objawy rentgenologiczne, nie zawsze jednak wyraźnie zaznaczone i nie łatwo czasami dające się stwierdzić. Oprócz tedy nieprzesuwalności sylwetki serca przy zmianie pozycji pacjenta, spostrzegać się daje obniżenie środkowej części przepony, przylegającej do serca, nierówny, jakby zazębiony obrys serca, wreszcie stwierdzane w skosie pociąganie serca przez mostek ku przodowi i górze na wdechu, zamiast wdół, jak normalnie.

Niedomoga krążenia w tych przypadkach zależy oczywiście od znacznego zmniejszenia rzutu minutowego serca, dotyczącego obydwu jego komór, dominujący jednak w obrazie chorobowym zastój w układzie żył wątrobowych nie znajduje sobie podług W e n c k e n b a c h a dostatecznego wytłomaczenia. Leczenie tych stanów przy pomocy środków farmaceutycznych nie daje naogół prawie żadnych, lub tylko przemijające i nieznaczne wyniki tak, jak w naszym przypadku widzimy. Zrozumiałe jest to ze względu na mechanizm przyczynowy zaburzeń, jakie tu występują i jakie wynikają z czysto anatomi-

cznych i nieodwracalnych zmian i ich wpływu na akcję serca. To też już w 1898 Delorme, a w 1901 roku amerykańnik Beck zaproponowali uwolnienie serca z krępujących zrostów na drodze zabiegu chirurgicznego. O wynikach autorów tych nic w piśmiennictwie nie wiadomo, natomiast pierwsze 4 przypadki operowane i ogłoszone były przez Rehna, który odróżniał „cardiolysis endopericardiaca w sensie Delorme'a, c. extrapericardiaca i c. praecardiaca w sensie Brauera. Bodaj najpomyślniejsze wyniki otrzymał w dwu przypadkach Schmieden w roku 1918 i 1921, które ogłosił wspólnie z Volhardem, a w których objawy zastoiny i niedomogi krążenia ustąpiły na skutek operacji. Nie ulega jednak wątpliwości, że jest to zabieg trudny, szczególnie ze względu na ciężki stan pacjentów, którym go można proponować, i że niezmiernie trudno jest internście nań się zdecydować.

Altka ufer demonstrował specjalny **przyrząd do rozszerzania rany operacyjnej** podczas nakładania na skórę klamerek. Instrument ten również okazać się może pomocny do rozszerzania rany i podczas operacji.

Cytrynik. 2 przypadki wilka rumieniowatego. (Z oddz. St. Markusfelda).

I. Sz. Dw., lat 44, zauważyła przed 5 miesiącami plamy na twarzy i wkrótce zaczęła gorączkować; t° do 39° — 38° w ciągu kilku miesięcy. Chorób płuc, zakaźnych, nie było. 5 zdrowych dzieci; 2 zmarło. Menses od 16 roku życia; od 4 lat menopauza. Budowy prawidłowej, odżywienia miernego. Skóra blada, na podudziach sinawa. Na głowie włosy znacznie przerzedzone, bez wykwitów. Od brwi do połowy wysokości czoła, na nosie, policzkach do łuków jarzmowych, na wardze górnej — skóra jednolicie barwy ciemno czerwonej z odcieniem sinawym; z ucisku blednie; na policzkach rozszerzone naczynia skórne. Na grzbietowej powierzchni palców ręki prawej widoczne są plamy ciemno-czerwone kształtu nieprawidłowego, wielkości grochu w przekroju i powierzchownie drobne bliżki; podobne zmiany w mniejszym stopniu na palcach u ręki lewej. Kościec długi bez zmian; gruczoły chłonne pachwinowe wielkości fasoli, miękkie, inne wyczuwalne. Błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli bez zmian. Narządy wewnętrzne, układ nerwowy +. Rtg. klatki piersiowej: boczne skrzywienie kręgosłupa, zawoalowanie u szczytów; wnęka nacieczona; w obrębie lewego pola płucnego dwa duże ogniska zwapniałe. Odczyn Wass-a, citocholowy, Pirquet — ujemne. Mocz +. W krwi: białych ciałek 7600; obojętno-chłonnych 85%, limfocytów 9,5%, jednojądrz. i przejściowych 2,5%, form Türka 3%; Czerw. c. 3.490.000, hemogl. 77%, wsk. barw. 1,1.

II. R. S. lat 27, podaje, że cierpienie rozpoczęło się przed 3 laty; spostrzegła czerwone plamy na uwłosionej skórze głowy i znaczne wypadanie włosów; nie leczyła się. Przed rokiem zjawily się czerwone plamy na twarzy; trwały kilka miesięcy, później zbladły. Menses od 17 r. z. Chorób zakaźnych, płucnych nie było. Jedna ciąża z poronieniem w IV miesiącu. St. ob.: na uwłosionej skórze głowy prawie na całej jej powierzchni blaszki (od 50 gr. do monety 10-złotowej), nieprawidłowe, miejscami zlewające się, koloru różowego, pokryte łuską żółto-brunatną, mocno przylegającą; część tych blaszek ma środek barwy bladej, o skórze ściętszej, pozbawionej włosów. Na twarzy obrzęk policzków, nasady nosa i okolice luków brwiowych; w miejscach tych szereg wykwitów plamistych koloru sino-różowego z rozszerzonymi drobnymi naczykami krwionośnymi. Skóra tułowia i kończyn bez wykwitów. We włosach i łuskach grzybka nie wykryto. W płucach: przytłumienie odgłosu opukowego nad szczytem prawym, wdech zaostroszony. Pozatem narządy wewnętrzne, układ nerwowy normalne. Prześwietlenie kl. p. wykazało powiększenie gruczołów węzkowych. Pirquet, odczyn Wass-a — ujemny. C. w obu przypadkach rozpoznaje wilka rumieniowatego (blaszki rumieniowe z mocno przylegającą łuską, charakterystyczny układ blaszek na twarzy w kształcie motyla, obecność blizenek powierzchownych na grzbietach palców rąk). Etiologia tego cierpienia nie jest ustalona; większość badaczy myśli o gruźliczem pochodzeniu tego schorzenia. Prawie zawsze u takich chorych udaje się wykryć inne jeszcze ogniska gruźlicze, jak i w danych przypadkach. Chore są leczone metodą Holendra — wstrzykiwaniami domięśniowymi alttuberkuliny i dożylnymi wlewaniem preparatów złota.

W rozprawie Fejgin zwraca uwagę, że u tej chorej, która leżała u niego na oddziale, badanie kliniczne i krwi pozwoliło stwierdzić krwiopochodną gruźlicę.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 27 października 1933 r.

Przewodniczył B o r n s z t a j n.

Kupferstein. Przypadek kamienia nazębnego niezwykley rozmiarów.

Przed porządkiem dziennym Kupferstein zademonstrował chorą, u której stwierdzono na prawej górnej szczęce kamień nazębny o tak wielkich rozmiarach, że stomatolodzy, którzy tę chorą widzieli na oddziale, oświadczyli, że w piśmiennictwie odontologicznem, o ile im wiadomo, nie był jeszcze opisany kamień o tak znacznych rozmiarach. Na pozostałych

zębach również widać duże było nawarstwienia kamienia. Jak wynika z wywiadu, chora przed kilku laty miała bóle zębów prawej górnej szczęki; nie leczyła się, lecz podczas jedzenia oszczędzała chorą $\frac{1}{2}$ szczęki. Przybyła na oddział z powodu zupełnie innych dolegliwości, których etiologia nie została jeszcze całkowicie wyświetlona.

Narośl mieści się w jamie ustnej na wyrostku zębodołowym prawej połowy górnej szczęki, jest ona długości 4 ctm., szerokości 3 ctm., grubości 1,5 ctm., twarda, szorstka (kamień nazębny). Na dolnych prawostronnych siekaczach również b. grube nawarstwienie kamienia nazębnego.

Janowski I. i Szour M. **Przypadek poronnej postaci włóknikowego zapalenia płuc.** (Z oddz. G. L. e. w i n a).

P. Ch., l. 46 (Nr. karty 3516), dnia 15.IX b. r. doznała silnego klucia w prawym boku oraz gorączki do 40°. Nazajutrz był wezwany lekarz, który stwierdził płatowe zapalenie płuc i skierował chorą do szpitala, dokąd przybyła dnia 16.IX b.r. Dodać należy, że chora miewała od 8 lat napady duszności z bólami w okolicy serca. Na zapalenie płuc nigdy nie chorowała. W szpitalu stwierdzono przytłumienie prawostronne, od szczytu do kąta łopatki. Drzenie głosowe prawostronne wzmożone. Osluchowo: oddech oskrzelowy, chuchający, przy kaszlu występują drobne krepitacje. Ciepłota 38°. Gorączka trwała 3 dni i spadła krytycznie, klucie w boku ustąpiło. Zdjęcie Rtg. klatki piersiowej (19.IX 33) wykazało: zaciemnienie górnego płata prawego płuca równomierne z wyraźną granicą podstawy płata (smuga międzypłatowa). Płat jest mało powietrzny. Nacieków i jam nie stwierdza się. Po 4-ch dniach ustalono nad płucem prawem od tyłu lekkie przytłumienie do grzebienia łopatki, tamże oddech zbliżony do oskrzelowego. W miarę pobytu w szpitalu przytłumienie coraz mniejsze, oddech pęcherzykowy zaostrozony. 3.X b.r. dokonano kontrolnego zdjęcia Rtg. klatki piersiowej, które wykazało: prawe płuco jest nadal mało powietrzne, smuga międzypłatowa mniej wyraźna. Chorą wypisano 19.X b. r. ze szpitala; w płucach po str. prawej od tyłu na przestrzeni, odpowiadającej górnemu płatowi, stwierdzało się nadal lekkie przytłumienie z odcieniem bębenkowym; oddech pęcherzykowy prawidłowy. Ważniejsze badania laboratoryjne były następujące: Mocz — bez zmian. Płwocina — prątków Kocha oraz włókien sprężystych nie zawierała.

Morfologia krwi: Ilość białych ciałek krwi w 1 mm³ — 13.600.

Wzór: B. E. N. (Myelocytów, Młodoc., Pałeczk., Segment.) L. Jednoj. i przejść.
0 4% 70% 0 2% 2,5% 65,5% 20% 6%

Ilość czerwonych ciałek krwi w 1 mm³ — 4.960.000.

Hb — 91%, Index — 0,9.

Odczyn Wassermann'a } we krwi ujemny.
Odczyn Citocholowy }

OB — 90 minut.

Zawartość NaCl w surowicy 5,41 gr. ‰ (norm. 6 gr ‰),

Zawartość NaCl w moczu 6,31 gr. ‰ (norm. 10 — 15 gr ‰),
powtórnie 5/X — 3,77 gr. ‰.

Przypadek przedstawiony jest niewątpliwym przypadkiem poronnej postaci płatowego zapalenia płuc z niezwykle dobrem samopoczuciem wraz ze spadkiem gorączki, lecz z przedłużonym okresem rezolucji. Referenci zwracają jednak na mały szczegół uwagę, iż spodziewany w okresie rezolucji wzrost zawartości chlorków w moczu nie nastąpił, a raczej poziom ilościowy NaCl w moczu się zmniejszył pomimo pełnej diety. Omówiony przypadek wyróżnia się z pośród liczby innych przypadków poronnego płatowego zapalenia płuc tem, iż, pomimo zupełnego klinicznego wyleczenia w ciągu 3-ch dni od początku choroby, objawy fizykalne w płucach przebiegały typowo dla płatowego zapalenia płuc ze spóźnionym okresem rozrzedzania się nacieku (stadium resolutionis). Z przypadku tego możnaby jeszcze wnioskować, iż znamieny obraz kliniczny zapalenia płuc nie tyle zależy od rozległości procesu i zmian anatomo-patologicznych w płucu, ile od toksyczności procesu i walki ustroju z zakażeniem. Dotyczy to również i stanu układu sercowo-naczyniowego w przebiegu zapalenia płuc.

W rozprawie Płoński er zwraca uwagę, że pod względem anatomo-patologicznym nie można tu mówić o postaci poronnej; zresztą trudno sobie wyobrazić, aby obraz histopatologiczny obrzęku i nacieczenia, właściwy zapaleniu płuc, mógł był ustąpić w tak szybkim czasie.

A. Zamenhof. 4 przypadki odklejenia siatkówki, wyleczonego operacyjnie.

1. L. Ch., lat 14, (krótkowzroczność 10D) zauważył, że od dwóch miesięcy gorzej widzi okiem prawem. Badanie wykazuje odklejenie siatkówki w połowie skroniowej, z wielkiem przedarciem na godz. 9¹/₂, znajdującem się wg. obliczeń na odległości 15 mm. od rąbka. 19.IX. 33, po resekcji mięśnia prostego zewnętrznego, diatermokoagulacja i przebicie żegadłem w miejscu i dookoła przedarcia. Przyklejenie zupełne siatkówki.

2. K., lat 20, (krótkowzroczność 11D), zaniewidziała od 5 tyg. na oko lewe. Badanie wykazuje odklejenie prawie całej siatkówki, z wielkimi pęcherzami w dolnej połowie. Po poszukiwaniach, trwających około 10 dni, znaleziono w górnonosowym kwadrancie, na odległości 10 mm. od rąbka małą dziurkę w mniej odklejonej części siatkówki. Po diatermokoagulacji i przebicciu zegadłem w tem miejscu i dookoła nastąpiło zupełne wyleczenie. Przypadek ten dowodzi, jak ważnem jest zasklepienie przedarcia, nawet gdy nie znajduje się ono w części najwięcej odklejonej.

3. J., 21 lat, (krótkowzroczność 4D), operowany przed $\frac{1}{2}$ rokiem z powodu odklejenia siatkówki, trwającego od roku, a pogorszającego się ostatnio coraz więcej. Nastąpiło wyleczenie częściowe, gdyż w części skroniowej, najdawniej odklejonej, pozostało jeszcze lekkie odklejenie. Po $\frac{1}{2}$ roku stan oka zaczął znów się pogarszać, a po drugiej operacji, wykonanej w tej części oka nastąpiła poprawa. Przypadek ten pokazuje, że nie należy nigdy zadowalać się wyleczeniem częściowem. Wobec braku widocznego przedarcia zablokowano całą skroniową połowę obwodu siatkówki, gdzie przedarcie mogło być ukryte.

4. P., nie widzi okiem lewym od kilku lat z powodu odklejenia siatkówki, w swoim czasie nieleczonego, gdyż powstało ono w czasie, kiedy choroba ta uważana była jeszcze powszechnie za nieuleczalną. Od 8 dni odklejenie siatkówki w drugim oku. Stwierdza się wielki pęcherz w górnoskroniowym kwadrancie, z kilkoma małymi przedziurawieniami siatkówki. Operacja, wykonana 9.X spowodowała zupełne przyklejenie siatkówki. Przypadek ten Z. pokazuje, jak wielkie postępy poczyniła chirurgia oczna w przeciągu ostatnich lat.

Na zakończenie prelegent zaznacza, że oddział oczny może poszczycić się już pokaźną liczbą 167 operacji przeciw odklejaniu siatkówki, wykonanych za ostatnie 3 lata. Sposób, jaki ostatnio się stosuje jest połączeniem metod Gonin'a i Wevego.

W rozprawie Szour pyta, czy wyniki po operacji też są trwałe i czy niema nawrotów. Zamenhof wyjaśnia, że o ile niema nawrotu wciągu najbliższych mies., to wynik staje się trwały.

Schmorak. Przypadek rachitis tarda. (Z oddz. A. Wertheima).

R. F., l. 11. Ojciec podaje, że dziecko cierpiało, jako małe, na angielską chorobę, która zostawiła minimalne ślady, dopiero od roku nastąpiło dość nagle skrzywienie obu kolan do tego stopnia, że chora z ledwością mogła chodzić; bólów szczególnych nie miała. Badanie nie wykrywa ogólnych zmian

rachitycznych (rózaniec, eraniotabes, tubera frontalia i t. d.). Najbardziej się rzuca w oczy niski wzrost pacjentki z powodu wybitnego skrzywienia, a co zatem, skrócenia dolnych kończyn. W rtg.: rozszerzenie linii nasadowej, rozkawałkowanie substancji kostnotwórczej, która przypomina niemal obrazy *osteomyelitis*.

W początku bieżącego miesiąca wykonano operację plastyczną; mianowicie wycięto klin o podstawie bocznej dł. 2 ctm. poniżej guzowatości piszczelowej; 2 cięcie poniżej 1-go na kości strzałkowej — osteotomia *obliqua frontalis*.

Nażalenie gipsu pod wyciągiem podwójnym. Rtg. powtórną wykazał dobrą korekcję.

Przebieg pooperacyjny gładki; pierwsze 2 dni bóle i temp. do 38°; w następnych norma; krążenie i unerwienie cały czas bez zmian.

Uzyskano przedłużenie kończyny dolnej (do 10 ctm.).

M. P ł o ń s k i e r i M. S z o u r. **Przypadek zespołu śledzionowo - wątrobowego w przebiegu gruźlicy płuc.**

Ref. przedstawiają przypadek, dotyczący chorego Sap. l. 38, z gruźlicą rozpadową prawego górnego płata płuc. 4 tygodnie przed wstąpieniem na oddział przechodził na prowincji, nierozpoznane tam, zapal. wyrostka robaczkowego. W kilka tygodni później wystąpiła znaczna puchlina brzuszna z płynem żółtaczkowym, w końcu krwawym; wątroba duża, o twardym nierównym brzegu oraz duża śledziona. Ref. różniczkują szczegółowo zespół śledziono-wątrobowy w tym przyp., powikłany puchliną brzuszną i stwierdzają, że rozpoznanie natrafiało na duże trudności. Sekcja wykazała zakrzepy rozgałęzień drugiego rzędu żyły wrotnej, klinicznie natomiast nie było objawów w postaci rozszerzenia żył na powłokach brzusznych, ani wymiotów, jakoteż i stolców krwawych. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na: 1) b. rzadkie powikłanie *appendicitis simplicis* i 2) przebieg zakrzepu żyły wrotnej bez znamienych objawów klinicznych.

Na sekcji stwierdzono: zakrzepy w rozgałęzieniach żyły wrotnej, w żyłach krezkowych i w drobnych żyłach krezki wyrostka, częściową organizację i rekanalizację zakrzepów, podostre zapalenie wyrostka, zawały blade w wątrobie, olbrzymią śledzionę, zmiany włókniste w śledzionie, puchlinę w jamie brzusznej, świeże zapalenie otrzewny, żyłaki przełyku, rozszerzenie żył żołądka i sieci, ogniska gruźlicy włóknisto-serowatej w wierzchołkach płuc, zwapnienia w gruczołach śródpiersia, zrosty opłucnowe, żółtaczkę.

Sprawa zakrzepowa w wątrobie była następstwem zapalenia wyrostka; zmiany w śledzionie były wtórne.

W rozprawie A. n. Goldman zwraca uwagę, że badanie krwi z przesunięciem obrazu na lewo i znaczną leukocytozą (19000), mogło wzbudzić przypuszczenie ostrej sprawy zapalnej wyrostka robaczkowego. Justman rozpatruje przypadek, jako przyczynek do zagadnienia przewlekłych schorzeń wyrostka robaczkowego; przy bardzo nieznacznych nawet zmianach miejscowych może być wiele poważnych zaburzeń w innych narządach, szczególnie zaś w drogach żółciowych. Słusznie zresztą nosi wyrostek robaczkowy nazwę „migdałka brzuszego“, gdyż — pomijając podobną budowę anatomo-histologiczną — posiada właściwości kliniczne.

Płoński er. **Przyp. nowotworu złośliwego.**

Na sekcji stwierdzono; raka lewego płuca, przerzuty w wątrobie, nadnerczach, osierdziu, w gruczołach wnęki płuc, i krezki; rozmiękanie nowotworu w gruczołach krezki, przedziurawienie rozmiękłego gruczołu krezkowego, do jamy otrzewnowej; zapalenie otrzewny, zapalenie worka osierdziowego, ostry wrzód w dwunastnicy, torbiel w ogonie trzustki, zapalenie pęcherza moczowego. Klinicznie raka nie rozpoznano.

W rozprawie Rots tadt, omawiając trudności rozpoznawcze w cierpieniach płuc, wspomina o pracy Weisza (1933 r. o ektoskopji i ektografji, badanie gołem okiem klatki piersiowej i jamy brzusznej podczas prób oddechowych). Ektoskopia i ektografia stały się już przedmiotem nauczania w wykładach wielu klinicyстів i mogą być niekiedy ważnym środkiem pomocniczym w rozpoznaniu wielu cierpień jamy płucnej i brzusznej.

II. Fejgin i Płoński er podali **przypadek nowotworu złośliwego płuc.**

Mesz, podając szczegóły obrazu rentgenowskiego, zapytuje następnie, czy nowotwór pierwotny był w płucu, czy też w nadnerczu? Płoński er odpowiedział, że sprawy tej nie udało się ustalić. — Obydwa nowotwory najprawdopodobniej były równorzędne.

Na sekcji stwierdzono: mięsak wnęki lewego płuca, ropnie i zgorzel w lewym płucu, mięsak nadnercza lewego, przerost serca, miażdżyca ogólna, szczególnie naczyń mięśniowych serca, zapalenie opłucny i osierdzia, zapalenie i kamienie woreczka żółciowego, zapalenie migdałków, tchawicy i oskrzeli, włókniak zwapniały macicy.

L. Lipszowicz, **Złośliwy guz skóry w rok po usunięciu guza zewnątrzrdzeniowego.** (Z oddziału L. Bregmana.)

M. R., l. 21. Przybył na oddział d. 25 paźdz. 1932 roku. Podawał wówczas, że przed 3-ma laty wystąpiły bóle w lewej dolnej połowie brzucha nad talerzem biodrowym. Bóle te, o charakterze piekącym, były bardzo dokuczliwe, nieraz zakłócały sen i trwały około roku, poczem ustąpiły miejsca innym dolegliwościom. Mianowicie, w okolicy pępka zaczął odczuwać parestezje w postaci ugniatania; ostatnio utrzymywały się około 2-ch lat. Z powodu bólów i parestezji leczył się wielokrotnie, ale bez efektu. We wrześniu 1932 zaczęły stopniowo słabnąć kk. dolne, zwłaszcza lewa. W październiku znaczne pogorszenie, powodujące duże upośledzenie chodu.

Stan obiektywny w dniu przybycia na oddział: Żrenice równe, okrągłe, sprawnie oddziaływujące na światło i konwergencję. Oczopląs obustronny. Kk górne norma, jedynie odruchy okostnowe po str. lewej żywsze. Odr. brzuszne: górne i środkowe zachowane, dolne słabe, l. pr.. Kk dolne: osłabienie siły mięśniowej we wszystkich odcinkach, większe po str. lewej. PR obustronnie wzmożone, natomiast AR umiarkowane. Babiński obustronnie dodatni. Czucie bólu i ciepłe zniesione do D12 po str. prawej, po str. lewej zaburzone jedynie czucie ciepłe do D12 od przodu i do dołka podkolanowego od tyłu. Czucie głębokie zaburzone w palcach. Chodzi z trudem, chwiejnym krokiem, ze zgiętymi kolanami, a opadającymi stopami, przyczem tułów znacznie przechyla ku przodowi.

Powyższe objawy pozwalały — przy wyłączeniu sprawy kilowej, schorzeń kręgow i opon — na rozpoznanie guza rdzenia, przyczem zmiany czucia bólu wskazywały na umiejscowienie w okolicy D10, względnie D9. Pewne trudności w rozpoznaniu różniczkowem nastroczały oczopląs i wzmożone odruchy okostnowe w l. k. górnej, nasuwające możliwość schorzenia wielogniskowego. Wobec tego jednak, że najwybitniejsze i najliczniejsze były objawy ze strony kk. dolnych, słuszne było więc jednak tutaj rozpoznanie guza rdzenia. Badania pomocnicze rozpoznanie potwierdziły: płyn m.-rdz. wykazał ksantochromję z rozczepieniem białkowo-komórkowem (2,5% i 9% białka w 2-ch kolejno po sobie dokonanych punkcjach obok braku pleocytozy), Stokely częściowo dodatni. Zdjęcia rentgenowskie, dokonane w godzinę oraz po 2-ch dniach po zastrzyknięciu lipjodolu górnego, wykazały pierwsze — liczne krople i smugi, rozsiane wzdłuż całego kręgosłupa aż do górnej

granicy 10-go kręgu grzbietowego, drugie natomiast — 2 równoległe słupki lipjodolu nad 10-ym kręgiem grzbietowym. Na 2-iem późniejszym zdjęciu widoczna cienka smuga lipjodolu, idąca w kształcie linii krzywej od podstawy prawego słupka w dół. Operacja (Dr. W e r t h e i m) została wykonana dnia 26-go list. 1932. Po obnażeniu łuków D₉, D₁₀, D₁₁ usunięto odpowiednie wyrostki ościste i łuki, poczem stwierdzono znaczne zgrubienie pnia rdzeniowego w okolicy 11-go łuku grzbietowego. Po przecięciu opony twardej dostrzeżono sino-szary rozpadający się nowotwór, który usunięto częściowo na tępo, częściowo na ostró. Mikroskopowe badanie (Dr. P ł o Ń s k i e r) wykazało — neurofibroma. W ciągu pierwszego tygodnia po operacji chory miał bóle w nogach, po 3-ch tygodniach mógł już siedzieć, a po miesiącu chodził. Po przybyciu na oddział neurologiczny (początek grudnia 1932) badanie wykazało, z wyjątkiem lekkiego niedowładu w lewej stopie, siłę mięśniową we wszystkich odcinkach kk. dolnych prawie normalną, chód prawidłowy. Zmiany czuciowe powierzchowne cofnęły się, natomiast czucie głębokie pozostało zaburzone. B a b i Ń s k i w dalszym ciągu dodatni, obustr., żywe odruchy PR i AR.

B r e g m a n omawiając przypadek, podnosi znaczenie postępu w chirurgii spraw rdzeniowych. Operuje się z powodzeniem nowotwory wewnątrz-rdzeniowe, ale operuje się przede wszystkim w okresie o wiele wcześniejszym niż dawniej. Oczywiście wyniki w tych warunkach są lepsze i poprawa następuje szybciej; — chory, dziś pokazany, już w 3 tygodnie po operacji zaczął chodzić. Objawy ze strony kk. gg i oczopłaz występują w nowotworach rdzenia dość często i nieraz wprowadzają w błąd, kierując rozpoznanie w stronę sclerosis multiplex. Tłumaczymy je sobie zastojem płynu mózgo-rdzeniowego ponad nowotworem; dlatego też widzimy je częściej przy wysokiem położeniu guza. Dany przypadek dowodzi, że bywają także przy umiejscowieniu niskiem w dolnej części grzbietowej. Nowotwór okazał się wyjątkowo duży; ciągnął się na przestrzeni kilku kręgów; wydawało się nawet, że nie został w całości usunięty; był przytem ł. miękki i unaczyniony, podobny do mięsaka. Okazało się, że było to neurofibroma.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 15 grudnia r. 1933.

Przewodniczył D w o r e c k i.

Z powodu śmierci Dr. med. Antoniego Natanson'a posiedzenie odłożono do dn. 22/XII 33.

Przewodniczący uczcił pamięć Zmarłego następującymi słowami:

„Przypadł mi w udziale zaszczytny a smutny obowiązek poświęcenia słów kilku bolesnej stracie, jaka nas wszystkich dotknęła ze śmiercią zgasłego dopiero przed kilku dniami starszego Kolegi naszego, D-ra Antoniego Natansona. Odszedł od nas człowiek o wysokiej kulturze umysłu i uczuć, nieskazitelnie prawy, wyjątkowo pracowity, a nadewszystko dobry.

Dr. Antoni Natanson urodził się w r. 1862, wydział lekarski ukończył w Dorpacie w 1888 r. poczem, obrawszy ginekologję, kształcił się w Anglii i Francji. W r. 1896 obejmuje w szpitalu na Pokornej ordynaturę ginekologiczną, organizuje oddział kosztem własnym i znacznie go rozszerza z chwilą przeniesienia szpitala na Czyste w r. 1902. Czujny na postępy wiedzy, doskonali w lecznictwie metody postępowania chirurgicznego, stosuje zdobycze rentgeno- i radjo-terapii, posiłkuje się również w dziedzinie rozpoznania i rokowania coraz to bardziej rosnącymi zastosowaniami nauk laboratoryjnych. Jako lekarz o rozległej wiedzy fachowej, dr Natanson przez lat przeszło trzydzieści świeci wzorem umiłowania zawodu i niepospolitej młodzieńczej energii, z jaką — w ciężkich warunkach — placówkę szpitalną tworzy i aż do ostatnich dni swego życia chlubnie prowadzi. Mamy jeszcze wszyscy przed oczyma tę postać szlachetną lekarza niestrudzonego, otoczonego uczniami, do różnych należącymi generacyj, lekarza śpieszącego do chorej z pomocą skuteczną i w dzień i w nocy, bez wytchnienia, bez wypoczynku, a zawsze tak nad wyraz pogodnego i skromnego. Ta ofiarność i samozaparcie, duże doświadczenie życiowe, subtelna inteligencja, uporczywe dążenie do prawdy w nauce i w życiu oraz niczem niezachwiany takt i ujmująca prostota w obejściu, połączone z wysokim poczuciem obowiązku społecznego i obywatelskiego — wszystkie te zalety predestynują D-ra Natansona do roli przodującej: bierze też On jaknajczynniejszy udział zarówno w rozbudowie kultury naszego szpitala, że wspomnę Jego zmuśną pracę w Komitecie budowy szpitala na Czystem, w Komitecie budowy Instytutu Patologicznego, w Zarządzie Szkoły Pielęgniarek, w Radzie Opiekuńczej Szpitala i t. d. — jak i w organizacji i rozwoju pozaszpitalnych instytucyj lekarskich, społecznych i filantropijnych. To też na wielu polach swej różnostronnej owocnej działalności, a przede wszystkim tu w szpitalu, któremu Zmarły tyle rozumu, serca i wysiłków poświęcił, pozostawił Dr. Antoni Natanson nietylko szczery i głęboki żal, ale niezatarte na długie lata po sobie wspomnienie“*).

*) Następny zeszyt Kwartalnika (I-szy r. 1934) poświęcony będzie pamięci Dr. Antoniego Natansona. Redakcja.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 22 grudnia r. 1933.

Przewodniczył D w o r e c k i.

A. Lipszyc i M. Płoński. **Przypadek bronchoektazji z ropniem w płucu i przerzutom ropnym do mózgu.** (Z oddz. G. Lewina).

Chora, lat 24, panna. Nieprzytomna. Hemiplegja dextra, afazja. Dowiedzieliśmy się (w szpitalu Św. Ducha, gdzie poprzednio się leczyła), że od 13 lat kaszle i odpluwa cuchnącą plwocinę. W 16 — 17 roku życia przebyła kilkakrotnie zapalenie płuc. Od tego czasu stale niedomaga, kaszle i okresami oddaje dużo plwociny, niekiedy b. cuchnącej. Leczona była w sanatorium w Otwocku. Chorób zadnych pozatem nie przechodziła. Tydzień przed transportem do szpitala miała krwioplucie, a w kilka dni później porażenie prawej połowy ciała. Stan obecny: Odżywienie +, kościec +. Hemiplegja dextra. Zrenice jednakowej wielkości, dobrze reagują na światło i nastawność. Tarczycza niepowiększona. W płucach stłumienie odgłosu opukowego z tyłu po stronie prawej od końca łopatki w dół, nad prawym szczytem wypuk skrócony, poza tem jawny. Liczne rżenia drobne, średnio i grubobankowe od końca łopatki w dół, z tyłu, po stronie prawej. Wdech nad szczytem prawym zaostzony, nad lewym osłabiony. Pozatem oddech pęcherzykowy. Granice serca normalne. Tętno głucho. Tętno 110/min., miarowe. Ciśnienie krwi $100/50$. Temper. $38,2^{\circ}$. Wątroba powiększona o $1\frac{1}{2}$ palca. Śledziona niemacalna. Chora okresami nieprzytomna, a okresami wybitnie podniecona. Spluwa na pościel b. dużą ilość plwociny płynnej, ropnej, b. cuchnącej. Mocz: ślad białka, indykan wzmożony; osad +. Krew: leukocytoza 12.000. Wzór normalny. Anemja. Odczyn Biernackiego — 20 minuty. Odczyn Wassermana — ujemny. Mocznik we krwi — 0,43‰. Posiew z krwi — jałowy.

Rentgen: zaciemnienie prawego pola płucnego w obrębie środkowego i dolnego płata z wyjątkiem niewielkich przeszczerzeń nad kątem przeponowożebrowym, gdzie słabo prześwieca miąższ płucny. W obrębie zaś płata górnego i częściowo środkowego (wolnego od zaciemnienia), widoczna jest marmurkowatość, zależna od zmian miąższowych. Liczne pasmowate zgrubienia oplucnej, przebiegające w obrębie środkowego płata, półkuliste. Przeciągnięcie tchawicy w prawo, zaciemnienie prawego szczytu. Wybitne uwydatnienie wnęk. Bronchoskopia (dokonana w szpitalu Św. Ducha, gdzie chora uprzednio się leczyła): tchawica przesunięta ku stronie

prawej. Oskrzela lewe ustawione w prostej linii z tchawicą. Wejście do oskrzela prawego częściowo widoczne z powodu przeciągnięcia w stronę prawą. Ściany tchawicy, oskrzela prawego i górnej części oskrzela lewego znacznie rozszerzone. Błona śluzowa zaczerwieniona, rozpulchniona, zawiera dużą ilość śluzowo-ropnej treści. Wejście do oskrzela tylnego, wewnętrznego, nieco zwężone, pokryte znacznie rozpulchnioną bł. śluzową. Z oskrzela tego wydziela się ropna treść.

Badanie otolaryngologiczne: zmiany kataralne ucha środkowego. — Oczopląsu nie stwierdza się.

Badanie neurologiczne. Chora nieprzytomna. Porażenie połowicze prawostronne. PR + pr>. AR + pr>. Clonus stopy prawej. Babiński + po prawej stronie. Flexio plantaris po lewej stronie. Rossolimo —. Czucie wydaje się zachowanym. Abd. — po stronie prawej; + po lewej. Odruchy na k. k. g., okostnowe i ścięgniste zachowane. Brak objawów oponowych. Żrenice równe, okrągłe, reagują sprawnie. Chora leżała na oddz. 6 dni. Stan jej ciągle się pogarszał i na VI dzień, wśród drgawek, zmarła.

Rozpoznanie. Wyłączono tu gruźlicę (Koch — odżywienie; lokalizacja w jednym dolnym płacie). Wyłączyliśmy też tumor mózgu (leukocytoza, temper. i t. d). Uzależniliśmy sprawę mózgową od płuc (brak innych przyczyn, jak uraz, sprawy uszne, nosowe i t. d.) Hemiplegja prawostronna oraz afazja pozwoliły umiejscowić sprawę w lewym płacie czołowym. Ostateczne rozpoznanie więc brzmiało: Abscessus lobi inf. pulm dextri. Bronchiectasiae. Badanie sekcyjne wykazało: Abscessus metast. in cerebro. Abscess. permagnus lobi frontalis sin. — Abscess. pulmon. dext. Bronchiectasiae et gangrena eiusdem pulmonis.

Bieleńki i St. Feinstein. **Przyczynek do krwiopochodnego rozsiania gruźlicy.** (Z oddz. G. Lewina).

Chory, lat 28, z zawodu handlarz, zgłosił się na oddział, skarżąc się na nasilający się obecnie kaszel, połączony z odpluwaniem niewielkiej ilości plwociny, często podbarwionej krwią, oraz na bóle krzyża przy wykonywaniu ruchów kończyną prawą; bóle te miał już 2 tygodnie, przed przyjściem na oddział. Zwraca też uwagę, iż gorzej słyszy ostatnio, a w lewym uchu odczuwa przykre sensacje tętnienia. Kaszel od 2-ch lat; ostatnio miewa t⁰ podgorączkową.

Badanie stwierdza: obustronne przytłumienie do kąta łopatek, dolne granice płuc obniżone, mało ruchome. Od przodu prawostronne lekkie skrócenie wypuku jawnego do 2 żebra. Wysłuchowo w obrębie przytłumienia: wdech zaostrozony, wdech wydłużony, nieco chuchający nad grzebieniem łopatk po

str. prawej. Szmerów obocznych nie było. Tętno serca gluche; serce z lewej strony przykryte płucami. Tętno 100 na minutę, słabo napięte. RR: 110/70. Wątroba i śledziona bez prątków Kocha. We krwi leukocytoza (11.800) z neutrofilją (87%) i limfopenją (9,5%). Przesunięcie regeneracyjne (10% pałeczkowatych). Cz. c. 4.010.000. Hb. 79%. Index 1. Wass. we krwi, jak i w płynie mózgowo-rdzeniowym, ujemny. Pirquet, Mantoux ujemne. Opadanie krwinek 35 minut (Linzenmayer). Rentg: bardzo drobne nacieki w płucach, zwłaszcza w prawem.

W okresie sześciu tygodni mogliśmy stwierdzić tarcie opłucnej prawej, utrzymujące się do 10 dni; następnie w prawym dole biodrowym, gdzie przypuszczaliśmy, że zatrzymał się ropień opadowy, zjawił się twór o niewyraźnych konturach (chleboczący). Teraz wytłumaczyć się dały ciągle skargi na staw biodrowo-krzyżowy, gdyż tu było ognisko pierwotne ropnia. Zdjęcie stawu biodrowego sprawy pierwotnie nie wyjaśniło. Nakłucie ropnia. W preparatach mikroskopowych wykryto pojedyncze prątki kwasoodporne. Posiew ropy dał wynik na tbc. również dodatni. Po upływie 4-ch dni silna bolesność lewego ucha, połączona z wyciekami ropnym oraz podskokiem temperatury. Stwierdza się przedziurawienie błony bębenkowej w odcinku dolno-przednim. Znaczne pogorszenie słuchu. Po 2-ch dniach przy nowym gorączkowym podskoku zjawiają się w okolicy nadgrzebieniowej prawej rzężenia dźwięczne, średniobańkowe. Po 3-ch dniach chory się skarży na bóle jąder. Stwierdzamy obrzęk jąder, najądrzy oraz moszny. Na mosznie zjawia się naciek, który następnie zropiał, ulegając samoistnemu pęknięciu. Na powrózkach nasiennych stwierdzało się szereg stwardnień wielkości prosa. Po 14-u dniach nowy skok choroby dał objawy osłuchowe w sensie oddechu pęcherzowo-oskrzelowego, chuchającego, z bronchofonją i licznymi rzęzeniami dźwięcznymi w miejscu wyżej opisanego przytłumienia. Po kilkunastu dniach wystąpiły objawy nacieku pod lewym obojczykiem. Chory pozostaje nadal w obserwacji.

W danym przypadku miało się do czynienia z postacią gruźlicy o chronicznej generalizacji, jako zakończenie częściowo wyleczonej, częściowo powoli postępującej, infekcji pierwotnej. Momentem wywołującym było może załamanie się odporności ustroju pod wpływem niepomysłnych warunków życiowych lub też chorób przebytych. Pierwotne ognisko, wzgl. przyległe gruczoły wętkowe, ulegają podrażnieniu, stają się aktywne. Bakterje dostają się do krwiobiegu drogą chłonki przez ductus thoracicus, vena cava superior, prawe serce i art. pulmonalis. Następuje wysianie dwustronne z predylekcją do szczytów płuc. Nieliczne bakterje przedostają się poprzez kapilary płu-

cne na obwód, tworząc obwodowe ogniska, stanowiące źródło wtórne dla dalszych wysiewów. I tu pierwotne ognisko było prawdopodobnie w gruczolach oskrzelowopłucnych, a wtórne, dające ciągle wysiewy — w stawie biodrowokrzyżowym. Uważaliśmy staw ten za wtórne ognisko przez wzgląd na to, iż po pierwsze, staw ten przedstawia locus minoris resistentiae (częste urazy) i 2^o kierując się zasadą, że gruźlica ma skłonność lokalizowania się w organach, pochodzących z tego samego listka embrionalnego, a więc w danym wypadku z mezenchymy (gruczoly kolan, błony surowicze). Objawy podrażnienia opon, jakie spostrzegaliśmy u chorego w dniu przyjęcia na oddział, bez zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym i bez zmian na dnie oczu, wiążą się z działaniem toksycznym zarazka.

Tem tłumaczą się i zmiany w szpiku kostnym, odzwierciedlające się w obrazie krwi, z zastrzeżeniem, iż ma się tu do czynienia z zakażeniem mieszanem. Jak wykazały badania — tbc. gruczolów chłonnych może dawać neutrofilję z limfopenją (Klein i inni). Ujemna próba Pq. i Mantoux, przesunięcie regeneracyjne, OB — 35 minut — wskazują na całkowity brak odporności ustroju (anergja ujemna H a y e k ' a), a brak tu powiększenia śledziony, którego obecność, jak podkreśla zgodnie większość autorów, tłumaczy się właśnie odpornością narządową.

Przypadek dany zastanawia też tem, iż przez cały czas obserwacji chory nie wykazywał w płwocinie prątków, mimo licznych i w krótkim czasie następujących po sobie wysiewów do płuc z wyraźnemi zmianami. Ciekawą też jest ta postać gruźlicy przez swą patogenezę, rzadką nawet w klinice gruźlicy krwiopochodnej. Nazywamy ją za Bard'em: T b c. m i l i a r i s m i g r a n s, a prawie zawsze daje złe rokowanie.

Bieleńki i Frenclerówna. Posocznica streptokokowa w przypadku otwartej gruźlicy płuc. (Z oddz. G. Lewina).

Chory, lat 23, obecną chorobę datuje od 6 miesięcy, kiedy to nagle dostał wysokiej gorączki (39^o), dreszczów, bólów głowy, kaszlu, bicia serca. W nocy pocił się obficie i wymiotował po jedzeniu. Z powodu wyżej opisanych dolegliwości został skierowany przez lekarza do sanatorium Marpe w Otwocku, gdzie przebywał do 5 tygodni. W okresie tym t^o, początkowo 39^o, spadła do 37,8 — 38^o; nadal miewał dreszcze i poty nocne, miał kilkakrotne krwawienie z nosa. Ogólnie ciężki stan chorego nie pozwalał przez cały czas na dokonanie zdjęcia Rtg. płuc; wówczas skierowano chorego na oddział wewnętrzny VII A szpitala i wobec stwierdzenia otwartej gruźlicy płuc przeniesiono go na oddz. dra L e w i n a.

Klinicznie stwierdzono wówczas w górnym prawym płacie płuca objawy jamy z oddechem oskrzelowym, licznymi rzęzami dźwięcznymi, drobno i średniobańkowymi oraz objawy nacieczenia w szczycie lewym z oddechem zaostrozonym, wydechem chuchającym. W sercu stwierdzono przesunięcie lewej granicy o $\frac{1}{2}$ palca na lewo od linii sutkowej lewej. Na mostku, na wysokości IV i V ż., szmer trący, dwufazowy, wzmagający się na VII ż., wątrobę macalną o 1 palec. Zdjęcie rentgenowskie płuc wykazało zaciemnienie górnego płatu prawego płuca przez nacieki, zrosty i jamę rozpadową pod obojczykiem.

Badania.

M o c z

4. IX.	28. XI. 33.	12. XII.	30. XII.
c. g. — 1,018	1.025	1.020	1,018
Białko (—)	ślady	ślady minimalne	(—)
Cukier (—)	(—)	(—)	(—)
Diazo (—)	(—)	(—)	(—)
Urobilina (—)	(—)	(—)	(—)
Indykan (—)	(—)	(—)	(—)
Osad fizjologiczny	Osad: pojedyncze krwinki wylugowane	Osad fizjologiczny	Osad fizjologiczny

K r e w, m o r f o l o g j a

7 IX.	18 XI.	12 XII.	
Hb — 38%	Hb — 28%	obraz ten sam	Ilość płytek krwi: 212000 w 1 mm ³
cz. eiał. — 5.230 000	cz. c. — 5.590.000		Czas krwawienia — 7 m.
białe ciał. — 8.9.0	b. c. — 7.800		Krzepliwość — 12m.
			Ciśnienie krwi ^{135/55}
W z ó r		W z ó r	
B E P S L M	B E P S M L		
1% 14% 1,5% 5% 13,5% 2%	0 10 20 5 8 1/2		

Ciśnienie krwi. — 135/55.

Odczyn Wassermann'a 13. IX, 13. XI — ujemny odczyn Biernackiego = 23 m.

Posiew krwi 13. XI — po 3 dobach streptokokki niehemolizujące.

Wobec powyższego próbowano choremu założyć odnę prawostronną, czego nie można było skutecznie z powodu rozległych zrostów, które uniemożliwiły wykonanie tego zabiegu. Przez kilka tygodni chory nadal gorączkował, t^o rano 37,5^o, wieczorami 38, 38,2^o, kasłał, krwawił z nosa i z dziąsła.

Wobec powyższego w dn. 30.XI r. b. dokonano phrenicoexterezy prawostronnej. Pomimo prawidłowego wykonania zabiegu, który wykazał uniesienie przepony do IX ż. i przyciszenie objawów w płucu prawem, chory nie poprawiał się, gorączkował nadal nieraz do 39°, skarżył się na duszność, bóle w okolicy serca, dreszcze. Wówczas to chory został przeniesiony na oddz. VI B, gdzie stwierdzono szmer skurczowy i rozkurczowy nad aortą, przenoszący się i słabnący w kierunku ku linii sutkowej lewej, lewą granicę serca o 1 palec w lewo od linii sutkowej lewej, tętno szybkie i wysokie, tętnienie tętnic obwodowych, objaw Traube'go dodatni, śledzionę macalną o 2 palce. Dokonany wówczas posiew krwi wykazał po 3 dniach streptokoki niehemolizujące.

Odtąd chory nadal gorączkował do 39°, skarżył się na dreszcze, występujące w godzinach wieczorowych, kłucie w boku lewym klatki piersiowej, w podżebrzu lewym. W owym okresie ustalono, prócz wyżej opisanych zmian, na wysokości III i V ż, na zewnętrznym brzegu mostka oraz na wewnątrz od linii sutkowej lewej, tarcie osierdzia, wzmagające się podczas wdechu. Na linii pachowej przedniej z lewej strony wyraźne tarcie opłucnej, w płucach zmiany, jak powyżej, z uniesieniem przepony do VIII ż. w płucu prawem oraz z przyciszeniem objawów jamistych w górnym prawym płacie oraz oddechu od połowy łopatki ku dołowi.

W wyżej opisanym przypadku mamy do czynienia z gruźlicą jamistą prawego płuca, ze zmianami wsierdzia, osierdzia, opłucnej, z powiększeniem śledziony, z względną hyperglobulią bez leukocytozy, z eozynofilią.

Przy różniczkowaniu uwzględnić należy następujące możliwości:

Mamy tu do czynienia z infekcją streptokokową u osobnika z gruźlicą rozpadową płuc, przyczem gruźlica najprawdopodobniej poprzedziła zakażenie streptokokowe, o czym świadczyłyby rozległe zmiany i zrosty w płucu prawem, które uniemożliwiły nałożenie odmy.

Infekcja steptokokowa dała zmiany na wsierdziu, osierdziu, powiększenie śledziony, skazę krwotoczną.

Z drugiej zaś strony opisane zmiany można byłoby przypisać gruźlicy, jak gruźliczemu zapaleniu osierdzia, wsierdzia i gruźlicy śledziony.

Za posocznicą streptokokową przemawiałoby ostre wystąpienie objawów chorobowych, dreszcze, stosunkowo szybkie postępowanie zmian w organach, skaza krwotoczna, dodatni posiew krwi. Z drugiej zaś strony, obraz krwi, względna hy-

perglobulja, (zarówno sprawa posocznicza jak i gruźlica dają wtórną anemię), przemawiałoby raczej za istnieniem gruźlicy śledziony, która, jak wiadomo, daje hyperglobulię. Wówczas nasuwa się przypuszczenie, czy wszystkie powyższe zmiany nie są na tle specyficznem, a streptokok odegrał w danym przypadku tylko rolę prowokatora, być może poprzednio już istniejącej łagodnej postaci gruźlicy.

Ta ostatnia koncepcja jednak odpada z tego względu, że gruźlica śledziony odosobniona jest sprawą b. rzadką, a hyperglobulja danego przypadku jest stosunkowo względna. — Reasumując powyższe, dochodzimy do wniosku, że mamy tu do czynienia z infekcją mieszaną. Z jednej strony, gruźlicą otwartą płuc, z drugiej zaś, infekcją streptokokową, która dała zmiany we wsierdziu, osierdziu, opłucnej oraz powiększenie śledziony.

W rozprawie — Bergenbaum podaje, że u przedstawionego chorego, którego miał możność obserwować w sanatorium Marpe w początku choroby, w maju 1933 r., rozpoznano ostrą postępującą postać gruźlicy płuc typu *phtisis pubertatis* z wybitną intoksykacją. Wówczas też stwierdzono powiększoną śledzionę obok braku jakichkolwiek objawów ze strony wsierdzia i osierdzia.

Chory miał obfite krwotoki z nosa, co było wyrazem intoksykacji gruźliczej. Obraz krwi wykazywał nieznaczną limfopenję bez przesunięcia w lewo, bez neutrofilji.

A więc skazy krwotocznej i powiększenia śledziony nie należy w danym wypadku odnieść do posocznicy paciorkowcowej. Co się zaś tyczy szmerów słyszalnych nad sercem, to też nie da się z pewnością twierdzić, że nie były pochodzenia gruźliczego. Jeżeli stwierdza się tu posocznicę paciorkowcową, to niewątpliwie powstała ona dopiero w przebiegu sprawy gruźliczej, to też zadziwiające jest, że, pomimo mieszanego zakażenia w ciężkiej postaci gruźlicy płuc, stan chorego jest w chwili obecnej zadowalający.

Ciężar, An. Goldman i Wł. Sterling. **Przypadek zgorzeli kończyny dolnej, leczony sposobem Dopplera.**

M. Dz., lat 41, zgłosił się 23 X 33 r. na oddział p. Doc. Sterlinga ze skargami na b. silne bóle w lewej kończynie dolnej, Żonaty. 5 dzieci zdrowych. 2 lata temu wystąpiły bóle w pr. kończynie dolnej, głównie w stopie i palcach; po kilku miesiącach leczenia naszkutek zgorzeli samoistne oddzielenie się paliczka III palca. Od kilku miesięcy silny ból t. paliczka, IV i V palca stopy lewej. Od 2 tygodni niegojąca się ranka na zewnętrznej bocznej powierzchni IV palca i na pięcie. — Palil 50 papierosów dziennie. 20 lat temu *ulcus molle* (?).

Podudzie lewe i stopa zimne; na grzbiecie stopy, 2 cm. od nasady palców, okrągły płytki ubytek tk. skórnej wielkości 1 grosza, nieco powyżej plama różowo-siwa wielkości monety 10-złotowej i 2 różowosine pasma, idące w kierunku podudzia. Na IV palcu ubytek wielkości pestki wiśni, pokryty atoniczną ziarniną. V palec sinawy, u jego podstawy ubytek zgorzeli-nowy w kształcie wąskiego pierścienia.

Tętno art. *dorsalis pedis* — niewyczuwalne, na art. *poplitea* — b. słabo wyczuwalne, art. *femoralis* tętni dobrze obu stronnie, Uporczywe bóle l. kończyny dolnej. Chory wybitnie podniecony. Wa R we krwi ++++. Na kończynie lewej dolnej oscylacji brak. Ciśnienie $12\frac{3}{15}$. 2. XI Operacja (Ant. Goldman). Sympaticodiaphtheresis art. *femoralis utriusque* modo Doppler'i. W uspieniu eterowem obnażono obu stronnie poniżej pachwiny tętnice udowe i popędzowano oisophenolem na przestrzeni 8 cm., poczem wystąpiło wyraźne przyśpieszenie i naprężenie skurczów obnażonych odcinków tętnic. W przebiegu pooperacyjnym należy podkreślić w pierwszym rzędzie całkowite ustąpienie bólów od chwili zabiegu, zjawienie się oscylacji na kończynie l. dolnej (max 3 $\frac{1}{2}$ podziałki), zagojenie się ubytku u podstawy palców i zmniejszanie się zgorzeli. 12. XI. Zgorzel V palca. 25. XI. odjęcie V palca po wyraźnej demarkacji. Leczenie specyficzne. Gynocetryl w zastrzykach.

Obecnie — ranka na IV palcu pokryta różową ziarniną, owrzodzenie na pięcie zasklepia się. W miejscu odjęcia V palca rana wielkości 20 groszy, pokrywająca się naskórkiem. Leczenie trwa.

Ciężar i An. Goldman. Pokaz chorego po niedawno wykonanej operacji żołądka.

J. W., lat 57, przybył 6. XII. 1933 roku ze skargami na uporczywe bóle brzucha, głównie w nadpępczu. Choruje od 5 lat. Bóle trwają po kilka godzin i wyępują niezależnie od czasu i rodzaju pokarmów. Częste odbijania o zapachu zgnitych jaj. Apetyt dobry. Znacznie schudł i osłabł. Od 2 tygodni wymioty i nasilenie bólów.

Chory budowy wątłej, cera ziemista, w narządach klatki piersiowej zmian wybitniejszych nie stwierdzono, brzuch mierzenie wysklepiony, miękki, tkliwy na ucisk w nadpępczu. Podczas napadu bólów chory skulony, w pozycji kłęczącej.

Mocz +; Wa. R — ujemny. Morfologia krwi — cz. c. 3990000; Hb — 89%; b. c. — 11200; moczniak we krwi 0,31%; próba na krew utajoną w kale ujemna; treść żołądkowa — na

czczo odczyn kw., wolny Hcl — 12, og. Hcl — 32, po próbnem śniadaniu — wolny Hcl — 32, og. Hcl — 52. Rentgen.: żołądek opuszczony do małej miednicy, zaleganie 26 godzin. (Stenosis pylori). 11. XII. Operacja (An. Goldman).

Znieczulenie miejscowe i po twarciu jamy brzusznej znieczulenie splotu słonecznego w/g Finsterera. Stwierdzono wrzód odźwiernika i dokonano rozległego wycięcia części przyodźwiernikowej żołądka wraz z wrzodem, drążącym do trzustki, nakładając zespolenie żołądkowo-jelitowe końcowoboczne. Przebieg operacji gładki. Czas lg. 20 min. Badanie histopatolog. (Dr. Płoński): w części przyodźwiernikowej żołądka obraz typowego owrzodzenia o dnie zbliżowaiałem; na brzegach śluzówka przerosła z komórkami zapalnymi.

Chory zasługuje na pokaz w 12-ym dniu po tak dużym zabiegu głównie z powodu idealnego przebiegu pooperacyjnego: bez podniesienia t^o, przy tętnie 76, bez odbijania i wymiotów, bez żadnych sensacji bólowych, brzuch wolny, miękki; stolec po 48 godzinach. Już w 2-iej dobie po operacji otrzymuje płyny per os (herbata ocukrzona, co godzinę łyżka stołowa). 10-go dnia chory chodzi. Apetyt doskonały. Dieta mleczna z małymi ograniczeniami.

Konferencje neurologiczne oddziału IX-go.

Posiedzenie dnia 30 marca r. 1933. (Zakończenie).

Przewodniczący Bregman uzupełnił je następującem przemówieniem.

„Wznowiliśmy nasze konferencje neurologiczne, to też nie tylko z obowiązku, ale przedewszystkiem z potrzeby serca wspomnieć muszę o Tym, który był inicjatorem tych zebrań i który całą swoją energją przyczyniał się do jak najbardziej owocnego ich ukształtowania się. Choć już 9 miesięcy upłynęło od zgonu naszego kochanego i czczonego Kolegi D-ra Edwarda Flataua, to jednak dotychczas jeszcze w głowie pomieścić się nie może, że już odszedł nazawsze, że nigdy już nie usłyszymy Jego światłych uwag, Jego tak pięknego ujęcia spostrzeganych zjawisk. Muszę wyznać, że długo wahaliśmy się i zwlekaliśmy ze wznowieniem konferencyj, ale przecież musieliśmy sobie powiedzieć, że jest to nasz święty obowiązek, że winniśmy to Jego pamięci i dlatego postanowiliśmy pracę naszą z niesłabnącą energją kontynuować.

Cześć świetlanej, nigdy niezatartej pamięci naszego Przyjaciela i Przewodnika D-ra Edwarda Flataua!

Jeszcze o drugiej pięknej a niepospolitej postaci, która tak tragicznie, niemal równocześnie z Kol. Flatauem z szeregów naszych ubył, wspomnieć muszę w dniu dzisiejszym — o D. i z e Samuelu Goldflamie. Był On chlubą naszego społeczeństwa i naszego stanu lekarskiego, był wzorem najpiękniejszym badacza i uczonego, o wielkiej subtelności i olbrzymiej wiedzy. Świecił nam wszystkim przykładem świętego zapału do nauki, najczystsze go jej umiłowania i rzadko spotykanej umiejętności wydobywania prawd z tajników zjawisk i obrazów klinicznych, przez nas spostrzeganych.

Drożej i nigdy niezapomnianej pamięci naszego Mistrza i Przyjaciela składamy hołd i cześć głęboką!

Skolei spełniam miły obowiązek, witając naszego nowego ordynatora D. r a Władysława Sterlinga, z którym od dnia dzisiejszego wspólnie obrady nasze prowadzić będę. Kol. Sterling nie jest dla nas człowiekiem nowym, znamy go niemal od samego początku, od zarania jego wytężoną pracę naukową, cenimy jego dużą wiedzę i niepospolitą erudycję w zakresie naszej nauki, jego zdolność do obserwacji i syntezy i nie wątpimy, że będzie on godnie kontynuował dzieło swego nauczyciela i przyczyni się do utrzymania naszych zebrań na wysokim poziomie. W tej myśli składam Kol. Sterlingowi serdeczne życzenia owocnej pracy dla dobra chorych i nauki!

Posiedzenie uroczyste dnia 7 czerwca r. 1933 w pierwszą rocznicę śmierci nieodżałowanej pamięci Dr. med. Edwarda Flataua.

Przewodniczy Sterling.

1. Rotstadt. Przypadek guza czaszki.

B. B., lat 45. obserwuję od 19/XI. 30, kiedy zgłosiła się do mnie w przychodni szpitala z powodu uporczywych bólów głowy w lewej 1/2 części ciemieniówoskroniowej. Już i wtedy skarżyła się na narastające wypięcie lewego oka oraz postępujące zniekształcenie (uwypuklenie się) czaszki, w lewej 1/2, w części zewnętrznej, wokół oczodołu. Zaburzenia te chora wiązała z urazem (uderzenie w głowę sztuką mrożonego mięsa). Bezpośrednio po urazie — bez dolegliwości miejscowych i ogólnych. — Gdy w r. 1931 była poraz pierwszy pokazana (p. Kw. Klin. r. 1931. Zesz. II) nie miała jeszcze objawów zanikania wzroku ani też ogólnych objawów nerwowych. Tych niema też i obecnie (prócz atroph. n. opt. sin. —), natomiast wzrok lewego oka słabnie. [Niżej podaję ewolucję zaburzeń w lewej gałce ocznej. (Dr. A. Zamenhof)].

Bóle głowy trwają, wzmagają się w czasie menstruacji. Zdarzają się częściej zawroty głowy, lecz nadal bez znamion cierpienia mózdkowego lub uszu. — Wypięcie lewego oka od r. 1931 wzrasta wciąż bardziej, również i wywyższenie kostne gładkie, z zewnętrznej

strony oczodołu lewego (kości licowej i w miejscu zbieżnym czołowej z lewą skroniową). — Powtórne badania prom. Rtg. wykryło intensywniejsze (niż w r. 1931) ściemnienie w obrębie: facies orbitalis ossis sphenoidalis sinister., oraz także ściemnienie wyraźne (w r. 1931 niezupełne) w facies orbitalis ossis frontalis sin. ifacies orbitalis ossis zygomatici sin., wreszcie ściemnienie wzdłuż margo orbitalis ossis frontalis, jako wyraz bujania kości. Fissura orbitalis sinistra była już w r. 1931 zwężona; obecnie jeszcze bardziej. Tak więc wypięcie gałki ocznej lewej postępuje, równolegle wypina się na zewnątrz kość licowa i miejsce zbieżne kości czołowej i lewej skroniowej (tu w postaci guza gładkiego, o wielkości i kształcie 1/2-ówki małego jabłka); osłabienie wzroku lewego oka ujawnia się w badaniu przedmiotowym coraz bardziej, bez jakichkolwiek nadal znamion porażenia kończyn, nerwów czaszkowych i t. p. (prócz zaniku n. wzrok. lewostr.)

W rozwoju cierpienia lewego oka spostrzegano etapy następujące: 16/II. 31. V. oc. dextr. $\frac{5}{6}$, sin. — $\frac{5}{5}$. Pole widzenia normalne; wytrzeszcz lewego oka 3—4 mm.; ruchy gałek +. — 23/V. 31, wytrzeszcz lewego oka $>$ o 8 mm. od prawego; pozostałe objawy bez zmiany. 13/II. 32: vis. oc. dextr. — $\frac{5}{6}$, lew. $\frac{5}{5}$, źrenica lewostr. $>$ sza, odczyn jej słabszy. Granice lewej tarczy zatarte, żyły rozszerzone, obrzęk tarczy. Wymiar lewej gałki: 25/2; ruchy jej $<$ -one we wszystkich kierunkach; zewnętrzna ściana oczodołu zgrubiała. 6/IX. 33 wytrzeszcz lew. oka = 27. Tarcza lewa odbarwiona, naczynia wąskie, granice zatarte; Vis. oc. sin. — poczucie światła. (Dodane podczas druku 26/II. 34. Vis. oc. dextr. $\frac{5}{5}$, sin. 0; ruchy lewej gałki ograniczone; wytrzeszcz—exoptalmometr Hertla — pr. oka 14 mm, lew.—25 mm. dno oka praw. — normalne, lew. — tarcza odbarwiona, granice zatarte). — Narady z chirurgami i okulistami przemawiają, sądzą, słusznie, przeciw zabiegowi chirurgicznemu, który musiałby być bardzo rozległy, a rzecz bardzo wątpliwa, czy uratowałby lewe oko. Nie pozostaje więc tu nic innego, jak leczenie konserwatywne (Rtg.), aby wzgl. powolne wzrastanie guza kostnego, o ile możliwości, jeszcze bardziej hamować.

M. Bornsztajn i Wł. Matecki. **Przypadek dystrophiae adiposogenitalis z zaburzeniami psychicznymi.**

Chora lat 22. Zaburzenia psychiczne rozwijają się powoli od 5 lat, kiedy zaczęły występować napadowo stany lękowe, do których z biegiem czasu przyłączyły się czynności natrętne. Od 2 lat, po silnym napadzie lękowym, który wystąpił po sprzeczce z matką, obraz kliniczny przesunął się w kierunku psychotycznym. Od tegoż czasu datuje się okres monstualnego tycia i utrata menses.

Przypadek jest bardzo interesujący zarówno pod względem psychjatrycznym, jak i neurologiczno-endokrynologicznym. Analiza psychjatryczna pozwala rozróżnić 3 szeregi zjawisk psychopatologicznych. Na pierwszy plan wysuwają się: poczucie głębokiego przeobrażenia osobowości somatycznej i psychicznej oraz poczucie zmiany świata otaczającego, bezradność wobec tych zmian, urojenia osobne oraz oddziaływanie z zewnątrz, myślenie kategorjami magicznymi, alogiczność niektórych powiązań myślowych, afektywność błada, niedorównana obojętność wobec najbliższego otoczenia z przejawami ambiwalencji w stosunku do matki, wygaśnięcie zainteresowań intelektualnych. Wszystkie te objawy należy odnieść do kręgu symptomatologii schizofrenicznej. Urojenia chorej, ze względu na sporadycznie występujący krytycyzm w stosunku do przeżyć psychopatologicznych, jak również przelotny, nieutralizowany ich charakter, zaliczyć można do t. zw. „urojeń ruchomych“ (Mercklin). Powyższe znamiona tych przeżyć świadczą, że zmiana osobowości w kierunku schizofrenicznym nie jest jeszcze zbyt głęboka, że destrukcja osobowości nie jest dostatecznie wielka, wobec czego nie dochodzi jeszcze do trwałego zrośnięcia się treści psychotycznych z resztą psychiki.

Drugi szereg objawów psychopatologicznych obejmuje zjawiska natury psychonerwicowej — lękowe oraz anankastyczne. Objawy lękowe, stanowiące niejako wstęp do dalszego rozwoju psychopatologicznego, po pewnym czasie dają impuls do powstania natręctw, zrazu mających charakter obrony przeciw lękom. Objawy fobijno-anankastyczne nie tylko nie cofają się w miarę narastania objawów z dziedziny schizofrenji, lecz przeciwnie powstają wciąż nowe, zwłaszcza natręctwa. Usiłowania w kierunku zgłębienia psychogenezy objawów psychonerwicowych dały skromne wyniki. — W sprawie stosunku objawów psychonerwicowych do procesu schizofrenicznego nasuwają się możliwości następujące. Łagodnie przebiegający proces schizofreniczny, prowadząc do rozszczepienia osobowości, nie niszcząc jednak krytycyzmu, stwarza podatne źródło dla powstania objawów psychonerwicowych. Można również wyrazić przypuszczenie, jeżeli chodzi o natręctwa, że, jak to czyni K. Goldstein, każdy proces organiczny mózgowia może zmobilizować przykrytą przez t. zw. wyższe mechanizmy psychiczne tendencję do przetrwania (Verharrungstendenz), analogiczną do „musu powtarzania“ Freuda (Wiederholungszwang). Różniczkowanie natręctw schizofrenicznych od psychonerwicy natręctwa nie zawsze jest łatwe; napotyka bowiem niekiedy na przeszkody, niedające się przewyciężyć. Pewna bierność wobec natręctw, poddawanie się im i coraz bardziej zarysowujący się charakter stereotypji bezdusznej, pozbawionej żywszego zabarwienia uczuciowego, przy rosnącym chłódzie afektywnym,

mogą być drogowskazem w kierunku rozpoczynającego się procesu schizofrenicznego.

Trzeci szereg objawów — ociężałość i powolność myślenia, trudność zdobycia się na jakikolwiek wysiłek intelektualny, w związku z tem trudność ekforowania engramów, co stwarza pozory luk pamięciowych — odnieść można na karb cierpienia endokrynologicznego, przyczyniającego się do zwolnienia tempa i osłabienia natężenia czynności intelektualnych.

Pod względem somatycznym na czoło objawów wysuwa się stopniowe gromadzenie się tkarki tłuszczowej podskórnej od 5 lat, nasilające się szczególnie od 2 lat, amenorrhœa, również trwająca od 2 lat, oraz męski typ uwłosienia okolicy płciowej. Objawy te składają się na obraz dystrophiae adiposo-genitalis na skutek schorzenia przysadki. Niektóre dane obrazu rentgenologicznego (rozszerzenie i pogłębienie siodełka tureckiego, bardzo szerokie wejście do jamy siodełka, wyłączenie od wewnątrz kości czaszki) przemawiałyby za nowotworem przysadki mózgowej, brak jednak innych danych czyni problematycznym rozpoznanie nowotworu przysadki.

Co się tyczy stosunku zmian endokrynologicznych do zaburzeń psychicznych, to daleko idąca równoległość tych zmian przemawia przeciwko współistnieniu przypadkowemu tych 2 rodzajów zaburzeń. Jeżeli chodzi o istotę ściślejszą tego związku, to nasuwają się 2 możliwości. Stojąc na gruncie preformowanych psychicznych mechanizmów Hochego, normalnie tkwiących w psychice, mobilizowanych i odsłanianych tylko przez inne procesy chorobowe, można i w tym przypadku mówić o sprowokowaniu zaburzeń psychicznych o charakterze schizofrenicznym u schizoidalnego osobnika. Nie jest jednak wyłączone również przypuszczenie, że perturbacja wewnątrzgruczołowa wywołuje symptomatyczny zespół schizofreniczny u osobnika, w którym „rejestr” (Kraepelin) schizofreniczny jest szczególnie wrażliwy, czego dowodem jest konstytucja schizoidalna oraz obciążenie dziedziczne. Leczenie: próby psychoterapeutyczne w stosunku do elementów psychoneurwicowych pozostały bez skutku. Naświetlanie promieniami Rentgena spowodowało skąpą miesiączkę. Po 9 zastrzyk. Antephysan Richter waga spadła z 108,8 kg. na 106,9 kg.; po zaniechaniu opoterapii waga spadła jeszcze o 2 kg.. Również podstawowa przemiana materji wykazuje ostatnio tendencję do przyspieszenia, w przeciwstawieniu do stanu poprzedniego.

Lipszowicz. **Olbrzymi guz zrazu czołowego.**

(Pokaz anatomiczny).

L. S., l. 39. Od 23. III. do 25. III. przebywał na oddziale D-ra Lewina.

Do szpitala przywieziony został karetką Pogotowia żebrek, który w czasie wykonywania swego procederu na krańcach miasta — stracił

przytomność. 23. III. 1933 odnotowano w karcie szpitalnej: nieprz., -tomny, oddaje pod siebie mocz i kał; ciepłota 37,8 — 38,5, skóra silnie czerwona, miernie wilgotna, o średniej ilości tkanki podskórnej. Stwierdzono wybitne wzmożenie napięcia mięśniowego, zwłaszcza w obrębie karku i w kończynach. Źrenice wąskie, słabo oddziaływające na światło. Odruchy okostnowe i ze ścięgien zachowane. W narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. Po upływie 2-ch dni nieco oprzytomniał. Wykazuje wielką depresję, chwilami płacze. Nawiązanie kontaktu łatwe. Stwierdziło się amnezję co do upadku na ulicy. Zorientowany co do miejsca pobytu, natomiast nie orientuje się w czasie. Źrenice nadal wąskie, słabo oddziaływają na światło. Ciepłota podwyższona: 37 — 38. Kiedy następnego dnia (26. III) chory przeniesiony został na oddział neurologiczny, nadal zwracał uwagę silnie zaznaczony stan depresji: twarz wyraża przygnębienie, często wybucha żalonym płaczem. Na pytanie, dlaczego płacze, odpowiada, że chciałby być zdrowym. „Wszędzie byłem, ale nigdzie sobie miejsca nie mogłem znaleźć“, skarżył się, popłakując. Apatyczny, leży nieruchomo, nie interesuje się otoczeniem. O miejscu pobytu zorientowany, ale niedokładnie. Podaje, że jest w szpitalu, ale nie umie powiedzieć zrazu, w jakim mianowicie szpitalu przebywa. Na pytania odpowiada niepewnie, częstokroć sprzecznie. Urojeń, halucynacji nie było. Gdy choremu polecono usiąść, nie czynił tego. Przy próbie sadzania go stawia opór, jest jakby wylękniony. Posadzony, mimo zachowanej, jak się zdaje, siły mięśniowej, bezwładnie opada na posłanie. Podobnie zachowuje się chory, gdy go postawić, względnie zachęcać do stąpania. Nie wykonywa żadnego wysiłku dla utrzymania się w pozycji stojącej; prowadzony, niezgrabnie przebiera nogami, krzyżując je, nie odrywając stóp od podłogi. Broni się przytem, postępuje żałośnie. Pozostawiony sobie usuwa się na podłogę, utrzymując nadaną mu pozycję bez zmiany, nie bacząc na to, że jest ona bardzo niewygodna. Nie zdradza najmniejszej chęci do wstania z podłogi, nie wykonywa najdrobniejszego ruchu. Wywiera wrażenie kłody. Położony z powrotem na łóżko, leży apatycznie, w dalszym ciągu postępując i od czasu do czasu pocierając czoło ręką. Zaburzeń mowy, apraksji nie stwierdza się. W badaniu somatycznym zwraca uwagę wygórowanie w okolicy kości czołowej prawej, wielkości spłaszczonej mandarynki. Źrenice równe, okrągłe, oddziaływanie na światło zachowane. Na dnie oczu początek zastoiny. Pozatem w zakresie nn. czaszkowych, kk górnych i dolnych bez zmian. Podeszwowe odr: zgięcie podeszw; Rossolimo O. Zasługuje na uwagę wybitnie występujący zespół podbródkowy Flatau a oraz objaw Bernharda—Schrijvera. Wass. we krwi oraz płynie m.—rdz. ujemny.

Zdjęcie rentgenowskie. Od kości czołowej lewej odchodzi płaski guz o powierzchni nierównej nazewnątrz od zewnętrznej

blaszki, oraz zgrubienie w kierunku jamy czaszkowej, o konturach ostrych. Tumor osseus. Kanaly żyłne rozszerzone. Siodło rozszerzone, pogłębione, grzbiet zupełnie zniszczony, dno odwapniałe.

Podczas dalszego pobytu na oddziale stan chorego stopniowo się pogarszał, przyczem po pewnym czasie zaznaczyła się lekka asymetria na niekorzyść strony prawej. Lewa gałka oczna nieco wypięta. Narastająca senność. 7.IV. wydaje się nieprzytomny, przy ruchach biernych postępuje. W nocy zmarł.—Na sekcji stwierdzono: guz wielkości dużej pomarańczy, ostro odgraniczony, tworzący głęboką niszę w lewym zrazie czołowym od strony powierzchni mózgu, pokrywający I. i II. zawoje l. zrazu czołowego, oraz uciskający pr. zraz czołowy od strony przyśrodkowej. Badanie drobnowidowe wykazało: meningioma.

Zebranie wywiadów za życia było niemożliwe, gdyż nikt chorego nie odwiedzał. Po śmierci zgłosił się stryj zmarłego, od którego można było się dowiedzieć, że jeszcze kilka miesięcy przed przybyciem chorego na oddział nie zdradzał objawów chorobowych. Zawsze odznaczał się wielomównością, niewielkim rozumem, tak samo zresztą, jak i ojciec jego. Z zawodu był rzeźnikiem. Miał żonę i dziecko. Z żoną rozwiódł się, wyjechał do Paryża. Po powrocie do kraju nie mógł pracować z powodu drżenia rąk. Żebrał, zdradzał przytem pewne dziwactwa, nie chciał bowiem nigdy brać więcej ponad grosz. W rodzinie chorób umysłowych nie było.

W powyższym przypadku zasługuje na uwagę guz dużych rozmiarów, przebiegający przez czas dłuższy bez objawów uchwytanych dla chorego i otoczenia. Podczas pobytu na oddziale za rozpoznaniem guza przemawiały zmiany dna oczu. Na okolicę czołową wskazywało wygurowanie kości czołowej, stwierdzone zdjęciem rentgenowskim, i po niekąd zmiany psychiczne. Z drugiej str., zdjęcie rentgenowskie łatwo mogło wprowadzić w błąd, przemawiając, ze względu na zniszczenie siodła tureckiego, za sprawą uciskową w okolicy przysadki.

Herman i Mackiewicz. **Przypadek guza wzgórka wzrokowego, — komory III z objawami płasawicy.**

Chora Pal. R., l. 12, zgłosiła się do jednego z nas 21/XI. 31. W wywiadach matka chorej podawała, że od wielu miesięcy dziewczynka uskarża się na bardzo dotkliwe bóle głowy, zwł. w potylicy. Od kilku tygodni dołączyły się wymioty. Częste zaciemnienia przed oczyma. 2-krotnie na przeciąg kilku minut straciła mowę — bez utraty przytomności. Raz krótkotrwałe drgawki ogólne. Ostatnio gorzej chodzi. Na uszy nie chorowała. Ma 1 siostrę. Matka 2 razy ronila ostatnie ciążę.

St. o b. Dobrze rozwinięta, silnie zbudowana. Narządy wewn. bez zmian. Źrenice normalne. Dno oczu — obustronna tarcza zastosi-

nowa. Pole widzenia — prawidłowe. W zakresie innych nerwów czaszkowych brak zmian. Oczopląsu niema. Ruchy diadochokinetyczne po str. lewej upośledzone. Zboczenie w lewo przy próbie palec—palec. Przy próbie palec-nos — drżenie. Lewa k. g. mniej ufixowana. Wyraźne ruchy płasawicze we wszystkich kończynach. Siła kk, napięcie, czucie bez zmian. Chód zlekka chwiejny, o typie mózdkowym.

Odruchy — okostnowe i ścięgnowe na kk. g. umiarkowane, Abd. — umiark., PR — słabe, AR — umiarkowane, arefleksja stóp, Rosso-limo nieobecne, Odczys Waser. we krwi ujemny.

Rozpoznanie guza nie nastęrczało większych trudności. Bóle głowy, wymioty, tarcza zastoinowa, drgawki — dostatecznie za tem przemawiały. Brak zmian ze strony uszu, leukocytozy, gorączki — wyłączały ropień.

Chód zlekka mózdkowy, objawy mózdkowe, zaznaczone w lewej k. g., czyniły prawdopodobnem usadowienie guza w l. półkuli mózdkowej. Atoli płasawicze ruchy nasuwały umiejscowienie bardziej głębokie bliżej węzłów podstawnych, chociaż trudno było orzec, czy niema się tu do czynienia z przypadkowym powikłaniem płasawicy.

W każdym razie wobec objawów burzliwych wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego zakwalifikowaliśmy chorą do trepanacji odciążającej. Chora tuż po zabiegu zmarła.

Na sekcji stwierdzono guz, spoistości galaretowatej, wypełniający przeszło $\frac{3}{4}$ komory trzeciej. Guz był ściśle umiejscowiony w jednej połowie wzgórza wzrokowego, nie przekraczając linii środkowej.

Rozmiary $1,5 \times 2$ cm. Tuż przy linii środkowej guz zbliża się do ścianki komory III i na niedużej przestrzeni biegnie wnie znacznem oddaleniu od jej ścianki. Tutaj warstwa wyściółkowa jest zachowana; w miarę zbliżania się mas nowotworowych do ścianki komory III warstwa wyściółkowa znika i guz wrasta do jamy komory.

Drobnowidowo: guz jest skąpo uaczyniony, składa się z komórek o niedużych jądrach, podścieliska nie widać. Budowa guza omomorficzna. Granica pomiędzy guzem a tkanką normalną jest pod-
ostry, t. zn. w niektórych miejscach jest zaznaczona, w innych wcale nie można jej dostrzec. Na uwagę zasługuje obecność pojedynczych komórek nerwowych lub całych grup ich nie tylko w obwodowych częściach guza, lecz nawet w jego warstwach głębszych. Obecność włókien glejowych oraz pająkowatych komórek glejowych przemawia za guzem glejopodobnym. Izomorfizm elementów glejakowatych, skłonność do oszczędzania komórek nerwowych, nieostre odgraniczanie, oszczędzanie wyściółki komorowej — przemawia za glejakiem t. zw. „łagodnym“. Morfologicznie i biologicznie musimy glejak ten zaliczyć do „astrocytoma fibrillare“. Punkt wyjścia guza—

warstwa gleju podwyściółkowego wzgórza wzrokowego. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na korelację anatomiczno-kliniczną. Usadwienie guza w okolicy węzłów podstawnych może wyłómaczyć ruchy płasawicze, które wystąpiły w przebiegu guza. Przypadek będzie ogłoszony in extenso.

Kipmanowa i Pinczewski. **Przypadek przypuszczalnej choroby Schildera.** (Z oddz. chorób nerwowych Doc. Wł. Sterlinga).

M. K. lat 6, z rodziców niespokrewnionych, z porodu normalnego, bez obarczenia chorobami psychicznymi i nerwowymi w prostej linii (w dalszej rodzinie u 2 siostr i jednego brata dziadka pacjenta choroby umysłowe w starszym wieku).

Pacjent jest 2-iem skolei dzieckiem. Siostra jego, 9 $\frac{1}{2}$ lat, z porodu kleszczowego, chora od 4-go roku życia. Do 4-go roku życia rozwijała się prawidłowo, bez chorób dziecięcych. W 4-ym roku życia zauważono, że się zamyśla nad zwykłą odpowiedzią, że niektórych przedmiotów nie umie nazwać i chodzi niepewnie (zamiast przebieierać naprzód nóżkami zestawia je). Również niezręcznie brała przedmioty. Mowa stała się mniej wyraźna. Objawy te stopniowo wzrastały, mimo zastosowania leczenia (Wiedeń) swoistego i szczepienia malarją. W październiku 1929 r. dziewczynka miała pierwszy kilkuminutowy napad drgawek ogólnych, od tego czasu drgawki co parę dni; po luminalu ustępowały. W styczniu r. 1930 przestała chodzić sama, do maja r. 1931 prowadzano ją, później wogóle chodzić nie mogła. Psychiczny stan również się pogorszył, przestała mówić, rozpoznawać przedmioty, rodziców i najbliższe otoczenie. Od 3 lat zanieczyszcza się. Schudła. — Braciszek jej, przebywający obecnie w szpitalu, rozwijał się fizycznie i umysłowo do 2 $\frac{1}{2}$ lat. Zaczął chodzić w 15-ym miesiącu, lecz zawsze niesprawnie. Mówi (od końca 1-go roku) dość wyraźnie. W drugiej $\frac{1}{2}$ trzeciego roku życia zauważono zmiany w głosie, mowie, chodzie i psychice, które stopniowo się nasilają. Stał się apatyczny, obojętny w stosunku do rodziców; zanieczyszcza się. Chodzi pokracznie. Nie pamięta już swych wierszyków; coraz mniej rozumie. Ślini się b. obficie.

Od 2-ch tygodni zauważono, że 2 — 3 razy dziennie kurczą mu się nagle kolana, opada, lecz przytomności nie traci, drgawek nie ma. Zakaźnych chorób nie miał.

Stan obecny: Pacjent fizycznie rozwinięty dobrze, wzrost odpowiedni dla 7 — 8 lat. Jąderka w mosznie, narządy płciowe być może nieco nadmiernie rozwinięte.

Narządy wewnętrzne bez zmian.

Układ nerwowy. Czaszka symetryczna; obwód — 51 cm, wymiar przednio-tylny — 31 cm., dwuskroniowy — 28 cm., bez zmian opukowych

Żrenice — równe, okrągłe, odczyn na światło +. Dno oczu: tarcze +; plamki żółte drobno-nakrapiane; wokół nich lekko-szarawy odcień siatkówki w postaci krążka o rozlanych granicach. Badanie siły wzroku nie do przeprowadzenia. Ruchy gałek zachowane, ustawione w zmiennym zezie zbieżnym. Inne nerwy czaszkowe—bez zmian. Kk. górne. Siła i rozmiar +. Napięcie mięśni może nieco wzmożone po str. lewej, zwł. w stawie łokciowym (posługuje się stale k. g. lewą). Odruchy: Per. i Tr. słabe. Brzuszne, nosidłowe zachowane. Kk. dolne bez zmian (nieco b. może pociąga l. k. dolną). Odruchy: PR — zachowane, AR — brak. Podeszwowe — po str. l. niekiedy Babiński. Po str. prawej — zgięcie podeszwowe. Rossolimo —.

Chód o szerokim kroku, niezgrabny, pociąga l. k. dolną. Mowa — b. powolna, nosowa, rozczłonkowana, składa się przeważnie tylko z pojedynczych oderwanych wyrazów. Ekspresja mowy bardzo uboga bezbarwna pod wzgl. uczuciowym. Nazwy okazywanych przedmiotów, często nie podaje, niektóre wyrazy dziwacznie przekręca, (chusteczka „chusukunka“, kluczyki — „chuchliczki“). Rozumie przeważnie, gdy się do niego mówi. Niekiedy powtarza echolalicznie to, co doń się mówi, lub co usłyszy. Głos zmienny, chwilami nagle staje się piszczący, wogóle zaś monotony, bezbarwny. Ruchy dowolne powolne, niezgrabne i niezborne, nawet gdy usiłuje obrócić się w łóżku, a wogóle pozbawione ciągłości, jakby rozczłonkowane. Mimika uboga, bez zabarwienia uczuciowego, tępa. P s y c h i k a. Poznaje lekarza, nie umie określić, gdzie się znajduje. Nazwisko swoje zna. Matkę poznaje, zapłacze, gdy odchodzi, ale wnet znów leży zupełnie apatyczny. Niekiedy jakby żywiej zareaguje, uśmiecha się do dziecka, które wchodzi do pokoju i wciąż kieruje ku niemu wzrok. Poznaje niektóre obrazki i przedmioty (na zegarek mówi: „to jest która godzina“). Niezawsze wskazuje z polecenia właściwe części swego ciała. Źle naogół uważa, co chwila kieruje wzrok ku innemu przedmiotowi, niekiedy jednak zatrzymuje się na jakiejś czynności lub przedmiocie, z trudem daje się od niego oderwać, wciąż wraca do tej czynności lub przedmiotu. gdy zdawało się, że już zapomniał o nich. Pamięć: wierszyków, piosenek swych pamięta tylko szczątki. Z 4-ch słów lub liczb podanych umie przez chwilę zapamiętać zaledwie dwa.

Badanie metodą Bineta - Thermana wykazuje b. znaczne upośledzenie, wiele prób, dla 3 r. życia, wypada ujemnie.

W krwi i płynie m. rdzeniowym odczyny serologiczne ujemne. Encephalografia: dość znacznego stopnia rozszerzenie komór (wodogłowie).

Badanie siostry pacjenta Stefanji K. (17/VII—11/XI, 1929 Wiedeń, St. Anna Hospital. Prof. Wagner. Jauregg) 5½ l, wzrost odpow. wiekowi, odżywienie dobre, spokojna, chwyta każdą zabawkę, bawi się niemi zupełnie mechanicznie, jak małe dzieci, bez szczególnego zainteresowania. Mowa zwolniona, odpowiada tylko na najprostsze pytania. Poznaje przedmioty, ale bez nazw, gdy poddać je, powtarza prawidłowo.

Chód swoisty z pochyloną ku przodowi głową, zaczyna nagle, chwytając się, biegać.

Żrenice: odczyn na światło szybki. Nieznaczny zez zbieżny po str. lewej.

Odruchy PR i AR — 0, abd. i podeszwowe prawidłowe. Czucie zachowane (?). Romberg +.

Płyn m.-rdzeniowy wodojasny, ciśnienie zwiększone; 10 komórek. Pandy — negatywny; odczyny serologiczne — bez zmian (raz krew badana w Warszawie — prof. Hirszfeld).

Po leczeniu malarją chód gorszy. Inteligencja — bez zmian. PR i AR — udaje się wywołać.

Badanie krwi rodziców na odczyn B.-Wa dało wynik ujemny.

W przytoczonym przypadku ma się do czynienia z cierpieniem rodzinnem u dwojga. Cierpienie to postępuje w kierunku otępienia psychicznego i zaniku wogóle czynności układu nerwowego. Należy przypuszczać, że pacjenta oczekuje los starszej siostry.

Rozpoznanie tu b. trudne. Schorzenie rodzinne, jak Tay - Sachs dziecięcy, można tu wyłączyć ze względu na wiek chorych oraz nieswoisty obraz dna oczu; to samo można powiedzieć o Tay - Sachsie młodzieńczym (dno oczu bez znamienych zmian, no i niedziedziczny typ choroby, a tylko rodzinny)... Również można z pewnem prawdopodobieństwem wyłączyć tu chorobę Higier - Freud - Vogta (diplegia infantilis spastica), oraz Bourneville'a, Pellizeus - Merzbachera oraz sprawy luetyczne. Nieco podobne zmiany do stwierdzanych na dnie oczu u naszego pacjenta spostrzega się w chorobie Mühlbergera oraz w postaci Majou. Ze względu na trudności wskazane zastanawiamy się tu nad rozpoznaniem choroby Schildera (Encephalitis periaxialis diffusa, Encephaloleukopathia scleroticans progressiva - Flatau). W tej jednostce chorobowej obraz kliniczny jest nader różnorodny. Rozpoczyna się ona u osobników zupełnie zdrowych i zdradza wybitnie postępujący charakter. Należy jednak podkreślić, iż w ogłoszonych dotąd przypadkach autoptycznie stwierdzonej choroby Schildera nie było zmian na dnie oczu takich, jak w danym przypadku.

Nie posiadamy jednak ścisłego kryterium klinicznego dla rozróżniania za życia rozlanych schorzeń białej istoty mózgowej takich, jak w chorobie Schildera, od rozlanych schorzeń istoty szarej, jak

w postaciach Tay-Sachs'a młodzieńczego i zbliżonych doń. To też klinicznie należy tu chwilowo ograniczyć się do rozpoznania postępującego rozpadu układu nerwowego dziecięcego. Do tej grupy chorobowej możnaby włączyć zarówno chorobę Schildera, jak i wspomniane wyżej jednostki chorobowe, pod względem klinicznym bowiem nie dają się one jeszcze wyodrębnić.

Nadesłane.

R. Stankiewicz: „Zapalenie płuc u dzieci”. Zagadnienia patogenetyczne w świetle kliniki, bakterjologii i anatomji patologicznej. Skład główny: Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem, Warszawa, Litewska 16, tel. 9,41-00.

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) zawierac 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.

N. Essigman. W sprawie rozpoznawania i leczenia torbieli oczodołu. Sprawozdania z posiedzeń naukowych (1932/33).

Sommaire.

N. Essigman. Le diagnostic et la therapie des tumeurs cystiques de l'orbite. — Comptes rendus des seances cliniques (1932-1933).

Redaktor: **J. Rotstadt.**

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 & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU