

KWARTALNIK KLINICZNY SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

*Rhodan-
Calcium Dipuril
tabletki 1/2 Geof.*

NADCIŚNIENIE SAMOISTNE
STANY ANGIOSPASTYCZNE
MIAŻDŻYCA TĘTNIC
ZAPOBIEGANIE NAPADOM APOPLEKT.

Rurki po 20 tabletek
Proszek do receptury

FABRYKA CHEM.-FARM. „GEO” WARSZAWA, ŻELAZNA 56

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

WARSZAWA

• • •

1934

NAJSKUTECZNIEJ
ZWALCZA REUMATYZM

KLEROL

w postaci maści i płynu do kąpieli
(salicylan metylowy rozpuszczalny w wodzie)

CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNE
ZAKŁADY PRZEMYSŁOWO - HANDLOWE

ASMIDAR, SP. Z O. O.

Warszawa, Grzybowska 88.

W ostrych zapaściach, niedomodze serca, chorobach za-
kaźnych (zapalenie płuc i t. d.), w stwardnieniu tę-
nicy, w chorobach nerwowych, w dychawicy oskrzelo-
wej, rozedmie płuc, w zatruciach środkami odurzającymi,
gazem świetlnym i t. d., w zamartwicy noworodków i t. p.

CORAMINA „CIBA”

25% roztwór dwunetylamidu kwasu pyridin-beta-karbonowego.

Per os: 1 — 2 ccm. (30 — 60 kropli Coramin. liquid.)
naraz w wodzie osłodzonej, mleku, soku owocowym,
ewent. kilka razy dziennie.

CORAMIN. LIQUID. Flakony po 15 ccm.

Opakowanie szpitalne po 100 i 1000 ccm.

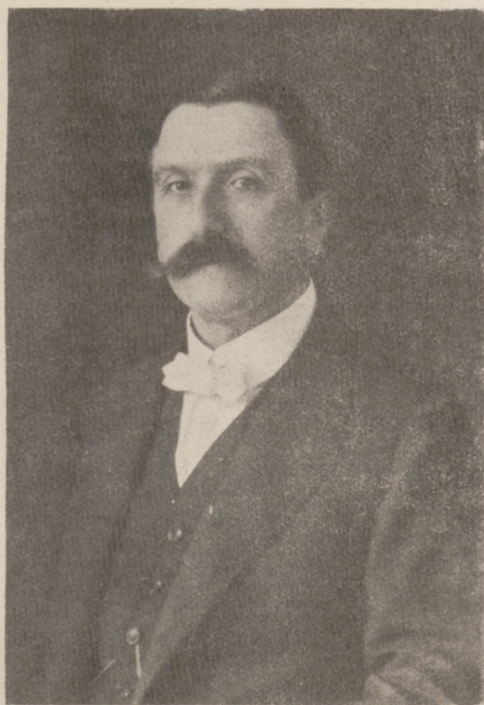
Podskórnice:

1 — 2 ccm. (1 — 2 ampułki) jeden, lub kilka razy dzien-
nie. Coraminę można stosować, mieszając ją w jednej i tej
samej strzykawce z środkami skrzepiającymi serce (Digifo-
liną, strofantyną i t. d.).

AMPUŁKI CORAMINY po 1,1 ccm. Pudełka po 5 i 20 sztuk.

Opakowanie szpitalne po 100 sztuk.

Pabjanickie Tow. Akc. Przemysłu Chemicznego



ANTONI NATANSON
Ordynator Oddziału Położniczego
i Ginekologicznego
zmarł dn. 9-go grudnia r. 1933.

101641
 11
 13(1934)

W imieniu Władz żegnał zwłoki Dr. Natansona Dyrektor Wydziału Szpitalnictwa Dr. med. K. Orzechowski.

Prof. Mikułowski-Pomorski podniósł wybitne zasługi obywatelskie Zmarłego w pracy społecznej, niezwykle Jego hart ducha i niezmierną pracowitość.

W imieniu ordynatorów dr. J. Rostadt pożegnał zwłoki następującym przemówieniem:

„Za chwilę ziemia ojczysta, ta najszlachetniejsza matka — rodzicielka, przyjmie w swe łono wiernego syna Doktora Medycyny Antoniego Natansona, który niezwykle pracowitym żywotem lekarza szpitalnego zasłużył na najwyższą i najjaśniejszą pamięć naszą.

42

Gdy mam tu nad zwłokami, tak drogimi dla nas — współtowarzyszcy Jego pracy — uwydatnić najbardziej znamiennej cechę Jego działalności, która wysunęła postać Dra Natansona na plan przedni naszego szeregu, to powiedziałbym, że był najszlachetniejszym typem lekarza szpitalnego, ginekologa-poloźnika i najserdeczniejszym opiekunem w troskach cierpienia moralnego i fizycznego swych chorych.

Czcil imię kobiety-matki i najpiękniejszy twór życia — dziecko.

Był też jednym z najwytrawniejszych ginekologów polskich, a wszystko dobre, co czynił, zawdzięczał niezwyklej energii, wielkiej wiedzy, hartowi ducha powadze sądu, umiłowaniu zawodu trudnego. I wyszkolił niejedno pokolenie lekarzy specjalistów, miał dla nich serce i patrzył w serce.

Był cichym, ofiarnym dobrodziejem wielu ludzi, z którymi współpracował na terenie szpitala.

Szlachetny w uśmiechu, pogodny duchem umiał łagodzić troski wątpiących i skolatanych życiem.

Antoni Natanson spełnił zaszczytnie obowiązek społeczny lekarza.

Wytrzymał do końca, choć złamany niemocą fizyczną, lecz nieugięty w duchu, na posterunku ordynatora, który czcil jako najwyższe dobro publiczne i uczył je szanować. Nie frymarczył godnością lekarza szpitalnego.

Składam Ci oto tu hołd — w imieniu kolegów ordynatorów — szlachetny towarzyszu pracy szpitalnej, przyjacielu nasz drogi!

Przemówienie Jadwigi Pa wińskiej w im. Tow. Kolonij Letnich im. St. Markiewicza:

„Staję nad tą trumną nie tylko w poczuciu obowiązku, jako przedstawicielka instytucji, której Zmarły tyle myśli i sił poświęcił, ale także z potrzeby serca stalej współtowarzyszki tej przeszło 40-toletniej Jego pracy w Tow. Kolonij Letnich dla dzieci im. Stanisława Markiewicza.

Nie można bez zdumienia i bez głębokiego wzruszenia spojrzeć wstecz na postać i czyny Doktora Antoniego Natansona, jego niezmordowana gotowość do udzielania pomocy i rady w każdej potrzebie. Jego jasność poglądów, obok gołębiej dobroci, niezwykłą tolerancję i wyrozumiałość, zdecydowaną i niezachwianą linię życia, z której nie zбочzył nigdy, mimo różnorodne przeciwności, oraz zmienne prądy, którym u nas tak łatwo ludzie ulegają i pod któremi się załamują.

Dr. Antoni Natanson z zacnego domu rodzicielskiego wyniósł wysokie pojęcie o obowiązkach obywatelskich i szczerze umiłowanie kraju.

To też od wczesnej młodości pracował na niwie społecznej i jako niespełna 30-toletni lekarz wszedł do grona osób, które, młodą wówczas instytucję kolonij letnich prowadziły.

Od pierwszej chwili stał się tam niezbędnym i jako lekarz i jako zdolny, praktyczny organizator.

Wspólnie z drem Markiewiczem ustala młody lekarz metody pracy w koloniach, opracowuje liczne regulaminy z zakresu higieny, gospodarstwa i wychowawstwa. Wiele z nich stanowi trwałą podstawę sposobu prowadzenia kolonij.

Brał też Dr. Natanson czynny udział w planowaniu i budowie własnych kolonij Towarzystwa.

Wchodząc stale w skład przyrządu komitetu, czy to w charakterze skarbnika, czy wiceprezesa, żywo interesował się zawsze wszelkimi sprawami Towarzystwa, czuwał nad celowym spełnianiem jego zadań, doży kładąc nacisk na leczniczą rolę kolonij. Doktorowi Natansonowi zawdzięczamy w dużej mierze dobrą organizację, oraz byt i rozwój Towarzystwa.

Żegnamy go też z nieklamany żalem i obok skromnej wiązanki kwiatów składamy hołd należny Jego zacnej pamięci.

Niechaj mu ta ziemia polska lekką będzie.

Konsultant Szpitala Dr. Lubliner podkreślił w następującem przemówieniu zasługi Zmarłego: „Za chwilę złożone będą do grobu śmiertelne szczątki naszego ukochanego i wielce zasłużonego kolegi i przyjaciela, doktora medycyny Antoniego Natansona. Wkrótce wszyscy stąd, od tych miejsc ponurych odejdziemy, ale odchodząc zabieramy ze sobą niewygasającą pamięć, o Tobie, kochany nasz współtowarzyszu pracy. Po przez wszystkie Twoje lata pracowitego żywota, dawałeś przykład, jakim powinien być lekarz. A pomoc udzielałeś nieszczęśliwym, chorym na każde wezwanie, o każdej godzinie dnia i nocy. Byłeś fanatykiem pracy i jeszcze w przededniu zgonu nie odmawiałeś swej pomocy. Dewiza życia Twego była *res sacra miser*.

Doktor medycyny Antoni Natanson urodził się w Warszawie w roku 1862. Wydział lekarski w Dorpacie ukończył w 1888 r.

Po długich studjach w Niemczech, Francji i Anglii w roku 1896 został ordynatorem oddziału ginekologicznego szpitala starozakonnych na ul. Pokornej, zaś w 1914 został mianowany również i ordynatorem oddziału położniczego w nowym szpitalu na Czystem. Prowadził wzorowo obydwie te oddziały, wykształcił cały szereg młodszych kolegów. Jego takt wrodzony, jego poczucie sprawiedliwości, jego delikatne wyczucie życia lekarskiego, jego wysokie pojęcie o etyce, stawia go jako przodującego lekarza w życiu szpitalnem. To też niema komisji, do której by nie należał i nie było sprawy, w której by Dr. Natanson nie znalazł się na przodującym miejscu. Był on twórcą koła ordynatorów i jego prezesem, członkiem zarządu Szkoły Pielęgniarstwa, członkiem redakcji Kwartalnika Szpitala Starozakonnych, Wiceprezesem Komitetu Budowy Instytutu Patologicznego, Wiceprezesem Kolonji Letnich im. S. Markiewicza, członkiem czynnym licznych towarzystw naukowo-lekarskich. Wielce zasłużony w pracy nad odbudową Ojczyzny, udekorowany został wysokim orderem komandorskim Polonia Restituta.

Z bólem w sercu, z ciężkim smutkiem i żalem żegnamy Cię, kochany kolego i przyjacielu, w imieniu kolegów szpitalnych i własnym. Niechaj ta ziemia polska, którą tak kochałeś, lekką Ci będzie.

L. L.

Następnie przemawiał dr. L. Bręgman:

„W imieniu Komitetu Budowy Instytutu Patologicznego żegnam naszego długoletniego, wielce zasłużonego, przewodniczącego dr. Antoniego Natansona. Instytut był ukochanem dziełem kol. Natansona. Miłując naukę lekarską i rozumiejąc doniosłe znaczenie Instytutu dla pracy naukowej na terenie Szpitala, Natanson od pierwszej chwili przyłgnął całym sercem do inicjatywy stworzenia tej

nowej placówki naukowej. Wybrany Vice-Prezesem Komitetu zajął się z całkowitem oddaniem się tą sprawą i skupił w swych rękach wszystkie najważniejsze czynności — zbierał posiedzenia Komitetu i prowadził nasze obrady, starał się energicznie o pomnożenie funduszy Komitetu, współpracując przy budowie. kontrolował wydatki, miał w swej pieczy kasę i t. d. Nie ustając w swych zabiegach, Natanson podchwytywał każdą poddawaną mu sugestję, nie opuszczał żadnej nadażającej się sposobności, aby dzieło rozpoczęte naprzód popchnąć, dzieło w którego urzeczywistnienie wierzył niezłomnie. Niestety, nie danem mu było doczekać się ukończenia budowy, które w ostatnich czasach wydawało się bliższe niż kiedykolwiek. Świetlanej Pamięci Dr. Natansona komitet budowy winien jest głęboką wdzięczność za ogrom Jego pracy, a spodziewamy się, że żywym pomnikiem naszej wdzięczności całego społeczeństwa będzie wkrótce wykończony i oddany do użytku Instytut Patologiczny, w którym pamięć o zmarłym przewodniczącym z pewnością uwiecznioną będzie w sposób odpowiadający Jego wielkim zasługom. Stroskanej Rodzinie składam w Jej wielkim nieszczęściu w imieniu Komitetu i swoim własnym wyrazy najgłębszego współczucia.

Dr. G r o m a d z k i żegnał zwłoki Dr. Natansona w imieniu Towarzystwa Ginekologicznego i „Ginekologii Polskiej”.

Dr. Z s r e b r n y czcił pamięć nieodżałowanego Towarzysza pracy w imieniu Tow. Medycyny Społecznej i Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego.

Dr. A. F r y s z b e r g w imieniu starszego pokolenia asystentów uczcił pamięć Dr. Natansona następującymi słowy:

„Z wielkim bólem staję tu, kochany drogi Szefie, aby Cię żegnać w imieniu asystentów Twego oddziału.

Byłeś dla nas przewodnikiem, nauczycielem, świeciłeś nam przykładem, imponowałeś nam swoją niestrudzoną pracą, swoim wielkim zapalem, niespotykaną energią, siłą woli i wielkim poczuciem obowiązku

Byłeś fanatykiem pracy i do ostatnich chwil Twego życia, mimo że zdrowie Ci już nie dopisywało, z młodzieńczym zapalem pracowałeś na swej ulubionej niwie, na tak gorąco przez siebie umiłowanym oddziale. Resztki swoich sił oddawałeś chorym — zginąłeś jak waleczny żołnierz — na posterunku!

Z bogatej skarbnicy Twojej wiedzy my, Twoi uczniowie, czerpaliśmy zapal do pracy naukowej, sumiennej i dokładnej. Przyglądaliśmy się Tobie, jak obdarzałeś chorych radą lekarską i serdeczną pociechą i jak nie robiłeś różnic pomiędzy bogatymi i ubogimi — z jednaką miłością opiekowałeś się chorymi w pięknych apartamentach i skromnych salach szpitalnych. Byłeś zawsze obdarzony pięknem posłannictwem niesienia pomocy! To też dziś, kiedy już na wieczny spoczynek Cię złożono, jednoczą się w żalu po Tobie, twoi asystenci i uczniowie, twoi przyjaciele, oraz wielotysięczne rzesze twoich pacjentów, którym Twoja dłoń, Twoje serce i Twój rozum ratowały najcenniejsze skarby — zdrowie i życie!

Twoi uczniowie, rozproszeni po najdalszych krańcach Rzeczypospolitej, szczerzyć się mogą i dumni być mogą, że byli Twoimi uczniami! Choć już między nami niema naszego drogiego Szefa, ale duch Jego i myśli Jego żyć z nami będą zawsze!

Cześć Twojej świetlanej pamięci!

W imieniu asystentów Szpitala żegnał Dr. Natansona kol. P r z e w o r s k i:
„Drogi, kochany Nauczycielu! — Mam ten smutny przywilej, że przemawiam nad Twym grobem ostatni, jako ten, który ostatnie Twe lata z Tobą pracował. Wszystkie zalety Twoje, które przedemną przytoczono, zachowałeś w pełni do ostatniej chwili mimo choroby, która nękała Cię i osłabiała od dłuższego czasu.

Jeszcze w zeszłym tygodniu, podobnie do wielu, wielu ubiegłych lat, wiedziałeś wszystko o każdej chorej na oddziale, jeszcze w zeszłym tygodniu w dzień i w nocy, bez względu na porę służyłeś radą, pomocą, wskazówkami. Ostatni raz byłeś w szpitalu we wtorek, cztery dni przed zgonem. Chciałem Ci pokazać chorą po operacji. Ubrany, choć z trudem, ale bez sprzeciwu zdjąłeś palto i zbadałeś chorą.

Do ostatniej chwili, pełen prostoty, zachowałeś cechę, właściwą tylko ludziom dobrym i pełnym wartości — nie lekceważyłeś nigdy niczyjej wiedzy i rady, z największą uwagą wysłuchiwałeś choćby najmłodszego, zawsze chętny do objaśniania i nauczania, zawsze pełen cierpliwości, pobłażania i wyrozumiałości. Takież był Twój stosunek do asystentów; Twój czar osobisty, dobroć i uczynność niewoliła serca, zjednywała wszystkich, napawała szacunkiem i ufnością, pozwalała szukać u Ciebie rady nie tylko zawodowej — lekarskiej, ale i rozstrzygnięcia i pomocy w różnych sprawach życiowych, osobistych.

Nie znosiłeś tylko nigdy fałszu, obludy. Ale za to można było zawsze powiedzieć wszystko, całą prawdę — miałeś wtedy umysł i serce Ojca — byłeś dobry i wyrozumiały.

Żegnam Cię w imieniu lekarzy, położnych, siostr i służby Twego oddziału, w imieniu asystentów wszystkich oddziałów szpitala i jeszcze raz w imieniu tych niezliczonych dziesiątków Twoich byłych uczniów, których wykształciłeś.

Będziesz dla mnie zawsze wzorem dobrego człowieka i szlachetnego dobrego lekarza. Żegnaj!

W imieniu pracowników w pomocniczej służbie lekarskiej szpitalnej przemawiał z bólem szlachetnego serca S. K ł o s o w s k i.



MARJA SKŁODOWSKA - CURIE

**Znakomita uczona, Laureatka nagrody
Nobla, Profesor Sorbony Paryskiej, Za-
łożycielka Instytutu Radowego w War-
szawie**

zgasła w dniu 4 lipca 1934 r.

Hołd pamięci odkrywczynie polonu i radu składają
wydawcy, komitet redakcyjny i redakcja Kwartalnika
Klinicznego.



Акк. № 2039-05/6

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE
WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

Z oddziału chorób nerwowych. (Ordynator: E. L. Bregman).

Psychiczne odruchy podbródkowe oraz stosunek ich do odruchu Flataua.

Przyczynek do patofizjologii ruchów mimicznych

PODAŁ

L. Lipszowicz

Odruch rogówkowo-podbródkowy Flataua wraz z innymi odruchami podbródkowymi, otrzymywanymi ze ściśle określonych okolic ciała a opisanymi przez różnych autorów¹⁾, zaliczyliśmy

¹⁾ Pierwszym autorem, który opisał odruch podbródkowy, był, jak to wnosimy na podstawie dostępnego nam piśmiennictwa, W. Bechterew. W przypadkach porażenia postępującego otrzymywał on skurcz mięśnia podbródkowego przy uderzaniu młotkiem perkusyjnym w okolicę ust. (W. Bechterew. Über den Zustand der Muskel u. sonstigen Reflexe des Antlitzes bei Dementia paralytica. Neurologisches Centralblatt, r. 1903, str. 851).

Odruch dłoniowo-podbródkowy opisany został po upływie 17 lat przez G. Marinesco i A. Radović'ego (Revue neurol. 1920, Nr. 3). W 1922 opisał T. Simchowicz odruch nosowo-podbródkowy jednocześnie z odruchem nosowo-ocznym. Ten ostatni był już, co prawda, znacznie wcześniej, bo w 1902, ogłoszony przez Bechterewa jako odruch oczny (W. Bechterew. Über den Augenreflex oder das Augenphänomen. Neurol. Centralblatt, 1902, str. 107—111).

Na odruch rogówkowo-podbródkowy zwrócił uwagę Flatau, podając jego opis w pracy p. t. „O epidemji zapalenia rozianego układu nerw. w Polsce (Warsz. Czasop. Lek., str. 1182). Po upływie roku opisaliśmy, wreszcie, jeszcze dwa odruchy: oczno-względnie źreniczno-podbródkowy oraz powiekowo-podbródkowy (Neurologja Polska, 1932, zes. I—IV).

Wszystkie powyżej wymienione odruchy podbródkowe możnaby nazwać somatycznymi w odróżnieniu od psychicznych, o których poniżej będzie mowa.

do t. zw. odruchów rzekomo-afektywnych ²⁾). Nazwą tą określił Sherington szereg odruchów, zaobserwowanych u zwierząt odmóżdżonych, które noszą wprawdzie charakter wyrazowy albo afektywny, pozbawione są wszelako udziału w nich świadomości. Ośrodki dla tych odruchów zwykło się też umieszczać w stosunkowo niżej położonych okolicach mózgowia.

Obok rzekomo-afektywnych bezświadomych odruchów podbródkowych, dziś nieaktualnych i oddawna przeżytych ³⁾), istnieją odruchy podbródkowe, często w życiu codziennem napotykanne i ściśle ze świadomością związane. Występują one bądź samodzielnie, bądź jako część składowa bardziej złożonych zjawisk wyrazowych albo afektywnych. Nazwiemy je psychicznymi odruchami podbródkowymi. Pragnąłbym tu zwrócić na nie uwagę ze względu na punkty styczne, łączące je z odruchami podbródkowymi rzekomo-afektywnymi, których łuki odruchowe ubiegłe tysiąclecia ukryły na wielkim cmentarzysku mózgowia. Odnotujemy je tylko pokrótce, gdyż obszerniejsze omówienie, na jakie niewątpliwie zasługują, znacznie przekroczyłoby ramy, zakreślone przez obecną naszą pracę.

1. Odruch podbródkowy badawczy. Przy zetknięciu się ze zjawiskiem, podlegającym badaniu, względnie ocenie odnośnej naszej czynności psychicznej towarzyszy napół świadomy, mniej lub więcej powolny skurcz mięśnia podbródkowego o charakterze tonicznym. Skurcz ten mimiczny, unoszący podbródek oraz wargę dolną, która ponadto wysuwa się ku przodowi, łatwo dostrzec można w chwilach odpowiednich u rozmówcy. W zależności od wyniku czynności badawczej, ujawniającego się niezwłocznie, ruch powyższy nabiera różnego zabarwienia: zakłopotania, zatrwożenia, podziwu, pogardy, zaprzeczenia, potwierdzenia i t. p.

Nie można go uważać za coś wyuczonego, przejętego od otoczenia. Występuje, zresztą, również u zwierząt, m. in. u małych człekopodobnych, gdzie posiada ściśle określony cel konkretny. Jest nim, mianowicie, dotykanie wysuniętą ku górze i przodowi dolną wargą przedmiotu, pochwyconego łapami, przed wprowa-

²⁾ L. Lipszowicz. Badania nad odruchem rogówkowo-podbródkowym Flatau (Neurologja Polska, 1932, zes. I — IV).

³⁾ Ibidem.

dzeniem go do pyska. (Ruchy łąp oraz wargi dolnej małpy, wykonywane w takich wypadkach, dziwnie przypominają gest człowieka, określane jako „wzruszenie ram onami“, „rozkładanie rąk“).

Z dotykaniem wargą u małpy (a, zapewne, również u niemowlęcia) idzie w parze obwąchiwanie przedmiotu. Czynności te odruchowe są, zresztą, często u ssaków skojarzone, służąc do badania pokarmu i, przypuszczalnie, wogóle bliższego otoczenia ⁴⁾. Być może, rozchodzi się tu o t. zw. ruchy śledzenia („Spähbewegungen“), dochodzące do skutku za pośrednictwem czuciowych gałązek n. trójdzielnego. Wspomina o nich F. H. L e w y w pracy, poświęconej fizjologii rdzenia przedłużonego i jąder nerwów czaszkowych ⁵⁾. Byłyby one odpowiednikiem psychicznych odruchów podbródkowych (a, zapewne, i innych, dotąd niewyjaśnionych) u człowieka, i, być może, im zawdzięczamy odnośne mechanizmy, zdeponowane na zawsze, jakkolwiek zatraciły swoje pierwotne przeznaczenie, w mózgowiu. Ostatnie uruchamiane, niejako galwanizowane, są każdorazowo, ilekroć świadomość ludzka objawia się w chwilach, analogicznych do przeżywanych przez niższy świat zwierzęcy.

2. Charakter badawczy, przeważnie z odcieniem twogi względnie zakłopotania, zawarty jest, jak się zdaje, w pewnych zgłoskach, wydawanych odruchowo przez zwierzęta. Mamy na myśli te zgłoski, których komponenta spółgłoskowa tworzy się przy współudziale mięśnia podbródkowego (t. zw. s p ó ł g ł o s k i w a r g o w e). Wymaga wyjaśnienia stosunek tychże do t. zw. autogenetycznych, t. j. powstałych niezależnie od słuchu, spółgłosek wargowych niemowlęcia.

3. Kloniczno-toniczny skurcz mięśnia podbródkowego stanowi jeden z komponentów o d r u c h o w e g o p ł a c z u. Uwidacznia się on zwłaszcza w fazie wstępnej płaczu w postaci spazmatycznych ruchów podbródka albo ułożenia ust w kształcie „pyszczka rybiego“ przed wybuchem płaczu u dzieci i dorosłych.

Na tym krótkim opisie psychicznych odruchów podbródkowych poprzestaniemy. Będą one przedmiotem oddzielnej pracy, w której obok psychicznych odruchów uwzględnimy odruchy podbródkowe somatyczne oraz pokrewne.

⁴⁾ F. H. Levy. Die Oblongata und die Hirnnervenkerne. Handbuch der norm. u. pathol. Physiologie. T. X, 1927. Str. 186.

⁵⁾ Ibidem. Str. 185.

Odpowiednikiem anatomicznym dla odruchów psychicznych, rozgrywających się w obrębie twarzy, przyjęto uważać t. zw. psychiczny odruchowy szlak n. twarzowego B e c h t e r e w a. W myśl badań B e c h t e r e w a poza drogami, wchodzącymi w grę przy dowolnem pobudzaniu n. twarzowego, wyodrębnić należy szlaki, dzięki którym dochodzą do skutku odruchowe czynności n. twarzowego, powodowane impulsami psychicznymi. Drogi te biegną od pobudzonych miejsc kory mózgowej (różnych, w zależności od psychicznego impulsu) do wzgórza wzrokowego (thalamus opticus⁶⁾), a stąd poprzez czepcowe okolice szypuły mózgowej i mostu do obwodu. Kliniczne a częściowo i anatomiczne spostrzeżenia N o t h n a g l a, R o s e n b a c h a, G o w e r s a, K i w i l c e w a, M o n a k o w a i B o r s t a dostarczyły dalszych dowodów na to, że rozróżnić wypada pomiędzy dowolnem a odruchowo-psychicznym pobudzeniem n. twarzowego, względnie porażeniem tegoż. Szczególnie w chorobach wzgórza wzrokowego konstatowano, że pacjenci dowolnie mogą poruszać chorą połową twarzy, natomiast przy afektywnych ruchach twarzowych pozostaje ona nieruchoma. W przypadku B o r s t a (guz 3-ej komory)^{6a)} pacjent śmiał się na komendę (sztucznie), nie mógł jednak tego uczynić wskutek różnych bodźców psychicznych.

Według nowszych badań⁷⁾, przy uszkodzeniu szlaków piramidowych ruchy emocjonalne po stronie niedowładnej ulegają wzmożeniu w porównaniu ze stroną zdrową.

W jakim stosunku do odruchów rzekomo-afektywnych, w szczególności interesującego nas tu odruchu rogówkowo-podbródkowego, pozostają psychiczne odruchy podbródkowe? Z cech wspólnych wymienić należy przedewszystkiem efekt końcowy odruchu w postaci skurczu mięśnia podbródkowego. Jest do pomyślenia, że również i charakter bodźców psychicznych i somatycznych (w rozwoju filogenetycznym) w odruchach podbródkowych jest wspólny: pobudzały do czynności badawczej. Przeciwno jednak identyfikowaniu psychicznych i somatycznych odruchów podbródkowych przemawiają następujące momenty.

⁶⁾ Należy zauważyć, że Roussy, Gordon Holmes, Head i in. nie stwierdzali zaburzeń mimiki w przypadkach uszkodzenia wzgórza wzrokowego.

^{6a)} Max Borst „Die psycho-reflektorische Facialisbahn.“ Neurol. Centralbl., 1901, str. 155—159.

⁷⁾ Monrad i Krohn. Norsk. magaz. f. laegevidensk. T. 84, str. 714. R. 1924. Cyt. wg Wilbrand u, Saenger. Neurol. d. Auges. Ergänzungsband 1927.

a) Odruchy rzekomo afektywne występują u ludzi również w stanie nieprzytomnym (odruch dłoniowo-podbródkowy stosunkowo często, odruch rogówkowo-podbródkowy w warunkach specjalnych⁸⁾).

b) Przy zachowanych psychicznych odruchach podbródkowych — obok innych odruchów afektywnych — brak jest w warunkach normalnych somatycznych odruchów podbródkowych, w szczególności oddechu rogówkowo-podbródkowego.

c) Przy zniesieniu psychicznych odruchów podbródkowych pozostają zachowane somatyczne odruchy podbródkowe, w szczególności odruchy rogówkowo-podbródkowe.

Nieco dłużej zatrzymamy się poniżej nad związkami odruchowego płaczu z odruchem rogówkowo-podbródkowym.

Otóż przede wszystkim stwierdzimy, że w tych przypadkach, gdzie płacz (wzgl. śmiech) przybierał charakter patologiczny, „przymusowy“ w szerszym znaczeniu, odruch rog. - podbr. obok innych podbródkowych występował bardzo wybitnie. W poprzedniej naszej pracy przytoczyliśmy odnośne przypadki psychozy o przebiegu cyklicznym. Tu chcielibyśmy ponadto zwrócić uwagę na częste występowanie odruchów rog.-podbr. w porażeniach rzekomo-opuszkowych (paralysis pseudobulbaris). W schorzeniach tych często spotyka się ciekawe zjawisko, na które przede wszystkim *Oppenheim* i *Siemerling* zwrócili uwagę: mięśnie, nad którymi wola straciła panowanie, poruszane są na drodze emocjonalnej, asocjacyjnej względnie automatycznej i odruchowej. Mięśnie, nieczynne w mowie, przy ruchach wyrazowych biorą żywy udział. Obserwuje się wzmożenie zmodyfikowanych aktów mięśniowych, kurczowe, eksplozywne wybuchy płaczu i śmiechu.

Należy jeszcze zauważyć, że również u osobników, nie wykazujących objawów organicznego schorzenia, a odznaczających się jedynie skłonnością do *nieumotywowanych* stanów wesołości (śmiechu) względnie przygnębienia, myśli rzekomo-samobójczych i t. p., spychanych zazwyczaj do wspólnego kosza psychastenji, — obserwowaliśmy odruchy rog.-podbr. bardzo wybitne.

⁸⁾ Odnośne przypadki ogłoszone będą oddzielnie.

A zatem patologicznym stanom afektywnym w sensie wzmożonej skłonności do płaczu albo śmiechu towarzyszą odruchy rogówkowo-podbródkowe. Ostatnie występują jednak często zupełnie niezależnie od zaburzeń w dziedzinie afektywnej, a przetrwać mogą nawet wtedy, gdy pacjent stracił zupełnie zdolność płaczu względnie śmiechu. Taki niezmiernie rzadki przypadek, który miałem możność obserwować na oddziale przez czas dłuższy, demonstrowany wspólnie z Dr. E. L. Bregmanem na posiedzeniu Warsz. Tow. Neurolog. dn. 11.I.34⁹⁾, poniżej w streszczeniu przytaczamy.

N. M., l. 46, nałogowy palacz, od 7 lat chromanie przestankowe w kk dolnych. Przed dwoma laty krótki napad utraty przytomności, po którym wystąpiły ciężkie zaburzenia psychiczne: mówił nie do rzeczy, nie chciał jeść, był przygnębiony, zdradzał zamiary samobójcze. Po 2-ch latach wyzdrowiał. W sierpniu 1933 napady bólu w okolicy serca połączone z dusznością. 1.9.1933 wystąpił ból w prawem ramieniu, a zarazem porażenie 2-ch palców prawej dłoni. Po kilku dniach porażenie objęło całą prawą kiść. Przy badaniu stwierdzało się ponadto słabsze unerwienie prawego fałdu nosowowargowego, osłabienie prawych odruchów brzusznych. Mowa chorego powolna częstokroć z jękaniem. Zdradza dużą skłonność do płaczu. W czasie pobytu w szpitalu poprawiał się stopniowo. Odruch rog.-podbródk. zrazu występował tylko z jednej strony (lewej), później — w miarę poprawy — obustronnie. Wypisał się dn. 10.X.33. Przybył ponownie 17.XII 33. Przed 2-ma dniami dostał jakiegoś napadu (przechodnie mówili, że zachowywał się jak „pijany“), poczem stracił przytomność. Badany tegoż dnia, wykazywał wybitnie wzmożone napięcie kk, przyczem w prawej kończynie górnej występowały kurcze toniczne. Zrenice poszerzone, pr. i l., na światło nie oddziaływały. W nocy odzyskał przytomność na krótko. Powiedział wówczas otoczeniu, że pragnie umrzeć. Był następnie b. niespokojny, rzucał się. W takim stanie przywieziono go do szpitala.

Nazajutrz przytomność wróciła. Przy badaniu chory odpowiada na pytania, zorientowany. Mowa zamazana, wybuchowa, powolna, z trudem zrozumiała. Obustronne opadnięcie powiek. Zrenica pr. b. rozszerzona, l. węższa, obie na światło nie oddziaływują. Ruchy gałek ocznych zniesione. N. twarzowy pr. w dolnej gałązce słabiej unerwiony. Język zbacza

⁹⁾ L. E. Bregman i L. Lipszowicz. Ogniska pochodzenia naczyniowego w pniu mózgowym u osobnika dotkniętego od wielu lat miażdżycą tętnic obwodowych.

na prawo. Kk gg. i dd. podnosi d. dobrze, nie utrzymuje w spokoju. Napięcie nieco wzmożone, odruchy ścięgnowe wzmożone, podeszwowe żywe w postaci przedłużonego zgięcia palców. Objawy bezładu statycznego. Senność. Zaburzenia łykania. Osłabienie odruchów rogówkowych. Odruchy rog. podbr. zniesione. Chory sprawia wrażenie, że chciałby płakać, ale płaczu jednak nie ma.

9.I. odnotowano obustronne odruchy rog. podbródkowe, odtąd stale się utrzymujące. 17.I. znaczna poprawa: różniejszy, senność znikła; wystąpił ruch gałek ocznych w lewo. Przy płaczu odruchowym (umyślnie sprowokowanym) nie widać charakterystycznej gry mięśni twarzy, nie słycać też szlochu: zamiast tego chory powtarza, wykrzykując, wielokrotnie to samo zdanie („Co będzie, co będzie...“ Miał na myśli rozpaczliwą sytuację rodziny, o której była mowa. Za pierwszym pobylem w szpitalu załóżnie płakał w takich wypadkach). Przy śmiechu bierze udział tylko prawa połowa (niedowładna) twarzy, podczas gdy lewa połowa twarzy pozostaje nieruchoma. Z czasem również i lewa połowa twarzy zaczęła uczestniczyć w śmiechu, wszelako udział jej w tym odruchu psychicznym pozostał (nawet po upływie 3-ch miesięcy od chwili wypisania się w stanie niezłym ze szpitala) mniejszy niż po str. niedowładnej.

W powyższym przypadku wydają się być zajęte (w okresie nasilenia choroby) zwoje podstawne, przedewszystkiem subpalidarne (subst. n. nigra i t. d.), na co wskazują objawy dużej sztywności i znaczne zaatakowanie jąder nn. okoruchowych, znajdujących się w bliskim sąsiedztwie. Ognisko chorobowe (wzg. ogniska chorobowe) obejmowało niewątpliwie większy teren mózgowia (ciało czworacze i odnogi mózdkowe do tegoż; ostatnie tłumaczyły objawy mózdkowe), naś jednak interesować winien, jak się zdaje, układ pozapiramidowy, jako skupiający ośrodki będących w mowie odruchów. Za układem pozapiramidowym przemawia m. in. charakter toniczny, względnie przewaga elementu tonicznego, zarówno w psychicznych jak i somatycznych odruchach podbródkowych. Na znaczenie tego czynnika w rozpoznawaniu dróg pozapiramidowych wskazują m. in. badania *Graham Brown'a* przy drażnieniu okolicy jądra czerwonego, *Pachona* i *Delmasa* przy drażnieniu jądra ogoniastego, *Bechterewa*, *Réthiego*, *Economu* przy drażnieniu istoty czarnej (subst. nigra) i t. d.

Bliższych danych topograficznych badania fizjologiczne układu pozapiramidowego dotąd nam, niestety, nie dostarczyły¹⁰⁾. Z konieczności dla celów tych, które przedewszystkiem mamy na oku, oprzeć się musimy na materiale kliniczno - anatomicznym, który od 3-ich lat skrupulatnie na oddziale Dra B r e g m a n a (a częściowo i innych oddziałach naszego szpitala) zbieramy. Pozwoli on, jak się zdaje, na wyłonienie pewnych danych dajagnostycznych.

Z Oddziału Chirurgicznego (Ordynator: A. Sołowiejczyk).

O leczeniu zakrzepowego zapalenia żył kończyn dolnych zastrzykami uniedrobniającymi.

PODAŁ

A. Graber

Starszy asystent oddziału.

Zakrzepowe zapalenie żył stanowi, jak wiadomo, wzgl. częste powikłanie w przebiegu chorób chirurgicznych, szczególnie po zabiegach poniżej przepony brzusznej.

Najczęściej spostrzegane są zakrzepy w obrębie żył kończyn dolnych. Odróżnia się tu 2 zasadniczo odmienne obrazy cierpienia w zależności od umiejscowienia sprawy zapalnej. Schorzenie dotyczyć może żył głębokich podudzia lub uda, albo sieci żył podskórnych pnia, wzgl. bocznic żyły odpiszczelowej.

Choć w tym wypadku miejsce cierpienia jest bardziej powierzchowne (tuż pod skórą) — przebieg sprawy zapalnej okazuje się znacznie groźniejszy dla organizmu. To właśnie stanowi cechę, różniącą zapalenie zakrzepowe żył głębokich od powierzchownych, a wpływa na to różnica w procesie anatomopatologicznym. Zakrzep żył głębokich cechuje kierunek zstępujący, przyczem szybko dochodzi tu do przerwania drożności naczynia. W żyłach podskórnych przeciwnie, sprawa ma kierunek wstępujący, zakrzep znacznie dłużej pozostaje luźny, a co zatem istnieje duża możliwość tworzenia się zatorów.

¹⁰⁾ Patrz wyczerpującą pracę H. S t a t z a p. t. Physiologie und Pathologie der Stammganglien (Handbuch d. norm. u. pathol. Physiol., t. X str. 318—417).

DOPUSZCZONY DO LEKOSPISU
ZWIĄZKU KAS CHORYCH.

Wyciąg z mięśni prądkowanych

DZIAŁA HYPOTENZYJNIE W STANACH
NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO

Obniza wzmozone ciśnienie

i Przeto przygotowuje cho-
rego z nadciśnieniem do za-
biegów operacyjnych. | Powoduje przyspieszenie no-
wotworzenia tkanki kostnej,
i zrost kości.

Doskonały środek w leczeniu chorób Raynaud'a i Bürgera

Apteka i Laboratorium W Rospeźziowski
Warszawa, Elektoralna 35.



Zdaniem większości sprawa zakrzepowa zaczyna się w żyłach stopy, a sprzyja jej zastój żylny w nisko położonych częściach ciała; zastój ten ma znaczenie decydujące. Jakie są jego przyczyny dotychczas nie ustalono. Ogólnie stwierdza się wzmożoną skłonność do zakrzepowego zapalenia żył u chorych z cierpieniem układu naczyniowego, szczególnie w roztrzeni i żyłakach kończyn dolnych. Często również spostrzega się w tych razach zatory, a to wiąże się ze stwierdzaniem stale na preparatach anatomicznych połączeniem żyły odpiszczelowej z głębokimi żyłami uda. Wiele jeszcze różnych czynników sprzyja tej sprawie, a są one przeważnie natury mechanicznej.

Przebieg kliniczny zakrzepowego zapalenia żył jest b. różny. Niekiedy ostry, z gwałtownym bólem, dreszczami, wysoką t^o, zupełnym bezwładem kończyny chorej; to znów b. łagodny, prawie niedostrzegalny tak, że poza nieznacznym wzniesieniem krzywej ciepłoty żadnych cech subiektywnych, ani obiektywnych stwierdzić niepodobna. Pierwszym objawem cierpienia jest zwykle ból, zmiennie nasilony i różnie umiejscowiony, najwcześniej występujący samoistnie w stopie; drugim, bardzo charakterystycznym—wyczuwalne na przebiegu naczynia stwardnienie, któremu towarzyszy niekiedy obrzęk tkanek miękkich. W dalszym przebiegu stwardnienie to przybiera swoisty kształt powrózka. Te objawy cechują okres początkowy choroby, od 3—6 dni, a odpowiada mu w świetle naczynia proces zakrzepowy, pierwotny, który skolei ulega wydłużeniu przez nawarswienie. Zakrzep jest w tym okresie mocno złączony ze ścianą naczynia, to też oderwanie się jego cząsteczek nie ma tu miejsca. Sprawa chorobowa może ulec zanikowi, minąć bez śladu, lub też przejść w 2-gi okres — zamknięcia światła naczynia. Tworzenie się zakrzepu jest b. złożone i trudne do wytłumaczenia. Omawianie tej sprawy będzie tu w braku miejsca pominięte. Dalszy przebieg kliniczny cierpienia zależy od zmian anatomopatologicznych. Gdy zakrzep jest zakażony, sprawa ma charakter zapalny, ropny, wzgl. gnilny i nie różni się od podobnych. W zakrzepach aseptycznych okres obliteracyjny przechodzi w okres organizacji; czas ewolucji zakrzepowej w tym wypadku trwa 3—4 tyg. W tym okresie cząsteczki zakrzepu mogą ulec oderwaniu, z grozą choroby zatorowej. Potem niebezpieczeństwo mija. Przypadki późnego zatoru, zdarzają się niezmiernie rzadko.

Leczenie zakrzepów żylnych było dotąd przeważnie zachowawcze. Unieruchomienie kończyny, kompresy, maście, gorczyca, ciepłe powietrze — oto zabiegi najchętniej stosowane; z reguły też ułożenie kończyny stale uniesionej. Zdaniem Perthesa, Fischera, Magnusa i innych jest to postępowanie błędne, ponieważ w żyłę w warunkach zastojów stałego lub nabytego stwierdza się niedomykalność zastawek, a zatem takie ułożenie kończyny sprzyjać tylko może w przesunięciu zatoru w kierunku dośrodkowym.

A że w przebiegu leczenia zachowawczego zakrzepów żył na kończynach występują zatory, starano się już dawno chirurgicznie — zrazu w przypadkach zakażonych, potem i w aseptycznych — zapobiegać temu powikłaniu. W większości przypadków chodzi tu o zabieg mały: podwiązanie naczynia, — mimo to postępowanie operacyjne ma licznych przeciwników. Zwolennicy jego podają wyniki dobre. Myśl przewodnia zabiegów chirurgicznych jest słuszna i celowa: przerwać mechanicznie tor, po którym oderwana cząsteczka zakrzepu dostaje się do krwiobieg. Jednakże w miejscu podwiązania naczynia tworzy się skolei zakrzep, nowy punkt wyjścia dla zatoru. Stąd wspomniana wstrzeźliwość większości chirurgów. Wędrowka zatoru w żyłę stanowi właśnie to niebezpieczeństwo, które pragniemy usunąć, to też usiłowania lecznicze zawsze dążyły do zamknięcia tej drogi, co należy uważać za jedynie słuszne postępowanie w chorobie zatorowej. Ponieważ podwiązanie naczynia okazało się niepewnym, usiłowano osiągnąć zamknięcie żyły uciskiem powyżej miejsca chorego (Hunter). Fischer wprowadził to postępowanie jako metodę. Okazało się też, że ucisk żyły schorzałej ma wybitny wpływ dodatni na przebieg kliniczny zakrzepowego zapalenia żył. Szerzenie się procesu spowodowane jest niewystarczalnością zastawek żylnych, której przypisuje się również niebezpieczeństwo zatoru. Fischer celem zmiany tych warunków patologicznych stosuje ucisk tamponem powyżej miejsca schorzenia żyły, co zamyka żyłę i wyłącza ją z krwiobieg. Technika Fischera polega na założeniu opaski z przylepca na chorą kończynę od palców ponad miejsce schorzenia tak, aby odcinek chory był ucisknięty, a opaska do kształtu nogi dostosowana.

Metodę Fischera sprawdził Jaeger (po raz pierwszy w 1923 r.) w przypadku ciężkim, o wyniku dodatnim zdumiewa-

jącym; podaje on 38 przypadków świeżego zapalenia żył podudzia i uda, z wynikiem stale dobrym, z czasem leczenia do 3-ch tygodni. Technika Jaegera odbiega nieco od podanej przez Fischera; nie używa on tamponu, a nakłada okrężne pasmo uciskające z przylepca elastycznego. Opatrunek zaczyna również od palców u nogi, a kończy < > o 10 ctm. ponad górną granicą miejsca schorzenia żyły. Stały ucisk powoduje zamknięcie naczyń żylnych i chłonnych. Doświadczenie poucza, że to sprowadza znaczne przyspieszenie gojenia, a co najważniejsze, przerywa wzgl. ogranicza szerzenie się sprawy zapalnej. Im wcześniejszy jest okres choroby, tem wybitniejsze działanie tej metody; bóle ustępują bardzo szybko, t^o w ciągu 1—2 dni spada do normy, ociężałość nogi rychło zanika, i o ile stan ogólny pozwala, chory może przerwać leżenie.

Na klinice Elsa stosowano opatrunek uciskowy w 100 przypadkach zakrzepu pooperacyjnego; w żadnym nie było zatoru; czas pooperacyjny nie dłuższy się; leczenie kontynuowano ambulatoryjnie.

Opatrunek uciskowy ma zastosowanie w przypadkach zakrzepu żył powierzchownych kończyn dolnych, a te, jak wiadomo, mają zwykle charakter wstępujący i są bardzo zdradliwe, przeto metodę wskazaną uważać należy za wyjątkowo korzystną.

Wyniki takiego postępowania są zadowalające i korzystne (K a p p i s). Wielu jednak nie może się pogodzić z myślą o uruchomianiu chorego z zakrzepem żylnym w obawie zatoru, uważając za rzecz wątpliwą, by ucisk na żyłę był tak wielki, aby światło jej zostało zupełnie zamknięte; każda luka nawet niewielka wystarczy, by groźne w skutkach jądro zatoru dostało się do krwiobiegu.

Jak już wspomniano, najbardziej sprzyjają zakrzepowemu zapaleniu żył po operacjach żyłki podudzia. Rzecz trudna do wyjaśnienia, dlaczego tu, gdzie zazwyczaj stwierdza się odwrócony bieg krwi, sprawa ma charakter wstępujący, a więc przeciw prądowi krwi.

Stan taki spostrzega się przytem tylko w okresie pooperacyjnym, to też często występują tu zatory. W warunkach normalnych, u tych samych chorych, w przebiegu schorzenia żyłaków powstające zakrzepy przemijają bez powikłań, zatory są tu rzadkie, a niekiedy cała sprawa toczy się niedostrzegalnie.

Drobne zakrzepy należą do obrazu choroby żyłaków, niekiedy nawet stanowią jego pierwszą cechą rozpoznawczą, to też, gdyby w tych przypadkach istniała tendencja do zatorów, te ostatnie musiałyby być niezmiernie częste. Jeżeli tak nie jest, można to sobie tłumaczyć opadaniem krwi w chorych żyłach ku dołowi wobec pionowej pozycji chorego. Zatory, być może, powstają, niesione są jednak prawdopodobnie w kierunku coraz to mniejszych naczyń żylnych w okolicę, gdzie krążenie zostało już przedtem wyrównane; stąd brak tu cech chorobowych. Uważać należy, że dopóki zachowana zostaje pozycja pionowa, czy też inna, niezmieniająca swoistych warunków, niebezpieczeństwo zatoru praktycznie nie istnieje. Inaczej rzecz się ma, gdy chory taki leży zwłaszcza z uniesionymi kończynami; tu bieg krwi ulega nagle zmianie, a rozstrzeń naczyń i niedomoga zastawek stanowią warunki sprzyjające wędrówce zatoru.

W tych więc przypadkach unoszenie kończyny chorej, uważane dotąd za nieodzowny czynnik postępowania leczniczego jest zdaniem wielu wręcz szkodliwe. Dlatego też układać należy chorych z zakrzepowem zapaleniem żył w pozycji skośnej z nogami wdół. Zdarza się jednak, że i przy takim postępowaniu sprawa szerzy się dośrodkowo (odnośne przypadki dotyczą chorych z żyłakami). Ułożenie kończyny ku dołowi nie zawsze może wpływać hamująco na posuwanie się sprawy zapalnej, wzgl. chronić od zatoru, lecz jest bezsprzecznie korzystniejsze. Zwolennicy tego postępowania w dążeniu do pewniejszego zabezpieczenia zalecają opatrunek uciskowy, a więc leczenie ambulatoryjne. Trudniej zgodzić się z tem zwolennikom dotychczasowych metod, wobec których nowopodane jest wręcz wywrotowe. Większość atoli autorów zwraca uwagę na słaby punkt postępowania leczniczego drogą opatrunku uciskowego — brak pewności zabezpieczenia od zatoru, wzgl. zamknięcia zupełnego światła naczyń.

Jak wiadomo, przerwanie drożności naczyń uzyskać można dość łatwo przez wprowadzenie do światła pewnych substancyj chemicznych. Zakrzep chemiczny zamyka naczynie całkowicie i nie daje nigdy zatoru, przylega do ściany bardzo mocno, szerzy się szybko, a odczyn zapalny tkanek otaczających sprzyja tylko pewniejszemu zamknięciu naczyń.

Leżenie chorych okazało się również zbędne, to też w większości wypadków prowadzi się leczenie przeważnie ambulatoryjnie bez ważniejszych, jak dotąd, powikłań.

Wymienione cechy zakrzepu sztucznego skłoniły mię do stosowania chemicznego zakrzepu, jako środka zabezpieczającego od zatoru.

Postępowanie polega tu: na opatrunku uciskowym w miejscu chorem (granicę znaczy obrzmienie, zaczerwienienie skóry i ból dotykowy) i na zastrzyku stwardniającym, przerywającym drożność naczynia. Ponieważ zakrzep szerzyć się może zarówno w kierunku wstępującym jak i zstępującym, należy zakrzepy sztuczne wytwarzać obustronnie. Gdyby w przebiegu cierpienia stwierdzono odmienny kierunek, zastrzyk winien być zawsze do niego dostosowany.

Sprawy zapalne uważa się, jak wiadomo, za przeciwwskazanie do leczenia żyłaków. W rzeczywistości jednak jest to słuszne tylko wobec ogólnej infekcji, szczególnie w stanach tych po zapaleniu migdałków. Miejscowe zakażenie nie ma tu znaczenia większego. Dowodem służyć może stosowanie wlewań uniedroźniających w owrzodzeniach podudzia, gdy żyły i naczynia chłonne są zakażone, a mimo to nie spostrzega się przykrych następstw. Z tą myślą przystępowałem do pierwszych zabiegów, zamykając żyłę możliwie daleko od miejsca schorzenia i tylko z konieczności zmniejszałem tę odległość.

Wobec zachęcających wyników zacząłem postępowanie to stosować szerzej; żadnych powikłań nie spostrzegłem. Możliwe, że i ucisk miejsca chorego ma tu też swe znaczenie.

Zastrzyki uniedroźniające czynią zbędnym owijanie całej kończyny opaską z przylepca prócz przypadków, gdzie zaburzenia w krążeniu są znaczne, lub żyłaki i roztrzenie b. rozległe; leczenie zachowawcze nie może mieć też miejsca, gdy jest ropowica.

Zastrzyk wykonywam po uprzednim odtłoczeniu krwi w ilości nie mniejszej niż wprowadzanego leku. Przy wlewaniu staram się nie przekraczać granicy środkowej i górnej $\frac{1}{3}$ części uda tak jednak, by miejsce wkłócia nie wypadło bliżej niż 15 cm. ponad górną granicą opaski uciskającej (ta szerokiem, okrężnem pasmem pokrywa całkowicie schorzały odcinek). Zdarzało mi się z konieczności zastrzykiwać w odległości 10 cm. od tej granicy. W razie potrzeby dokonywa się wlewania w odległości 10 — 5 cm. od dolnej granicy opaski. Jak się okazało jednak wystarcza zazwyczaj zastrzyk nad granicą górną.

Do wlewania stosuję 20% roztwór salicylatu sodu w ilości od 5 — 10 cm.³, przyczem nad górną granicą opaski wprowadzałem zawsze 10 cm.³. Aby preparat z żyły nie przenikał do tkanek otaczających, miejsce wkłócia uciskam gazikiem, umocowanym przez przyklepiec. Rozczyn salicylatu sodu jest w działaniu najbardziej łagodny, nie powoduje tak ostrego procesu, jak stężony roztwór NaCl i jest pewniejszy w skutku od glukozy, a że posiada i własności bakterjobjęcze, ma to znaczenie zwł. dla zakrzepu zakażonego.

Możliwość zakażenia zakrzepu chemicznego okazała się, jak dotąd, nieusprawiedliwionem przypuszczeniem. Lek, wprowadzony do naczynia, styka się niekiedy z zakrzepem zapalnym, czego dowodem przebieg dalszy; nazajutrz po zastrzyku, zwłaszcza gdy z konieczności dokonany był blisko, obrzęk żyły spowodowany zakrzepem chemicznym, przechodzi bezpośrednio w obrzęk zapalny pierwotny; odnosi się tu wrażenie, że sprawa szerzy się w obu kierunkach. Bolesność i zaczerwienienie skóry są przeważnie nieznaczne, a przebieg po zakrzepie chemicznym nie różni się niczem od zwykle spostrzeganego. Po opatrunku uciskowym i zastrzyku uniedrożniącym obraz chorobowy zakrzepowego zapalenia ulega znacznej zmianie. Sprawa zapalna szybko słabnie; dreszcze, ból, ciepłota ustępują niekiedy już nazajutrz; mija też stopniowo bez ruchu kończyny. Rozumie się, że czas potrzebny do zupełnego wyrównania zmian patologicznych jest różnie wydłużony, stąd leczenie trwać musi od 2 — 6 tygodni. Wlewanie uniedrożniające posiada ponadto i tę zaletę, że zabezpiecza od zatorów późnych. Zejście zakrzepu chemicznego to organizacja — niechybne zamknięcie naczynia i wyłączenie wytworzonego powrózka łączno-tkankowego z sieci naczyń żylnych. Przywrócenie krążenia w odcinku leczonym zastrzykami należy tu do rzadkości i powodowane jest technicznym błędem. Leczenie wskazane stosowałem też w zakrzepowym zapaleniu żył w przebiegu żyłaków i roztrzeni żył kończyn dolnych ambulatoryjnie, przyczem chorzy nie przerywali pracy zawodowej.

Poniżej przytaczam niektóre przypadki tak leczone. Pierwsze były spostrzegane w r. 1929.

1. G. N., k., l. 42. Trombophlebitis femoris dextr. (v. saphena magna), post operationem propter varices hemorrhoidales. Od 2-ch tygodni leży. Stale gorączkuje. Zastrzyk salicylatu sodu 29.X.1929 r. Opatrunek uciskowy z przyklepca. Po 2-ch dniach wstała; 4-y tyg. leczenia ambulatoryjnego.

Wyzdrowienie. (w miejscu żyły po zastrzyku — powrózek twardy, niebolesny).

2. J. N., k., l. 40. Ulcera cruris od kilku lat. Po operacji brzusznej wróciła do domu z nieznacznym obrzękiem stopy lewej, pogorszenie. Od 3-ch dni duży obrzęk podudzia, bóle, dreszcze. T^0 do 39^0 . Rzp.: zakrzepowe zapalenie żył podskórnych goleni lewej. 1 XI-29 zastrzyki Natr. sal. 15 ctm. nad górną granicą obrzęku; opatrunek z przylepca. 8 tyg. leczenia ambulatoryjnego. Wyzdrowienie.

3. M. B., k., l. 52. Po osunięciu guza jajnika (10-ty dzień) nagły obrzęk podudzia lewego. Wypisała się. Rzp.: tromboflebitis v. saphenae cruris sinistri. Zastrzyki stwardniające 15 ctm. nad górną granicą i 10 ctm. pod dolną 8 XI-1929 r.; opatrunek uciskowy. Po 6 tygodn. — wyzdrowienie.

4. F. S., k., l. 49. Żylaki k. k. d. od lat kilkunastu. Od kilku dni zapalenie zakrzepowe żył podskórnych podudzia. 12 XI 29 r. zastrzyk sklerozujący 15 ctm. nad górną granicą obrzęku, opatrunek z przylepca. Po 6 tyg. — wyleczenie; cały czas chodziła.

5. R. M., m., l. 38. Żylaki wiele lat. Tromboflebitis cruris dextri kilka dni. Dreszcze, $t^0 >>$, bezruch kończyny. Zastrzyki 19 XI-1929 r.; opatrunek uciskowy. Po 2-ch dniach wstał, wrócił do pracy, ambulatoryjne leczenie — 4 tygodnie.

6. G. I., k., l. 50. Tromboflebitis femoris dextri po operacji przepukliny udowej; sprawa w żyłach podskórnych. 29 XI-29 zastrzyk natr.-salic. 20% i opatrunek uciskowy. 8 dnia po operacji wstała; dalsze leczenie w przychodni.

9. K. J., k., l. 62. Żylaki podudzia od kilkudziesięciu lat. Od tygodnia tromboflebitis podudzia lewego. Wycięcie żyły odpiszczelowej do kostki. Po 5 dniach zakrzep w dolnej $1/3$ uda. 10 cnt.³ salicylatu sodu o 10 cmt. nad górną granicą schorzenia, opatrunek uciskowy. Po 2 tygodn. wstała; leczenie ambulatoryjne.

10. Z. R., k., l. 52; tromboflebitis cruris sinistri żył podskórnych po operacji podwiązania guzków krwawnicowych odbytnicy. $t^0 38^0$, obrzęk, bóle. Nad górną granicą, 15 cmt. od obrzęku, zastrzyk Natr. sal.; opatrunek uciskowy. Po 6 tygodn. ambulatoryjnego leczenia — wyzdrowienie.

Z leczonych w roku 1930 przypadków, przytaczam 7 zasługujących na wyróżnienie:

12. G. P., m., l. 48. Varices cruris utr. Zakrzepowe zapalenie żył podskórnych podudzia i uda prawego od 2-ch dni. 13 XII-29 r. zastrzyk 20% salicylatu sodu, opatrunek uciskowy. Po 2-ch tyg. wyleczenie.

13. A. I., m., l. 56. Varices cruris utr. Tromboflebitis v. saphenae cruris dextri z silną gorączką, dreszczami i gwałtownym bólem. Bezruch. Opatrunek uciskowy i zastrzyki Natr.-sal. 7/II-1930 r. Po 2-ch dniach wrócił do zajęcia (tragarz). Po 6 tyg. stan dobry.

14. R. G., k., l. 38. Trombophlebitis v. saphenae cruris dextri post abortum. 28 IV-30 r., leczona zastrzykami, opatrunkiem. W 3 tyg. wyleczenie.

16. I. N., k., l. 40. Trombophlebitis cruris dextri od kilku dni. Żylaki od lat; dotąd bez zapaleń żylnych. Obecnie $t^{\circ} > >$, dreszcze i bóle. Chód trudny. 11 VII-30 r. zastrzyki Natr. sal., opatrunek uciskowy. Już po 2-ch dniach poprawa. Po 6 tyg. wyzdrowienie.

18. Sz. M., k., l. 42. Varices cruris od kilkunastu lat. Trombophlebitis v. saphenae cruris sinistri. $T^{\circ} > >$, dreszcze, obrzęk ból. Od 1 II-1930 r. leczenie zastrzykami. Opatrunek uciskowy. Na 3-ci dzień objawy ustąpiły; wstała; dalsze leczenie ambulatoryjne.

Na rok 1931 przypada 12 spostrzeżeń; oto niektóre:

19. N. G., m., l. 24. Trombophlebitis v. saphenae femoris dextri od 3-ch dni. Przed rokiem z powodu podobnej sprawy leżał 4 miesiące. Po 8 tyg. ambulatoryjnego leczenia wyzdrowiał.

20. B. M., k., l. 52. Trombophlebitis v. saphenae cruris sinistri od 3-ch dni. Chora łączy sprawę z przebytą przed 6 tygodniami anginą, kilkanaście lat żylaki nie dokuczały jej. Leczona jak wyżej. Po 8 tyg. wyleczenie.

21. S. F., k., l. 49. Varices cruris bilateralis od lat. Trombophlebitis v. saphenae cruris dextri od 2-ch tygodni. Bezruch, sprawa postępuje. Zastrzyki, opaska. Po 3-ch dniach opuszcza łóżko; dalsze leczenie w przychodni.

24. N. T., k., l. 92. Trombophlebitis v. saphenae cruris dextri po raz trzeci w roku. Ostatnio powikłanie—ciężkie zapalenie płuc. Leczona ambulatoryjnie w sposób wyżej podany. Po 2-ch miesiącach leczenie jak wyżej, samopoczucie dobre (z obawy powrotu cierpienia opatrunku z przylepca zdjąć nie pozwoliła).

25. P. G., k., l. 48. Varices cruris utr. od lat. Trombophlebitis v. saphenae femoris dextri po przebytem skrobaniu próbnym na 3 dzień po zabiegu (chora krwawiła, dlatego też leżała przez cały czas). Leczona jak wyżej. Po 2-ch tygodniach leczenia wyzdrowienie.

28. K. I., k., l. 39. Trombophlebitis v. saphenae cruris sinistri od 3-ch tygodni. Chora leży. Sprawa, mimo leczenia, bez poprawy. Po zastrzykach salicylatu sodu i opatrunku uciskowym, wyraźna poprawa już w dniach najbliższych. Mimo zalecenia opuszczenia łóżka chora przez tydzień leżała. Dopiero następnie zdecydowała się na leczenie ambulatoryjne. Po 6 tyg. wyleczenie.

TRIPLEX GESSNER

(STRYCHNINA, ARSEN i FOSFOR ORGAN. ZWIĄZANE)

**PEŁNOWARTOŚCIOWY PREPARAT
WZMACNIAJĄCY i KRWIOTWÓRCZY**

TRIPLEX W AMPUŁKACH: Nr. I, II, III po 12 amp.
w pudełku. Pud. 12 amp zł. 4.00.

MAŁY KOMPLET: po 6 amp. Nr. I, II i III razem
18 amp. zł. 5.—

TRIPLEX W DRAŻETKACH: pud. większe 108 pig. zł. 6.—
pud. mniejsze 50 pig. zł. 3.—

**APTEKA i LABORATORJUM
CHEMICZNO FARMACEUTYCZNE**

Mag. Farm. JAN GESSNER

Warszawa, Al. Jerozolimskie Nr. 11.

W latach 1932 i 33 spostrzegłem około 20 dalszych przypadków, których z braku miejsca przytoczyć nie mogę. Wynik leczenia był zawsze dobry.

W żadnym z wyżej przytoczonych przypadków nie stwierdzono w przebiegu leczenia ani razu zatoru, chorzy znoszą leczenie bardzo dobrze, zaznaczają jedynie, że, gdy zaczynają chodzić, pierwsze chwile opatrunku uciskowego są uciążliwe. Dotyczy to tylko chorych chodzących natychmiast po nałożeniu opatrunku uciskowego.

Że postępowanie wyżej podane zabezpiecza rzeczywiście od możliwości powstania zatoru, dowodem spostrzeżenie następujące: S. F., mężczyzna, l. 40, cierpiący na żylaki od kilkunastu lat. Po przebytem cierpieniu zakaźnem, zakrzepowe zapalenie żył podudzia lewego. Opatrunek uciskowy z przylepca sprawił znaczną poprawę; chory (lekarz) zdecydował się na opuszczenie łóżka, zastrzyku jednak zrobić nie dał. Przez 2 tyg. w opa-

trunku kontynuował swe zajęcia, pracował, to też obrzęk i ból dokuczały mu. Wobec tego zdecydował się na zdjęcie opatrunku — leczenie spokojem i okładami. W 6 dni po zdjęciu opatrunku uciskowego zator płucny, poczem po kilku dniach powtórny, to też chory przez długi czas zmuszony był do pozostawania w łóżku. Przypadek powyższy jest bardzo pouczający; dowodzi, że dopóki nałożony opatrunek uciskowy leży dobrze na miejscu, powstanie zatoru jest utrudnione, jednak zabezpieczenia od zatoru na tej drodze się nie osiąga, to też wykonywanie zastrzyków sklerozujących ponad opatrunkiem uciskowym, celem zupełnego zamknięcia naczynia, jest logiczne i wskazane.

Doświadczenie zdobyte doprowadza do wniosków następujących: zakrzepowe zapalenie żył, częste powikłanie przebiegu pooperacyjnego, kryje w sobie niebezpieczeństwo choroby zatorowej. Usunięcie go drogą podwiązania naczynia, okazało się niepewnym. Fischer wprowadził do lecznictwa opatrunek uciskowy, aby móc leczyć ambulatoryjnie, skrócić znacznie czas leczenia i zabezpieczyć od zatorów. Zabezpieczenie to jednak nie jest pewne, gdyż trudno, aby ucisk zewnętrzny sam zdołał całkowicie zamknąć światło naczynia. Światło głównego naczynia stanowi jedyną drogę wędrówki zatoru, przerwanie jej jest słusznym i celowym postępowaniem zapobiegawczym. Zamknięcie światła naczynia spowodować można łatwo zapomocą zastrzyków sklerozujących. Stosowałem je obok opatrunku uciskowego w leczeniu zakrzepowego zapalenia żył i mimo nasuwających się wątpliwości w szeregu przypadków uzyskałem wynik pomyślny.

Do wlewań używam stale 20% roztworu salicylatu sodu, a oba zakażenia zakrzepu sztucznego z ogniska zapalnego okazała się, jak dotąd, płonną.

Nie przesądzając tedy sprawy, na podstawie dotychczasowego doświadczenia, stwierdzić można, że plasterowy opatrunek uciskający, któremu towarzyszy zamknięcie chemiczne światła naczynia, stanowi łagodny i dobry sposób postępowania leczniczego w zakrzepowym zapaleniu żył podskórnych zarówno w przypadkach pooperacyjnych, jak i w przebiegu choroby żyłaków.

Sposób ten więc zasługuje na uwagę, jest skuteczny, prosty i łatwy do wykonania. Najważniejsze dodatnie strony postępo-

wania stanowią: umożliwienie leczenia ambulatoryjnego i—zgodne z myśleniem chirurgicznym najpewniejsze bodaj zabezpieczenie od zatorów.

P i ś m i e n n i c t w o :

- Fischer Ars med. 1925.
Med. Klinik 1930.
J. Homans Annals of Surgery 87-5.
-
-

Z oddziału b. p. J. Luxenburga.

W sprawie samoistnego krwawienia podpajęczynówkowego.

PODAŁ

J. Wohl

Asystent Oddziału.

Samoistne krwotoki podpajęczynówkowe, które Goldflam nazwał krwotokami samorodnymi, stanowią odrębną jednostkę chorobową o charakterystycznych cechach i znamienym przebiegu.

Pierwszy zwrócił uwagę na przestrzeń podpajęczynową — jako siedzibę częstych krwotoków — Baillarder w r. 1857. Wilks (1859) opisał 4 przypadki sekcyjne krwotoków podpajęczynowych samoistnych, a w r. 1883 kliniczne 3 takie przypadki. Zkolei spostrzeżenia takie opisywali Gintal, Hayem, Froin, Ehrenberg, Fernasidez, Symmonds, Flatau, Goldflam, Rothfeld, Herman i w. in. — W r. 1914 — po raz pierwszy u nas — demonstrowali Handelsman i Rotstadt przypadek taki w Warsz. Tow. Lek.. Ostatnio — dzięki stałemu stosowaniu nakłucia lędźwiowego w badaniu klinicznym, przypadki krwawień podpajęczynowych są coraz częściej ujawniane i opisywane.

Przypadek niezwykły tego cierpienia obserwowaliśmy w szpitalu na Czystem na oddz. D-ra Luxenburga przed rokiem.

B. S., lat 30, z zawodu krawiec — zgłosił się do szpitala podając, że przed 5 dniami dostał nagle śród pracy silnych bólów głowy, karku, krzyża. Wymiotów, dreszców nie było.

T⁰, mierzona raz, była normalna. W domu podobno ani moczu, ani stolca oddawać nie mógł. Pierwsze samoistne oddawanie moczu i stolca nastąpiło w szpitalu, w dniu przyjęcia do szpitala. Stan obecny: silne bóle głowy, krzyża i karku oraz bezsenność. — Dawniej często dostawał czerwonych plam na podudziach, które szybko znikaly.

Przytomny; ciepłota 38⁰/₄, tętno 78'. Wzrostu średniego, budowy prawidłowej, stanu odżywienia dobrego; gruczoły chłonne niepowiększone. Skóra i śluzówki słabo ukrwione; język obłożony, wilgotny. Migdałki budowy prawidłowej, o zabarwieniu normalnem, również i gardziel. Płuc granice +, wypuk jawny, oddech pęcherzykowy; serce: granice +, tony czyste, tętno miarowe, dobrze wypełnione. W jamie brzusznej bez zmian. Układ nerwowy: Wybitna sztywność karku, Kernig +, Brudziński +. Odruchy zachowane; źrenice reagują na światło i na przystosowanie; czucie nie zaburzone; psychika normalna.

W moczu 0'2⁰/₁₀₀ białka, 2—3 leukocyty w. p. w. i 0—1—2 wylugowanych erytrocytów w. p. w.

W k r w i — Erytroc. 4.100.000, Leukoc. 8.200, Neutrof. 76%, Limfoc. 14%, Monoc. 10%, Eoz. 0%.

Z nakłucia łądźwiowego wydobyto 20 cm³ płynu krwawego, pod bardzo wysokiem ciśnieniem. Płyn po odwirowaniu ksantochromiczny; w preparatach bezpośrednich dużo czerwonych ciałek i białych; ilościowo — jak w krwi normalnej. Drobnoustrojów nie stwierdzono. Odczyn W a s s. w krwi i płynie —. 3 dni pierwsze pobytu w szpitalu (a był chorym już 5 dni w domu) przeszły w gorączce (38⁰/₄ — 38⁰/₉), poczem t⁰ spadła do normy. Wykonano 3 (w odstępach kilkudniowych) nakłucia łądźwiowe; barwa płynu kolejno zmieniała się z krwistego na czerwony, ksantochromowy i wreszcie przezroczysty, przy coraz bardziej opadającym ciśnieniu, do normy. Chorego wypisano po 2 tygodniach ze szpitala w stanie dobrym zdrowia. Rozpoznano: K r w a w i e n i e s a m o i s t n e p o d p a j ę c z y n ó w k o w e.

Anatomopatologicznie ma się tu do czynienia z krwotokiem w przestrzeni między pajęczynówką a naczyniówką, niekiedy jednak krew wylewa się i pod naczyniówkę ze względu na to, że przestrzeń podpajęczynówkowa jest bardzo niska. Krwotoki te zwykle następują z naczyń tętniczych, wzgl. żylnych, w obrębie naczyniówki lub tkanki łącznej między naczyniówką a pajęczynówką, sama pajęczynówka jest bowiem bardzo uboga w na-

czynia, a niektórzy sądzą, że zupełnie ich pozbawiona. Krwawienia te są samoistne („samorodne“ według Goldflama), a więc następują z naczyń niezmienionych anatomopatologicznie; stąd to należy je odróżniać od krwawień podpajęczynowych naskutek powikłań, w różnych stanach zapalnych, w obrębie opon mózgowych i ich naczyń. Nazwa omawianego schorzenia nie jest jeszcze dostatecznie ustalona. W zestawieniu z podobnym zjawiskiem w obrębie opon twardych — pachymeningitis haemorrhagica — niektórzy autorzy (Bittorf) nazwali omawiane przez nas schorzenie: leptomeningitis haemorrhagica, co jest w istocie swej zwodnicze, gdyż, poza samoistnym krwotokiem z naczyń, nie ma się tu do czynienia z żadnym stanem zapalnym w obrębie opon miękkich, jakby z nazwy tej wynikało. Bardziej odpowiednią wydaje się nazwa „samoistne krwawienie podpajęczynówkowe“ (Herman, Forsheim), ale i ta nie jest ścisła, krwawienie bowiem to może objąć zarówno naczyniówkę — jak i przestrzeń podnaczynówkową. Dlatego może najodpowiedniejszą stanie się — być może — nazwa: Samoistne krwawienie opon miękkich (Kohn).

Pod względem klinicznym ma się tu niewątpliwie do czynienia z odrębną jednostką chorobową, którą udaje się wyraźnie odgraniczyć od stanów zapalnych w oponach mózgowych. Choroby tej początek jest nagły, wśród pełnego zdrowia. Chory zostaje jakby rażony „udarem“ jakimś przy wykonywaniu swego normalnego zajęcia, wzgl. wysiłku, do którego jest przyzwyczajony; brak zupełnie zwiastunów i stopniowego nasilenia objawów.

Cierpieniu temu ulegają ludzie, pozornie dotąd zupełnie zdrowi, przy podnoszeniu ciężarów, tłoczeniu wody (Forsheim), w czasie coitus (Goldflam, Kohn), przy noszeniu drzewa (Rabow) i t. p.. Osobnik zupełnie zdrowy — dostaje nagle silnego bólu głowy, kaszlu, zawrotów głowy, zdąży jeszcze przebiec z jednego pokoju do drugiego, zawołać domowników, wreszcie słać się, traci przytomność, pada; następują wymioty wśród szalonego bólu głowy. Utrata przytomności trwa albo kilka tylko godzin, albo szereg dni, albo też utrzymuje się do samej śmierci (zależnie od siły przypadku); w ciężkich przypadkach występuje obraz śpiączki. Utrata przytomności, zamroczenie, przeważa zwykle w przypadkach, w których krwawienie znacznego

stopnia wystąpiło śród opon mózgowych; gdy następuje w obrębie opon rdzeniowych, sensorium bywa niezaburzone, a natomiast silne bóle korzeniowe krzyża, promieniujące ku kończyom dolnym, są tu znamionym objawem. Ciepłota zwykle kilka dni bywa podwyższona (do 39°), a tętno nieco zwolnione. Do objawów powyższych dołącza się niekiedy wiele objawów neurologicznych: wzmożenie, wzgl. osłabienie, odruchów, zaburzenia czucia, przeczulice i t.p. Goldflam spostrzegał 2-krotnie hemiplegję. Inni opisywali objaw Lasegue'a, Babinski'ego, brak odzysku źrenic, porażenie n. okoruchowego, niedowład, drgawki i td.

Na dnie oka spostrzegano krwotoki. W przebiegu choroby, w czasie najwyższego jej napięcia, mogą wystąpić zmiany psychiczne: podniecenie, delirium, objawy otępienia, zespół Korsakowa (Flatau, Goldflam); niekiedy zaburzenia psychiczne są tak odrębne, że trudno je nazwać mianem określonej postaci choroby lub zespołu (tak było np. w przypadku opisanym przez Hermana — u 14-letniej).

Objawem bardzo ważnym w tej chorobie jest białkomocz — z dużą ilością białka, bez znamion cierpienia nerek, wzgl. serca. — Ilość białka w moczu może sięgać 30%, lecz już po 24 godzinach opada aż zupełnie zaniknie. Przyczyna tego białkomoczu nie została ustalona; Guillain wiąże tu białkomocz z krwotokiem. Najbardziej znamionny dla rozpoznania jest tu zawsze przede wszystkim wynik nakłucia lędźwiowego, płyn mózgowo-rdzeniowy bowiem wypływa pod bardzo wysokim ciśnieniem, jest przez czas trwania nakłucia równomiernie krwawy, ciemno-czerwony, nie zawiera skrzepów. Gdy płyn taki odwirujemy, staje się żółtawy, od barwików krwi. Występująca niekiedy w dalszym przebiegu choroby pleocytoza w postaci polynukleozy, mononukleozy a wreszcie i limfocytozy jest wynikiem podrażnienia opon przez wylew krwawy (u nas: Flatau, Tarapani, Herman). Wciąż jaśniejszy pł. m. rdz. w końcu staje się zupełnie jasny. W wyjątkowych przypadkach płyn może być od pierwszej chwili jasny, gdy wylew krwawy był ograniczony, odosobniony. — A więc zmiany wskazane w płynie w dużej mierze ułatwiają rozpoznanie i wyodrębnienie schorzenia tego, w zestawieniu z innymi, w których płyn mózgowo-rdzeniowy zawierać może domieszkę krwi. W krwawieniu samoistnem — śród opon

miękkich — w każdym momencie tej samej punkcji płyn pozostaje czerwony, gdy przy sztucznej domieszce krwi ilość jej w każdej następnej porcji płynu staje się mniejsza, aż barwa płynu zbliża się do normalnego stanu. Rozróżnianie krwotoków samoistnych w oponach miękkich, a krwotoków, ujawnianych w stanach zapalnych oponowych, zakaźnych, ułatwia to, że w przypadkach krwotoków — jedynie jako powikłania przebiegu zapalnych spraw oponowych mózgowych — tworzą się zwykle w płynie strąty, skrzepy włóknikowe, a pozatem w przypadkach krwotoków samoistnych badanie bakteriologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego daje wynik ujemny, gdy w krwotokach pochodzenia zakaźnego, zapalnego, wynik ten jest często dodatni. Ewolucję płynu krwawego w krwotokach podpajęczynówkowych omawia w pracy swej u nas Rotstadt (1916) — Z badań współczesnych nie wynika bynajmniej, aby etiologia omawianego schorzenia stała się już całkiem jasna; poglądy autorów nie są jednolite. Niewątpliwie wyłączać należy przedewszystkiem w ustalaniu etiologii omawianego cierpienia zmiany organiczne w naczyniach. Że podłożem muszą tu być zgoła inne, odrębne warunki, za tem przemawia wiele argumentów. — Schorzenie to, jak wiadomo, występuje przeważnie u ludzi młodych, poniżej lat 30, nawet u dzieci (2-letniego — Zylberlast-Zandowa; 8½ letn. — Goldflam). Według Goldflama są to krwawienia *per diapedesin*, na tle zaburzeń naczynioruchowych; zdaniem jego dużą rolę w tych przypadkach odgrywa migrena z wszystkimi jej objawami: zmienność ława barwy twarzy, zespół Hornera i łzotok, angiospastyczne znamiona w siatkówce, krwotoki z nosa i t. d. Ciekawe pod tym względem jest spostrzeżenie Mackiewicza u cierpiącego na migrenę, gdy niedługo przed wystąpieniem samoistnego krwawienia opon miękkich ujawniono krwotoki na siatkówce prawego oka. Goldflam miał wśród 13 swych chorych — 5-ciu z migreną; zalicza stąd krwawienia te do naczynio-neurotycznych. Samoistne krwotoki podpajęczynówkowe nastąpić mogą w zastępstwie menstruacji, miast napadu astmy, po wstrząsach psychicznych. Zbliżonej etiologii naczynio-neurotycznej Goldflam należy szukać i w danym przypadku, gdyż — jak już wyżej wskazano — na kończynach dolnych chorego spostrzegano często ubarwienie w postaci plam czerwonych rozsianych, które po krótkim czasie znikają. Przebieg schorzenia jest różny, za-

leżny od tego, czy krwotok był ograniczony, czy też nastąpiły krwotoki rozsiane. Mogą one wystąpić na dużej i małej przestrzeni, jednorazowo i wielokrotnie, w kilku etapach i od tego różnorodnego obrazu anatomopatologicznego są zależne objawy kliniczne i przebieg, przykurcze, drgawki Cheyne—Stokesa a gdy mors następuje w krótkim czasie. Zejście śmiertelne w krwotokach z opon rdzeniowych jest z natury rzeczy naogół rzadsze. Chorzy zazwyczaj czują się już lepiej i w końcu 1-go tygodnia (o ile w międzyczasie nie nastąpiła śmierć) i zaczynają się poprawiać; zazwyczaj po 3 — 4 tygodniach wracają do zdrowia. W rozważaniu rozpoznawczem w pierwszym rzędzie należy pamiętać tu o krwawieniach podpajęczynówkowych na tle kiły naczyni, odróżnić je jednak nie jest trudno, gdyż występują one u obojga płci między 20 — 27 r. życia; w kile wrodzonej są stosunkowo rzadkiem zjawiskiem w okresie 1 — 8 lat po zakażeniu; zwykle już przez wiele miesięcy przed wystąpieniem krwotoku chorzy cierpią na bóle głowy, petit mal, objawy ogniskowe, a dopiero później następuje napad z objawami takimi, jak w krwotokach samoistnych. Odczyny Wasserm. dodatnie (w krwi 55%, w płynie 80%), leukocytoza w krwi, względnie polynukleoza, brak albuminurji, i w końcu wywiady, rzecz wyjaśniają. Nierzadkie są krwawienia podpajęczynówkowe na tle pęknięcia naczyń miażdżycowych (Matzdorf, Goebel, Oppenheim, Matthews, Symmonds, Grabow, Herman) oraz w stanach chorobowych, połączonych z nadciśnieniem. Prócz wymienionych zmian, czyli organicznych, w naczyniach, dających podłoże do krwotoków, a możliwych i u młodych, może w przebiegu wielu chorób zakaźnych dojść do krwawień podpajęczynowych, nprz. w durze, płonicy, ospie, zapaleniu wsierdzia, w encephalitis i grypie. Krwawienia w niedokrwistości złośliwej i krwawiące są tu dość rzadkie. Bywają krwotoki podpajęczynówkowe również na tle zatruc przewlekłych, nprz. w chronicznym alkoholizmie, zatruciu tlenkiem węgla, a przedewszystkiem z zatrucia przewlekłego ołowiem. Rokowanie jest w przeważnej liczbie samoistnych krwawień podpajęczynówkowych u młodocianych względnie dobre, lecz pamiętać należy o możliwości nawrotów. Niedowłady, zaburzenia psychiczne, przeważnie zanikają. Według Ehrenberga: 64% wyzdowień u chorych poniżej lat 30, a 45% u ludzi starszych. W leczeniu rzecz najważniejsza bezwzględny spokój

i oględne powtórne nakłucia lędźwiowe (co 3 — 5 dni) przy dokładnej kontroli ciśnienia. Już i pierwsze nakłucie działa niekiedy zbawiennie na chorego; należy wypuszczać do 30 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego; dokładnie oznaczać ciśnienie; o ile staje się niskie, może nastąpić powtórny krwotok. — W przypadkach o zmniejszonej krzepliwości krwi należy punkcji zaniechać.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) *Biberfeld*: Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie T. 83, 1923.
- 2) *Bittorf*: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde T. 54, 1916. 3) *Bregman*: Warsz. Tow. Neurol. 1924 Pokaz.
- 4) *Flatau E*: Gazeta Lekarska Nr. 29, 1918,
- 5) *Flatau i Sawicki*: Neurologja Polska T. 6.
- 6) *Forsbeim*: Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd 85, 1925.
- 7) *Goldflam*: Neurologia Polska T. VII, 1923.
- 8) *Herman*: Polska Gazeta Lekarska 1924, Nr. 20 — 21.
- 9) *Higier i Anigozłajn*: Pokaz w tow. neur. 1925. Jul. Rotstadt: Cytologia płynu mózgowo-rdzeniowego 1916 r.
- 10) *Handelsman i Rotolodt*: Pokaz. Neurolog. Polska. 1914.
- 11) *Herman*: Polska Gazeta Lekarska. 1925.
- 12) *Heos*: Klin. Wochenschr. 1929, Nr. 3
- 13) *Cohn*: Klin. Wochschr: 1927, Nr. 46.
- 14) *Mackiewicz*: Kwartalnik Kliniczny Szpit. na Czystem z. 3-ci.

W jaglicy

(niezależnie od okresu Choroby)
stanach zapalnych przydatków,
gruźlicy płuc i cierpieniach gruczołowych na tle gruźlicy
oraz w owrzodzeniach różnego pochodzenia
(gruźlica, kiła, zylaki)

nieocenione usługi oddaje

SOLUTIO JACOBSONI „CARRION”

(Ester benzylo dynamiczny)
Nr. rej. 1700

Opakowanie. Pudełko zawiera 12 amp. po 1 cm. do wstrzykiwań domięśniowych

LABORATOIRE „CARRION” Paris

Gener. Przedstaw. na Polskę i W. M. Gdańsk

„ARTMED” Warszawa, ul. Rymarska 14 Tel. 12-22-20

Z oddziału fizykalnej terapii (Kierownik: J. Rotstadt).

Leczenie ran wiotkich (atonicznych) jako zagadnienie fizjoterapeutyczne.

P O D A Ł

S. Guzman.

W praktyce szpitalnej — rany — stanowią zjawisko powszednie. Uszkodzenie ciągłości powłok, tkanek, błon śluzowych, krwawienie i bóle — oto główne objawy kliniczne rany. Odmienne postacie ran zależne są w pierwszym rzędzie od czynnika etiologicznego oraz zmian anatomicznych w tkankach uszkodzonych. Czynnikiem ten może być pochodzenia zewnętrznego, w postaci urazu tępem lub ostrem narzędziem, postrzału, stłuczenia i t. p. lub też wewnętrznego z działania ciał chemicznych, bądź też jądów różnego pochodzenia; wówczas jest mowa o ranach w postaci owrzodzeń gruźliczych, kiłowych, wrzodów dwunastnicy, żołądka i t. p. Skala uszkodzeń może być też bardzo rozległa — od ran małych, o brzegach równych, zbliżonych i gojących się w rychłozroście, a skończywszy na dużych ubytkach, gdy — prócz powłok — uległy zniszczeniu również tkanki miękkie, głębsze, gdy gojenie rany wikłają uboczne czynniki.

W stanie obecnym aseptyki i antyseptyki coraz rzadsze są te powikłania. Niekiedy jednak z przyczyn, zrazu nieuchwytnych, gojenie się ran przedstawia pewne odchylenia od normalnego przebiegu. W zależności od natężenia sprawy zapalnej, umiejscowienia rany oraz charakteru urazu ma się większe lub mniejsze natężenie bólu, będącego nieodłącznym objawem każdej rany. Dużą rolę odgrywa tu stopień rozwarcia brzegów rany, a to jest zależne od kierunku uszkodzenia oraz prężności tkanki uszkodzonej.

Różnorodność powierzchni przekroju ran głębokich tłumaczy się znaczną różnicą między prężnością wzajemną skóry, mięśni oraz innych tkanek. Rzecz jasna, że rozwarcie brzegów rany jest największym hamulcem jej gojenia się, podtrzymuje krwawienie i jednocześnie sprzyja zanieczyszczeniu.

Rozróżniamy zasadniczo dwa rodzaje gojenia się ran. Pierwszy spostrzega się, gdy brzegi rany są zbliżone; tu warunki są po-

myślne, następuje rychłozrost (per primam intentionem), powstaje rodzaj zapalenia jałowego, wędrowki leukocytów, w następstwie którego buja tkanka wypełniająca powstały ubytek. Drugi — gdy ciągłość tkanek jest znacznie uszkodzona a dołącza się czynnik bakteryjny; rychłozrost jest zahamowany, rana pokrywa się nowoutworzoną tkanką — ziarniną, goi się przez ziarninowanie (per secundam intentionem). Bieg gojenia się rany przez ziarninowanie można podzielić na 4 okresy (Paszkiewicz, Szarecki, Kozłowski). Okres pierwszy — gdy rana jest świeża — jest krótkotrwały; w ranie znajdujemy saprofity (gionkowiec biały lub złocisty); po 6 do 8 godzinach ma się już okres drugi — rany pierwotnie zakażonej. Ilość drobnoustrojów narasta, leukocyty w dużej ilości atakują tkankę obumarłą, a zączy, które one zawierają, zamieniają te tkanki w masy płynne, wydalone z rany w postaci ropy (samooczyszczanie się ran). Okres ten trwa do 7 dni, poczem następuje okres 3-ci — pokrywania się rany ziarniną. Gdzieniegdzie jednak sączy się jeszcze ropa. W końcu okres czwarty — zagojenie się rany. Od jednego brzegu wrasta naskórek i cała rana zostaje zagojona. Istnieje jeszcze jedna postać gojenia się ran, pod strupem, pod którym rana w kilka dni pokrywa się naskórkiem; tak bywa wyłącznie z ranami powierzchownymi.

Prawidłowe gojenie się ran zależy od wielu czynników wewnętrznych i zewnętrznych; mogą one być szkodliwe — jak i korzystne — dla przebiegu sprawy. Z czynników wewnętrznych, ujemnych dla biegu sprawy, należy wymienić wiek pacjenta. Miażdżyca tętnic jest tu też b. poważną przeszkodą, sprzyja powstaniu zgorzeli, skrzepów. Wszelkie cierpienia układu krwiotwórczego — gnilec, krwawiączka i t. p. — utrudniają znacznie gojenie się ran i przedłużają je. To samo w kile, zwł. późniejszej, w cukrzycy, gruźlicy, w zatruciach, a zwł. przewlekłych wyskokiem, wreszcie, w chorobach zakaźnych i wyniszczających.

Ze szkodliwych czynników zewnętrznych na pierwszy plan wybija się zakażenie rany bakterjami, wzgl. ich jadami. Stopień napięcia zakażenia zależy zasadniczo od dwu czynników; odporności osobniczej oraz ilości i zjadliwości drobnoustrojów. Z drobnoustrojów należy wymienić ziarenkowce, paciorkowce, laseczniki ropy błękitnej, laseczniki tężca oraz prątek okrężnicy

poza to w rzerzączce, grypie, ogólnem zakażeniu, mogą powstać z przerzutów od razu rany zakażone.

Gdy dzięki dużej odporności organizmu i odpowiednio zastosowanemu leczeniu rana szybko oczyszcza się, sprawa się odosabnia i rana się goi.

Leczenie ran winno więc iść w dwu kierunkach: niedopuszczenia wzgl. zwalczania zakażenia rany przez opanowanie warunków miejscowych, ułatwiających zakażenie oraz wzmocnienie ogólnej odporności ustroju. Dążeniem winno być tu jaknajszybsze wywołanie rychłozrostu lub, gdy jest to niemożliwe (przy większych ubytkach tkanek wiotkich), wywołanie bujania ziarniny i gojenia się rany przez pokrycie naskórkiem.

W szkicu za ledwie omówię tu środki farmakologiczne, obecnie używane w leczeniu ran, natomiast bliżej wskażę postępowanie fizykoterapeutyczne, stosowane od wielu lat na oddziale Dr. Rotstada, o których wyjątkowej niekiedy skuteczności *ad oculos* się przekonałem.

Wszelkie zabiegi w leczeniu ran wykonywane być muszą, rozumie się, ze ścisłym zachowaniem aseptyki i wówczas nawet, gdy ma się już do czynienia ze sprawą zakażoną uprzednio i gdy manipulujemy w ropnem polu operacyjnym.

W leczeniu ran mamy do rozporządzenia środki mechaniczne, chemiczne, termiczne i inne. Stosując je wybierać należy te, które — działając bakterjobjęczo — nie wpływają jednocześnie hamująco na proces gojenia się rany (częstokroć środki bakterjobjęcze, doskonałe „*in vitro*“, okazują się wręcz szkodliwe w stosowaniu klinicznym).

Jak już mówiono, dużą uwagę należy przedewszystkiem zwrócić na wzmocnienie odporności osobniczej; ma to pierwszorzędne znaczenie, zwł. gdy jest obawa zakażenia rany, wzgl. całego ustroju. Stosuje się tu więc w pierwszym rzędzie surowice swoiste, przeciwtęczową, następnie paciorkowcową, gronkocową, oraz jako terapię odpornościową, nieswoistą, proteinoterapię, autohemoterapię i t. p. (dobre wyniki dają stosowane obecnie na dużą skalę związki barwnikowe — akrydyny — mające znaczną siłę bakterjobjęczą).

W leczeniu miejscowem ran należy środki lecznicze zasadniczo podzielić na 2 rodzaje: mechaniczne i chemiczne.

Do 1-szych należą: 3%-owy roztwór wody utlenionej, 0,9% NaCl lub płyn Ringera, 3%-owy kwasu borowego, związki chloru i jodu; mają one za zadanie udostępnić dopływ osocza do miejsca uszkodzonego, udrożnić szczeliny limfatyczne, międzytkankowe, jednym słowem utworzyć drogę ustrojowym siłom ochronnym w postaci bakterjolizyn, opsonin i t.d. z płynów ustrojowych; ciała te posiadają też nieznaczny siłą bakterjologiczną. Chemiczne środki dezynfekcyjne, stosowane w opatrywaniu ran, należy podzielić na organiczne i nieorganiczne. Z zasad, naogół mało używanych, stosunkowo najczęściej zaleca się kąpiele z roztworu sody; z kwasów 3%-owy roztwór kwasu borowego stosuje się do przemywania ran, jam ciała, płukania ich. Największe zastosowanie ze środków chemicznych mają sole, a więc przede wszystkim sublimat ($HgCl_2$). Ma on jednak wady, szybko ścina ciała białkowe, które stają się nieczynnymi oraz nieprzepuszczalnymi dla płynów ustrojowych, pozatem uszkadza tkanki, powoduje łatwo ogólne zatrucia. Stąd z biegiem czasu sublimat zostaje wyłączony, nawet jako środek do mycia rąk przed operacją.

Zkolei wymienię 1%-owy roztwór lapisu i mocniejszy do przyspieszania i wywoływania ziarniny na powierzchni ran. Oprócz związków srebra również sole złota i miedzi mają dużą wartość bakterjologiczną. Ze środków nieorganicznych należy wymienić chlorowce i ich związki. Z tych na pierwsze miejsce wybija się jod. Same rany jodujemy tylko w wypadkach wyjątkowych. W leczeniu ran zakażonych dobre wyniki niekiedy daje roztwór *P r e g l a*. Z innych chlorowców stosuje się jeszcze związki chloru — w postaci płynu *D a k i n a*, którym zwilża się ranę. Ze środków organicznych na pierwsze miejsce wybija się jodoform. O związkach barwinkowych, które znalazły zastosowanie dopiero podczas wojny światowej, już wspomniałem. Działanie ich jest jeszcze niezupełnie wyjaśnione; wchodzi tu w grę najpewniej czynność ochronna układu siateczkowo-śródbłonkowego. Pozatem stosuje się niekiedy w leczeniu ran środki działające w głębi tkanek, np. związki chininy, niszczące bakterje w przestrzeniach limfatycznych. A że wyżej wymienione środki mają — zarówno dodatnie jak i ujemne strony działania — należy, rozumie się, wybierać te, których uboczne, szkodliwe działanie jest najmniejsze.

Wśród miejscowych objawów odczynu ustroju na zakażenie na pierwszym miejscu wymienić należy zaczerwienienie, podwyższoną t° tam, gdzie toczy się sprawa chorobowa. Objawy te są następstwem przekrwienia, wzgl. obrzęku, spowodowanego powstałym przesiękiem. Celowość tego objawu, jako czynnika obronnego ustroju, polega na doprowadzeniu ciał ochronnych, z osocza krwi, bezpośrednio na „pole walki“. Chcąc wzmocnić te przyrodzone czynniki, Bier, jak wiadomo, wprowadził nowy sposób terapii spraw zapalnych, wywołując sztucznie przekrwienie bierne przez nałożenie elastycznej opaski uciskowej powyżej miejsca lezonego. Opaska taka, uciskając żyły skórne i powierzchowne (przy jednoczesnem zachowaniu tętna w tętnicach), utrudnia odpływ krwi żyłnej, powoduje przekrwienie bierne i wzmaga przesącz osocza z naczyń do tkanek. Już po stosunkowo krótkim czasie, w sprawach odosobnionych zakażeń, stan zapalny zanika niemal zupełnie, w daleko posuniętych przypadkach udaje się uzyskać znaczną poprawę. I nasilenie bólu w miarę stosowania zabiegu również znacznie opada. Stosując na oddziale dr. Rotstadta metodę Biera w leczeniu ran wiotkich, odsłoniętych, zdołano uzyskać zadowalające wyniki nawet w tych przypadkach, gdy środki gojące i antyseptyczne, czas dłuższy stosowane na oddziałach chirurgicznych, nie przynosiły pożądanego wyniku. Samo jednak stosowanie opaski Biera, jakkolwiek wpływa wybitnie dodatnio na bieg gojenia ran, jest często niedostateczne dla osiągnięcia pełnego i szybkiego efektu. Konieczne się staje wówczas współdziałanie innych czynników fizykalnych. To też po wielu próbach, na znacznym materiale klinicznym, oddział dr. Rotstadta wprowadził, jako zasadę, odrębny zespół postępowania w leczeniu ran wiotkich, wrzodziejących, odsłoniętych, pozostawiając jako podstawę metodę, opisaną i stosowaną przez Biera.

Dr. Rotstadt już i dawniej spostrzegał stale, że po założeniu opaski Biera, po 2 — 3 minutach, w ranie odsłoniętej zaczyna się sączyć ze szczelin jej, kropla za kroplą, płyn o wejrzeniu żółtawym lub mętno-żółtem, zależnie od rodzaju rany i od stopnia jej zakażenia. Po 5 — 6 minutach — w początkowych okresach leczenia — płyn ten wydzielać się może niekiedy tak obficie, że ilość jego w ciągu 15 — 20 minut sięga kilkudziesięciu cm^3 . Odnosi się wówczas istotnie wrażenie, jakby „tzy“ spły-

wały z rany, to też trafnie wydaje mi się określenie tego zjawiska przez dra R o t s t a d t a jako „płaczu rany“. Stosując jednocześnie, wśród tego „płaczu rany“, naświetlanie jej lampą kwarcową lub łukową (czynnik chemiczny) i nagrzewając ją solluxem, lampami żarówkowymi, radjotermem dra R o t s t a d t a, wzgl. działając innym jakim zewnętrznym czynnikiem termicznym, otrzymuje się znacznie lepsze wyniki niż te, które się spostrzega, gdy stosujemy wyłącznie przekrwienie bierne B i e r a.

Czynnikami termicznymi, z jednej strony, wzmagamy tu w miejscu rany—przekrwienie, a zatem i stopień przesięku (wzgl. ilość ciał bakterjobójczych: bakterjolin, opsonin i t. d.) a z drugiej, promieniami ultrafioletowymi hamujemy rozwój flory bakteryjnej. A i lepsze ogólne samopoczucie, które się daje stale zauważyć u chorych już po kilku zabiegach, stoi w związku nie tylko ze znacznym polepszeniem sprawy miejscowej, ale też z wpływem dodatnim promieni pozafioletowych, krwiotwórczym, ogólnie pobudzającym.

Wszystkie przestrzenie limfatyczne oraz szczeliny tkankowe znajdujące się w ranie i jej najbliższym otoczeniu zostają wówczas udrożnione; limfa, osocze, których odpływ, dzięki opasce B i e r a, jest utrudniony, obficie spływają na powierzchnię rany, a dzięki swym własnościom bakterjobójczym działają przyspieszająco na proces gojenia się owrzodzenia. Technicznie stosuje się na oddziaływanie jednoczesne współdziałanie obu czynników, t.j. termicznego i chemicznego, przez skierowanie na rany, naświetlane lampą kwarcową, ciepła żarówek radjotermu dra R o t s t a d t a, składającego się z pierścienia o 8-miu 25-świecówkach, wzgl. innej jakiejś mniejszej lampy żarówkowej.

Rozpoczyna się naświetlanie od 10—15 minut, zwiększając codziennie dawkę o 5 minut, do 45 minut a nawet godziny, potem utrzymuje się czas trwania zabiegu na tym poziomie, aż rana zupełnie się oczyści i z dna jej zacznie narastać szybko ziarnina. Wówczas skolei tę dawkę stopniowo się zmniejsza. Należy pamiętać, że po nałożeniu opaski elastycznej trzeba odcinkowi poniżej opaski nadać kierunek skośny, aby tem łatwiej płyn przesiękowy spływał na ranę. Następnie, gdy objawy bólowe już ustępują i rana pokrywać się zacznie ziarniną, Dr. R o t s t a d t rozpoczyna elektroterapię skóry i mięśni na odcinku po-

nizej uprzednio nałożonej opaski elastycznej B i e r a prądem przerywanym. Ma to specjalnie dodatnie znaczenie w leczeniu ran na kończynach w bliskości stawów, w celu zwalczania grożącego odcinkom stawowym zeszywnienia i zaników z bezruchu. Tu działanie prądami przerywanymi na mięśnie chroni często chorego od trwałego kalectwa. Poza to prąd przerywany, wywołując rytmiczne skurcze mięśni, wspiera znacznie dośrodkowe krążenie żyłne w odcinku elektryzowanym, podnosi tu ciśnienie żyłne, wzgl. zwiększa ilość przesięku w miejscu poniżej ucisku opaskowego. Objaw tłoczny, którego wynikiem jest „płacz ran“, ad oculos wskazuje, że w początkowych okresach leczenia wydziela się z rany przesięku mało; świadczy to, że nie wszystkie szczeliny limfatyczne, śródtkankowe, zostały już odśrodkowane. Stopniowo „płacz rany“ wzrasta do pożądanego napięcia. Rana się oczyszcza, rumieni, aż, po okresie największego nasilenia objawu tłoczego, następuje skolei zmniejszanie się ilości sączącego się płynu przesiękowego, świadcząc o szybko postępującej poprawie, o rozpoczynającym się ziarninowaniu.

Zabieg tłoczny w okresie drugim leczenia, wzgl. końcowym, najlepiej wykonywać w kąpieli wodnej komorowej, gdzie ciepło znaczne wody 38° C wytwarza przekrwienie i czynne w odcinku pod opaską B i e r a.

Z dużego odnośnego materiału oddziały pragnę omówić kilka najbardziej znamiennych spostrzeżeń, w których, mimo stosowania przez czas dłuższy różnych środków zwykłych, farmakologicznych, nie udało się osiągnąć widocznych wyników, a dopiero zastosowanie wyżej opisanego sposobu postępowania przyniosło pożądany efekt. Dr. R o t s t a d t przypuszcza, że postępowanie, wyżej opisane, wskazane jest też w leczeniu owrzodzeń poiperytowych, w okresie przewlekłym, atonicznym sprawy.

I. R. Siek. I. 26. Przed 5-ciu laty odmrożenie nóg — żyłki; rana na I. koń. dolnej, na wysokości $\frac{1}{3}$ dolnej części podudzia. Leczy się od kilku lat. Rozp.: Ulcus cruris. 24.III. C. d. 4-ch mies. rana się powiększyła. Nie chodzi; bóle. Zastosowano opaskę B i e r a jednocześnie z naświetlaniem lampą kwarcową i radjotermem (15') 30.III. już chodzi; bóle mniejsze, obrzęk stopy zanika. Obwódka rany różowa, coraz większa. Od 4.IV. zabieg do 50 minut; rana za każdym razem u brzegów pokryta szklistą cieczą. 6.IV. z dna rany wypina się młoda tkanka ziarninowa;

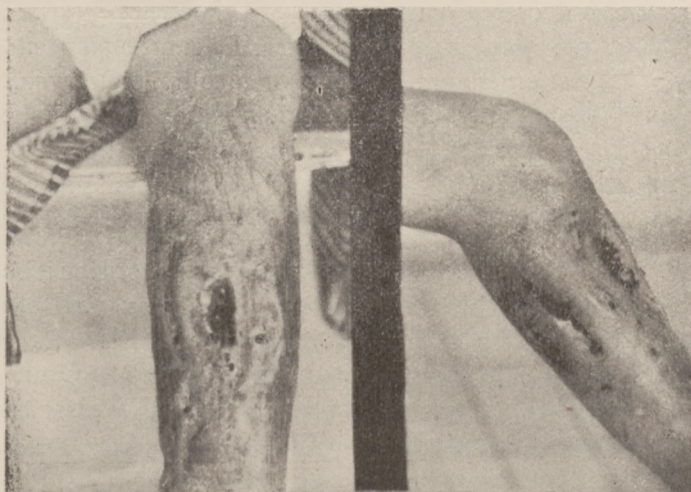
objaw „płaczu ran“ znacznie słabszy; 9.IV. rana coraz węższa, płytsza, pokryta młodą ziarniną. 20.IV. rana zablizniona.

II. St. Szyld. l. 52, 14.IV skaleczyła nożem wewnętrzną powierzchnię prawego przedramienia u nasady dłoni. Po 3 dniach ból, ropowica. Operacja. Rana się źle goi. Od 7.V ter. fizyk.: opaska B i e r a z jednoczesnym działaniem czynnika termicznego oraz chemicznego. Objaw tłoczny — „płaczu rany“ — wybitnie dodatni. 15.V. jest już ona znacznie mniejsza; objaw tłoczny słabszy. 26.V. rana doskonale się goi; objawu tłoczego już nie ma. 29.V rana zagojona.

III. J. Nadr., l. 25, 4.II. 34 r. przybył do szpitala Rozp.: Osteomyelitis tibiae sin. Phlegmone. Przed kilku laty przetoka na przedniej powierzchni l. podudzia. Od 3 tygodni gorączka do 39°. Tętno 120. Miejscowo: w okolicy l. podudź., w górn. części, zaczerwienienie, dochodzące do kolana. Na podudziu po str. zewn. przetoka, z której wydziela się gęsta ropa. W g. cz. podudzia z obu stron chełbotanie. Na przedn. pow. podudzia blizna, mała, zrosnięta z kością piszczelową. 6.II operacja w uśp. eter. przedniem cięciem obnażono kość piszczelową o chropowatej powierzchni i wytrepanowano na 45 cm., wytamponowano. Jodoform; opatrunek uciskowy, szyna 7.II. — 18.III. temp. do 38° z chwilowem opadaniem. 18.III. stan ogólny lepszy. Rana wciąż ropna. Od 7.V. fizykałna terapia. Codziennie opaska gumowa wysoko na udzie, jednocześnie naświetlanie promieniami pozafiołkowemi i radiotermem (30'). 24.V stan znacznie lepszy. Po 5-ciu minutach zwiększa się sinawe zabarwienie kończyny, namacalnie stwierdza się nabrzmiwanie żył podskórnych, większych i mniejszych; niebawem w jamie rany zaczyna się sączenie znaczniejszej ilości (do 20 kropel) płynu mętnego, ściekającego z rozmaitych powyżej leżących części powierzchni rany; jednocześnie ukazują się krople soczyste mętno-krwawego płynu u otworów przetok zewnętrznych, jeszcze niezasklepionych. Ułożenie skośne kończyny chorej wzmagą tempo ściekania pasmem ciągłym wyżej wspomnianego płynu; ilość jego wciąż wzrasta w czasie zabiegu.

Jednocześnie stosowano naświetlanie rany promieniami pozafiołkowemi (w oddaleniu 40 — 50 cm. od jej powierzchni) oraz radiotermem żarówkowym. 25.V płyn ściekający już przezroczysty; znaczna poprawa stanu rany; ropy gęstej, osiadłej na ściankach, znacznie mniej; powierzchnie boczne zablizniają się; pozostała

powierzchnia pokryta ziarniną; gdzieś drobne plamki ropne. Rozpoczęto wówczas zabiegi kąpielowe, w wannie, z domieszką przerywanego prądu elektrycznego, aby uruchomić sztywniejący z powodu długotrwałego bezruchu staw kolanowy; ruchami pod wodą, mechanoterapią maszynową udało się uzyskać znaczną poprawę ruchów. 5.VI w dalszym ciągu opaska Biera (i w czasie zabiegu wodnego); helio-termo — oraz — elektroterapia. Objaw tłoczny już b. słaby. Rana u brzegów zaczyna ziarninować. 12.VII 34 r. pokryta cała ziarniną; obrzeżnie narasta naskórek.



Przypadek III, chory J, Nad.

29.V. Rana obrzeżnie pokryta ziarniną. Przetoki całkowicie oczyszczone. Zdjęcie wykonane przed nałożeniem opaski elastycznej Biera.

IV. Z. R. 1.30. 9.IV. Operacja usunięcia martwiczych części kości goleniowej prawej w odległ. 20 cm. od doln. brzegu rzepki. Przed 10 laty już wykonano podobny zabieg — z powodu zapalenia szpiku kostnego. W bliżnie pooperacyjnej głęboka przetoka z obfitym ropotokiem. Rtg. stwierdzono wolny sekwestr oraz rozrzedzenie prawej kości goleniowej na wysokości rany. Od 25.VI. fiz. terapia: opaska Biera na udo; naświetlanie lampą kwarcową oraz radiotermem. Objaw tłoczny dodatni. 2.VI ilość ropy znacznie się zmniejszyła. Z dna wypina się już soczysta ziarnina. Zastosowano przekrwienie bierne i czynne w kąpeli wodnej — łącznie z gimnastyką rytmiczną, elektryczną, mięśni

zapomocą włączonego do kąpieli prądu faradycznego. 10.VI skolei rozpoczęto mechanoterapię stawu skokowego, prawego, oraz mięśni zanikających. 2.VIII rana czysta, goi się szybko.

V. Alt A., 1.36, 18.X operowana z powodu włókniakomięśniaka macicy 29.IX. gorączkuje, z rany obficie wydziela się ropa. 3.X chora przestała gorączkować. Od 16/II leczenie niegojącej się rany na oddziale fiz. ter. Rana dług. 10 cm., szer. $4\frac{1}{2}$ — 5 cm, wydziela się surowiczo-ropny płyn. Opaska elastyczna pod sutkami, jednocześnie codzienne naświetlania rany lampą kwarcową oraz radiotermem, wzgl lampami żarówkowymi. 24.II szybko postępująca poprawa. 27.II zaprzestano stosowanie czynnika bakterjobjęczego — promieni ultrafioletowych, a pozostawiono tylko termoterapię bezpośrednio na ranę brzucha. 1.III długość rany $1\frac{1}{2}$ cm., szer. $\frac{1}{2}$ cm., bez wydzieliny. Po kilku tygodniowym wypoczynku na wsi chora wróciła do pracy z raną całkowicie zagojoną.

VI. Gol. B., 1.36. 4.XI Usunięcie nerki gruźliczej. 29.XI Rana nie goi się. Od 30/XI terapia fizykalna: poniżej sutek opaska Biera, lampa kwarcowa, radjoterm. 16.XII. Rana ziarninuje; ropa już się niemal zupełnie nie wydziela. Chora czuje się dobrze. 18.XII Ropa się nie wydziela. Wypisana z raną w stanie dobrym gojenia się.

VII. Sz. A., 1.19. Przed 3 latały uraz — upadek z roweru; 4 miesiące bez leczenia. Ropowica lewego podudzia. W grudniu tegoż roku cięcie operacyjne. Leczone okładami; rana zaczęła się goić. Chory się zgłosił do szpitala 25/I 32. Na zewn. pow. podudzia lewego rana ropiejąca (dług. 12 cm, szer. 2 cm.), poniżej mniejsza (3 cm. x 1.), z której również wydziela się ropa. Terapia: opaska Biera, lampa kwarcowa oraz radioterm. Gimnastyka. 26.I znaczna poprawa. Rana płytsza i węższa. 7.II. Rana mniejsza prawie zagojona, większa pokrywa się młodą ziarniną. 23.II. obie rany zupełnie zabliźnione.

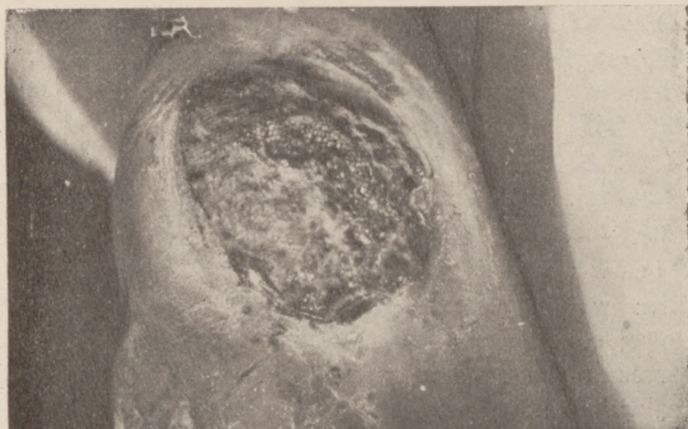
VIII. S. Pel. 1.27. 5.XII operowana z powodu retroflexio uteri fix.. 24.XII stan bezgorączkowy. Z rany brzucha niezagojonej wydziela się ropa. Ter. fiz.: Bier, lampa łukowa oraz sollux łącznie. 5.I. brzegi rany zbliżone. 26.I. pokrywa się ziarniną, bardzo wąską. Chora wypisuje się zdrowa.

IX. G. [Git., 1.32. 18 XII operowana z powodu guza jajnika. 8.II. na linii cięcia trzy niegojące się niewielkie rany, z których wydziela się surowiczo-ropny płyn. Bier, lampa kwarcowa, radioterm. — łącznie. 15/II bez wydzielin z ran; dobrze się goją. 26 II wszystkie rany zagojone; wypisana zdrowa.

X. Z. E. 1.23. Przed 2 laty w marcu zmiżdżenie stopy przez tramwaj. Skóra i miękkie części stopy zdarte u brzegu jej wewnętrznego

Pierwszy pobyt w szpitalu. Operacja w uśpieniu eterowym; wykonano przeciwotwory na skórze, na powierzchni grzbietowej stopy i ku tyłowi od kości skokowej. Przeciągnięto gazę przez otwory. Okład. Szyna. 37 VIII 27, t. j. po 5 miesiącach, wyjęto nogę z szyny. Rana nie goi się. Od 12 IX kąpiele z nadmanganianem potasu przed opatrunkiem. Ziarninowanie. 5/X. Chodzi o kuli. Z brzegów rany narasta naskórek. 12/X.27 r. Dokonano skrobania skóry zdrowej i pokryto tym pyłem ranę. 31/X. Wypisuje się z raną niezupełnie zagojona. Była w szpitalu od 29.III. do 14.VIII.

Drugi pobyt w szpitalu. Przybyła następnego roku 6.II. 28. Rozp.: Vulnus pedis post contusionem. Ubytek niezagojony na lewej pięcie na przestrzeni małej dłoni. Granulacje różowe. Naokoło twarda łuska zeschniętego naskórka. 7.II. Operacja plastyczna w uśpieniu eterowym. Odłuszczono brzegi rany, wypreparowano płat skóry na udzie prawem i przykryto nim ubytek na lewej pięcie, odpowiednio ułożywszy chorą nogę na udzie prawem. Opatrunek. 12.II. temp. 38°. Otwarto opatrunek; brzegi rany znekrotyzowane. Sam płat zdrowy, opatrunek. 14.II. płat w częściowej martwicy. Odcięto płat, pozostawiając go na stopie. 16.II. Usunięto cały płat. Chora nie gorączkuje. 4.III. Rana powoli pokrywa się od brzegów. 11.V. Rana na udzie prawem zagojona; na pięcie lewej pokryła się na 3 cm. od brzegu. Od 15.V. ter. fiz.: lampa kwarcowa, Bier oraz radioterm. Objaw tłoczny wybitny, „płacz rany“ jaskrawy. 10.VI. rana pokrywa się obrzeznie ziarniną. 9.VII. wypisuje się z raną nieco zagojona, lecz niezupełnie. Pobyt tym razem trwał od 6.II. do 9.VI. Trzeci pobyt po roku. 9.V. 29 owrzodzenie na lewej stopie wielkości małej dłoni. Ter. fiz., jak wyżej; rana się oczyszcza, pokrywa ziarniną; operacja plastyczna: pokrycie owrzodzenia płatem skóry zdrowej. 10.V. wypisana zupełnie zdrowa.



Przypadek X Z. E.

Rana pokryta ziarniną. Bezpośrednio przed dokonaniem operacji plastycznej, podczas 3-go pobytu chorej w szpitalu i po przebyciu kuracji na oddz. fiz. terapii.

I tu szczególnie przekonaliśmy się o skuteczności naszego postępowania w przypadkach, gdy zachodzi konieczność plastycznego pokrycia ubytku tkanki; ranę, którą 2-krotnie usiłowano napróżno pokryć, udało się dopiero odpowiednio do tego zabiegu przygotować zabiegami, wskazanymi wyżej.

Zestawiając podane spostrzeżenia, chcemy podkreślić raz jeszcze najistotniejsze momenty w postępowaniu oddziały, gdy w grę wchodzi leczenie ran atonicznych.

Pierwszy czynnik — m e c h a n i c z n y, tłoczny — w postaci opaski elastycznej B i e r a, zakładanej w ułożeniu skośnym odcinka chorego, wzgl. pionowym, a powyżej miejsca leczonego, wywołuje przekrwienie bierne, wzmacnia przesięk, przyczynia się do nasilenia objawu tłoczego — „placzu ran“, a sprzyja w znakomity sposób skupieniu większej ilości ciał bakterjobjęczych na polu walki. Przyczynia się ono również, co niemniej ważne, do udrożnienia przestrzeni limfatycznych oraz szczelin międzytkankowych.

Drugi czynnik — c h e m i c z n y — w postaci działania promieni ultrafioletowych lampy kwarcowej lub łukowej (stosowano na oddziale też przez pewien czas przed kilku laty i lampę L a n d e k e r a) — posiada znaczne działanie bakterjobjęcze bodźcowe, miejscowe i ogólne.

Trzeci czynnik — termiczny — w postaci działania czyto radiotermu Rotstada (pierścienia ruchomego o 8 zarowk.), czy to lampy solux, albo ciepłej (38° C) kąpeli wodnej, wzmagą wybitnie dodatni czynnik w gojeniu ran — przekrwienia czynnego, przyczynia się również wydatnie do udroźnienia przestrzeni i szczelin limfatycznych oraz międzykankowych w ranie.

Czwarty czynnik, drażniący — elektryczny — prąd przerwany faradyczny, sinusoid — faradyczny, galwaniczny powoduje skurcze rytmiczne mięśni, co wspiera znakomicie zaburzone krążenie żyłne w odcinku elektryzowanym, a obok przeszkody w ruchu, jaką znajduje krew żylna w odcinku poniżej opaski Biera, podnosi ciśnienie żyłne w odcinku chorym, zwiększa więc pręsień.

Wszystkie wskazane wyżej momenty postępowania, w okresie wstępnym leczenia fizykalnego, łącznie z zabiegami mechanoterapeutycznymi, mięsieniem w kąpeli wodnej — elektrycznej — pełnej, wzgl. częściowej, — komorowej — w okresie zdrowienia rany — należy uważać w chwili obecnej za najbardziej celową, skuteczną metodę leczenia ran wiotkich, atonicznych, wrzodziejących.

Dr. Rotstadt sądzi, że w atmosferze, zbliżonej do istniejącej w warunkach wysokogórskich, a wytwarzanej zapomocą aparatury Pana Prezydenta Rzeczypospolitej. (patrz: Ignacy Mościcki „Urządzenia, pozwalające na stworzenie w odpowiednich zakładach miejskich warunków leczniczych upodobnionych do warunków na wyżynach górskich” Warszawa, 1934), leczenie ran wszelkich wiotkich, atonicznych, szczególnie gruźliczych i pooperacyjnych (wzgl. i poiperytowych) u chorych wyniszczonych, miałyby w szpitalach przebieg o wiele szybszy, gdy się zważy wyjątkowo korzystne działanie ogólne i miejscowe takiej atmosfery.

Kierownikowi oddziału panu doktorowi Rotstadtowi dziękuję na tem miejscu za oddanie do mego rozporządzenia całego własnego odnośnego materiału klinicznego oraz za zachętę do poruszenia przedmiotu tak ważnego w codziennej pracy klinicznej szpitala powszechnego.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 12 stycznia r. 1934.

Przewodniczył Bregman.

Tencer. **Przypadek zwięzienia przewodu noso-łzowego, operowany wewnątrznosowo.** (Z oddz. Br. Karbowskiiego).

Chora, lat 48, od roku skarży się na łzawienie lewego oka. Z początku było ono niestale; od $\frac{1}{2}$ roku łzy ciekną prawie cały dzień. Leczyła się bez skutku. Badanie wykazało: powieki oka lewego przekrwione, zaropiałe, okolica woreczka wypięta. Rynoskopia: skrzywienie przegrody w stronę lewą, w górnej części; w środkowym przewodzie nosowym — śluzowo ropna wydzielina. Badanie prom. Rtg. — zmian w jamach bocznych nosa nie wykazało. W znieczuleniu miejscowym (10% kokaina + $\frac{1}{2}$ % novokaina) dokonano operacji. Na jednym posiedzeniu wykonano rezekcję przegrody nosowej, oczyszczenie komórek sitowych oraz właściwą operację na woreczku łzowym.

Dacryocystorhinostomia-interna została tu wykonana wg Weita-Hallego, z modyfikacją własną w tej części, w której chodzi o odcięcie worka. Mianowicie, przed odcięciem woreczka został on wyłączony z łożyska wraz z przewodem nosowo-łzowym. Ten szczegół operacyjny b. ułatwia przeprowadzenie zabiegu i zapewnia uzyskanie odpowiedniego połączenia pomiędzy woreczkiem łzowym a jamą nosową. Przebieg pooperacyjny był gładki, a wynik operacji b. dobry.

Ant. Goldman i Ciężar. I. **Przyp. wrzodzącego zapalenia pęcherzyka żółciowego z jednoczesną sprawą wrzodziejącą w wyrostku robaczkowym.**

Chora T.S., lat 26, panna, przybyła 28.X 1932 r. na oddział wewn. VIIc na skutek bólów w pr. podżebrzu, żółtaczką, nudności, wymiotów i swędzenia skóry. Zachorowała 3 lata

temu. W odstępach kilkumiesięcznych powtórzyły się 4 napady kolki wątrobianej, z wysoką gorączką, dreszczami, wymiotami i żółtaczką; jednocześnie występowały bóle w pr. dole biodrowym w okolicy ileo-coecalnej. St. pr.: Skóra i błony śluzowe żółto zabarwione. W narządach klatki piersiowej zmian nie stwierdza się. Brzuch miernie wysklepiony; wątroba macalna, wystaje na 2-3 palce poniżej łuku żebrowego, bolesna, o brzegu gładkim, twardym; w linii środkowoobojczykowej pr. twór imponujący, jak pęcherzyk żółciowy. Stan podgorączkowy. Kał odbarwiony. WR — ujemny.

15.XI. W treści, wydobytej zgłębnikiem XII-niczym — urobilinogen, w osadzie ropne ciała, niektóre zabarwione na żółto.

21.XII. Żółtaczka ustąpiła całkowicie. 23.XII. Cholecystoscopia — pęcherzyk nie zarysował się. OB — 41'. Leukocytoza — 8.000.

30.XII. Na oddziale chirurg stwierdza się: brzeg wątroby wystaje na szerokość 1 palca poniżej łuku żebrowego, wątroba lekko tkliwa. pęcherzyk niemacalny; wybitna bolesność w pr. dole biodrowym w punkcie Mac-Burneya.

4 I. Operacja. Cholecystectomy. Appendectomy. Pęcherzyk żółciowy zatopiony w zrostach, szczególnie w okolicy przewodu pęcherzykowego. Kamieni nie zawierał. Na śluzówce pęcherzyka zmiany charakterystyczne dla przewlekłej sprawy zapalnej, widoczne drobne owrzodzenia. Takie same zmiany na śluzówce wyrostka robaczkowego. Identyczność zmian wskazuje na głębsze przyczyny, wywołujące oba cierpienia jednocześnie, co pozwala niektórym autorom ujmować schorzenie pęcherzyka i wyrostka w pewien zespół. Stąd tendencja do usuwania wyrostka przy operacjach pęcherzyka żółciowego.

II. Przypadek niezwykłego umiejscowienia raka skóry

Chora N. II., lat 47, przybyła 31.XII 33 r. z powodu niegojącego się od 4 lat owrzodzenia na międzypalcowej powierzchni V palca stopy lewej. Żadnych dolegliwości. St. ogólny dobry. Mocz +. Cukier we krwi 1,07. WR — ujemny. Na międzypalcowej powierzchni V palca stopy lewej — płaski, owalnego kształtu, twardy ubytek naskórka, o brzegach wyraźnych, równych; dno różowe, wydzielina nieznaczna. Gruczoły pachwinowe niemacalne.

4.I.34. Operacja. Badanie wycinka intra operationem — wykazało Ca planocellulare. Odięcie V palca. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na rzadkość umiejscowienia nowotworu.

III. Przypadek wycięcia żołądka i części dwunastnicy z powodu krwawiącego wrzodu dwunastnicy.

Chory Sz. K., lat 31, przybył 30.XI.33 r. na oddz. wewn. VIIA z powodu znacznego osłabienia, wychudnięcia i bladeści cery Chorego niepokoją czarne stolce. 6 lat temu poczuł ostry ból brzucha, zemdlal; przez 2 tygodnie obserwował obfite czarne stolce. Po trzech latach, bez żadnych dolegliwości, powtórzyły się czarne stolce, osłabienie, bladeść. Od 3 tygodni bóle brzucha, przeważnie w nadpępczu, ustępujące po jedzeniu; czarne stolce. Nie wymiotował nigdy. St. pr.: Kredowo blade. P — 120'. Budowa pr.; Wzrost niski. Waga 37 kg. W narządach kl. piersiowej zmian nie stwierdza się. Brzuch miernie wysklepiony, tkliwy w nadpępczu. Mocz +. Badanie kału — krew ++++. Obraz krwi: — Hb. 50%; cz. c. 2.500000 b. c. 22.000. Krzepliwość 4'. Czas krwawienia 6'. WRujemny. Przetoczono 420 cm³. krwi.

26.XII.33. Operacja, Znieczulenie miejscowe 1/2% novoc. Cięcie w linii środkowej górnej. W części przyodźwiernikowej żołądka, na ścianie przedniej—guzowate nacieczenie, twarde, wielkości śliwki, barwy szarej, z promienisto rozchodzącymi się pasmami bliznowatemi; odźwiernik drożny. Rozległe wycięcie przyodźwiernikowej części żołądka wraz z guzem i zespolenie końcowoboczne kikutu żołądka z najkrótszą pętlą jelita cienkiego. Zamknięcie jamy brzusznej na glucho. Bad. anat. patolog. — Ulcus callosum.

Przebieg pooperacyjny bez najmniejszych powikłań. Chory poprawił się znakomicie. Apetyt doskonały. Z tych względów zasługuje na pokaz w 17 dniu po operacji.

W rozprawie Lubelski zaznaczył, że zasadniczo nie kontroluje wyrostka podczas operowania spraw zapalnych dróg żółciowych, gdyż często zdarzają się sprawy ropne. W danym wypadku niema powodu przypuszczać, aby była łączność między zapaleniem pęcherzyka żółciowego a wyrostkiem robaczkowym. Jest to może tylko zbieg okoliczności. Goldman wyjaśnia, że w sprawach ropnych, rzecz prosta, nie usiłuje kontrolować wyrostka robaczkowego, ale gdy obraz znaleziony podczas operowania na drogach żółciowych nie usprawiedliwia spodziewanych zmian, wówczas, gdy to jest możliwe, G. szuka wyjaśnienia sprawy i kontroluje wyrostek.

Bregman, Mesz i Birnbaum. (Z oddziału Dr. L. Bregmana). **Przypadek guza kąta mózdkowo-mostowego ze znacznymi zmianami podstawy czaszki na rentgenogramie.**

Przypadek dotyczy 35-letniej kobiety, u której przed pół rokiem wystąpiły napady bólów głowy. Na początku zdarzały się dość rzadko, później coraz częściej. Chora lokalizowała bóle głów-

nie w okolicy ciemieniowej. Po pewnym czasie zawroty głowy, nudności. Napady bólów głowy z zawrotami powtarzały się kilka razy dziennie. W tym samym mniej więcej czasie spostrzegła, że gorzej chodzi, chwieje się; robi wrażenie pijanej. Najwięcej chorej dokuczały okresowe napady kompletnej amaurozy: nagle robiło się jej ciemno przed oczyma, nic nie widziała; trwało to do $\frac{1}{2}$ minuty i zdarzało się kilka razy dziennie. Pozatem narzekała na pogorszenie wzroku.

Lekarz skierował chorą do szpitala. Na początku września roku ubiegłego została przyjęta na oddział neurolog., gdzie leżała 10 dni i na własne żądanie została wypisana. Zrobiono zdjęcie czaszki, które wykazało zniszczenie dna siodełka tureckiego, rozszerzenie meati acustici interni dextr.. Naświetlań nie otrzymała. Po wypisaniu się, przez blisko $2\frac{1}{2}$ miesiąca leczyła się w domu; otrzymała serję naświetlań prom. Rtg., stan chorej poprawił się, mianowicie: bóle głowy były mniejsze, zawroty zdarzały się rzadziej, napady okresowej amaurozy już się nie powtarzały. W $\frac{1}{2}$ listopada chora poraz drugi została przyjęta.

St. ob.: Mężatka, ma 4 dzieci 6 razy rodziła, 1 raz roniła, pierwsze dziecko urodziło się nieżywe. Przed 7 laty skrzep po porodzie w k. k. doln. Przed 2 laty skrzep w pr. kd.. Menses co 4 tyg, dawn. trwały 3 — 4 dni, obecnie 1 dzień. Przed 8 laty spostrzegła, że gorzej słyszy prawem uchem. Słuch coraz więcej się pogarszał; od pewnego czasu prawem uchem nie słyszy. Budowa prawidł., odżywienie dobre; narządy wewn. — bez wybitniejszych zmian. Czaszka konf. prawidł., na opuk. niebolesna; ruchy gł. zachowane; obj. oponowych niema; źrenice okrągłe, jednakowe; reakcja na światło i konverg. zachowana. Dno oczu: obustr. tarcza zastoinowa. Ruchy gałek ocznych zachowane. Przy spojrzeniach bocznych oczopląs poziomy, powolny, w stronę prawą, o dużej amplitudzie, szybki w stronę lewą o minimalnej amplitudzie drgań. Przy spojrzeniu w górę nieznaczny nystagmus pionowy. Visus: oko pr. $\frac{3}{8}$, oko lewe $\frac{3}{5}$. Pole widzenia — bez zmian. Czucie dotyk, t^o. bóle na twarz po str. pr. osłabione. Zwazce napina słabo z obu stron. Odruch rogówkowy po str. pr. b. znacznie osłabiony. Czoło marszczy dobrze. Pr. szpara powiekowa węższa (?) od lewej. Przy pokazywaniu zębów widać lekką asymetrię na niekorzyć strony prawej. Słuch po str. pr. zniesiony. Smak — na przedniej części języka po str. pr. zniesiony. W obrębie pozostałych n. n. czaszkowych brak zmian. K. K. górne: wysiłek mięśniowy po str. pr. osłabiony; ruchy, napięcie obustronnie norma; czucie powierzchowne — lekkie osłabienie na ból, dotyk, t^o. Odruchy: Tr—obustr. żywe; Per—obustr. żywe, może pr. > l. Jakobson (+) po str. pr..

Próba palec — nos: po str. pr. niezgrabna; próba palec — palec po str. pr. lekka abdukcja i opadanie. Diadochokinesis: po str. pr. mniej sprawna; Kurt — Goldsztajn: nieznaczne opadanie i abd. (pr.). Abd.—brak (ch. 6 razy rodziła); Kk. dolne: siła w pkd. może nieco słabsza; czucie powierzch. po str. prawej nieco upośledzone; pozatem obu stronnie norma. Odruchy: PR — obu str. żywe; AR — pr brak; l. — osłabiony Podesz.— flexio obu str. Czucie głębokie na kkg. i doln. bez zmian. Chód obecnie prawidłowy. W obrotach lekkie zataczanie się, dawniej wyraźniejsze.

Na zasadzie powyższego obrazu klinicznego postawiono rozpoznanie guza kąta mózdkowo-mostowego. Za punkt wyjścia nowotworu uważamy pochewkę nerwu słuchowego. Ucisk guza powoduje zaburzenia ze strony ner. 5,6, a może i 9. Guzy kąta zdarzają się stosunkowo dość często. mają znamiona guzów łagodnych: fibroma. neurofibroma, psamomma. Do operacji się nadają.

W danym przypadku zastanawiającemi poniekąd są duże zmiany na rentgenogramie. Stronę rentgenologiczną omówił M e s z.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 9 lutego r. 1934.

Przewodniczył: Fejgin.

Fejgin, A. Bieleńki i L. Goldkorn. **Przypadki gruźlicy płuc, leczone dożylnymi wstrzykiwaniami bęźdzwinianu sodu.**

Ponieważ dożylnie wstrzykiwania bęźdzwinianu sodu w schorzeniach płuc są terapią nową, należałoby powiedzieć kilka słów o przesłankach, na jakich się opieramy.

Jak wiadomo, klinicyści włoscy stosują od niedawna bęźdzwinian sodu dożylnie we wrzodzie żołądka i dwunastnicy.

Wychodzili oni z założenia, że wobec zmniejszenia siły proteolitycznej kw. solnego in vitro w obecności nieznacznej domieszki bęźdzwinianu sodu można się spodziewać przeciwdziałania b. s., wstrzykiwanego dożylnie, procesowi samotrąwienia śluzówki w chorobie wrzodowej.

Po otrzymaniu wyników leczniczych, b. zachęcających, zaczęli Włosi przypisywać bęźdzwinianowi sodu własności gojące i zablizniające we wrzodzie żołądka i dwunastnicy.

Uwzględniając te właśnie własności gojące i zablizniające b. s., nasunęła się nam myśl, że lek ten winien dawać cenne usługi w schorzeniach płucnych, a to ze względu na następujących:

1) B. s. jest oddawna znany i uznany jako „specyfik płucny“, jako pochodny żywicy oraz szeroko stosowany doustnie, jako expectorans.

2) Lek ten posiada znaczne powinowactwo do tkanki płucnej i wydziela się z powietrzem wydechowem, co stwierdzamy stale u naszych chorych, którzy w parę minut po iniekcji odczuwają z reguły w gardle i w nosie obecność „eteru, olejku, amonjaku“ i t. p.

3) Nadto jest rzeczą wielkiej wagi, że b. s., stosowany doustnie, nie może wywierać właściwego mu działania farmakodynamicznego, gdyż, jako związek chemiczny o pierścieniu benzolowym z łańcuchem bocznym, ulega on w wątrobie daleko idącym przemianom chemicznym, a tylko podany dożylnie działa *per se*.

4) Nie jest bez znaczenia również fakt, że b. s. jest dość silnym środkiem antyseptycznym i jako taki stosowany jest powszechnie w przemyśle jako conservans.

A teraz prze hodzimy do pokazu przypadków.

a) Chory A., lat 33, przvbył na oddział z gorączką, kaszlem, z obfitą plwociną oraz w stanie zupełnego charłactwa. Chorym jest 5 lat. Ojciec zmarł na gruźlicę. Badania fizy- i radjologiczne wykazały obecność dużych nacieków oraz jam rozpadowych w obu górnych płatach. Plwocina zawierała liczne prątki w każdym polu widzenia.

Odczyn Biernackiego — 24 min.

Chory przez cały czas miał stany gorączkowe, rzadziej podgorączkowe i nie wykazywał tendencji ku poprawie.

Po 30 iniekcjach b. s. chory zaczął szybko przybierać na wadze—w ciągu miesiąca 8 kilo! — i przestał zupełnie gorączkować. Odczyn Biernackiego ogromnie się zwolnił i wynosi 3 godziny i co ważniejsze — plwocina, wielokrotnie badana, nie zawiera już prątków. Obecnie czuje się doskonale, nie kaszle, nie odpluwa, nie gorączkuje.

b) Chory B, lat 24, przybył z powodu obfitego krwotoku, po którym krwawił na oddziale przez 3 tygodnie. T^o podgorączkowa, wzgl. gorączkowa. Choruje od roku. Fizykalnie — liczne rżężenia, dźwięczenia nad prawym grzebieniem łopatki. Radjologicznie — liczne nacieki i jama rozpadowa w prawym płacie górnym. Plwocina zawierała liczne prątki. O.B. — 19 min. Po 30 iniekcjach b. s. stan chorego uległ szybkiej poprawie, przestał krwawić; T^o stała się normalna. Plwocina, wielokrotnie badana, już nie wykazała obecności prątków, wreszcie chory przestał zupełnie kasłać i odpluwać.

O.B. wydłużył się o 2 godz. (z 19 min.). Chory przybrał

na wadze z górą 10 kilo! — Obecnie stan jego nie wykazuje żadnych objawów gruźlicy czynnej.

c) Chory K., lat 22, przybył z powodu gorączki, kaszlu oraz zlewnych potów nocnych. Matka zmarła, a siostra choruje na gruźlicę.

B. wycieńczony, gorączkuje stale i nie jest w stanie chodzić o własnych siłach. Fizykalnie — objawy masywnego nacieku w środk. prawym płacie. Radjologicznie — duży naciek w pr. płacie środkowym oraz drobne nacieki wysiewowe w pr. górnym. Plwocina: 15—20 prątków w p. w.; O.B. — 22 min.. Po kuracji przybyło choremu na wadze 7 kilo, t° — normalna, prątki znikły z plwociny. Stan chorego doskonały; O.B.—1³/₄ godz. Przedstawione rentgenogramy 2 ch chorych przed i po kuracji wykazują również wyraźną poprawę radjologiczną.—Pozatem stosowaliśmy tę terapię jeszcze u 9 chorych, przyczem stwierdziliśmy u wszystkich ogromny spadek ilości plwociny, często z kilkuset do kilkunastu i mniej cm³ na dobę, znacznie wydłużenie się odczynu Biernackiego oraz wydatny przybytek na wadze.

Bloch zaznacza, że na podstawie danych, przytoczonych przez prelegentów, nie można wnioskować o skuteczności działania tego środka leczniczego, a dotyczy to pierwszych dwóch przypadków, które tak pod względem klinicznym jak i rentgenologicznym budzą zastrzeżenia. — W pierwszym przypadku na rentgenogramie przed stosowaniem omawianej terapii jest uwidoczniona jama gruźlicza; zarys tej jamy na późniejszym rentgenogramie jest zatarty. W przypadku drugim oponent dostrzega tylko drobne wysiewy, a nie masywny naciek, jak to podają prelegenci. Takie przypadki są skłonne do samostnego wyleczenia, na dowód czego możnaby przytoczyć chociażby siostrę tegoż chorego, którą Bloch obserwował w przeciągu roku w Otwocku i gdzie przy zwykłej kuracji klimatycznej nastąpiło wyleczenie. Referenci uzasadniają słuszność powiedzianego wyżej.

Bregman, Zamenhof i Potok. Przypadek choroby surowiczej po tężcu z zajęciem rogówki.

Chora, lat 51, przybyła do szpit. dn. 23. XII. 33. 3 tyg. temu wbiła sobie, podczas mycia podłogi, drzazgę w palec V pr. ręki. 3 dni przed przybyciem do szpitala pierwsze objawy tężca: szczękoscisk i bóle w karku. W następnych dniach wystąpiły dreszcze w obrębie wszystkich mięśni kończyn i tułowia. Chorą leczono surowicą przeciwtężcową, do kanału łądźwiowego i domięśniowo, razem otrzymała 35 flakonów surowicy. W 12 dniu po ostatnim zastrzyku surowicy — objawy choroby surowiczej: t° — 39°, wysypka na brzuchu i udach,

bóle stawowe i bóle r. pr. oka. Badanie wykazało zaczerzenie spojówki i kilka ognisk nacieczenia na rogówce. Po 3-ch dniach objawy ustąpiły, pozostały jedynie objawy oczne, trwające do dnia dzisiejszego. Pokazany przypadek jest b. ciekawy ze względu na komplikacje ze strony rogówki w przebiegu choroby surowiczej.

Dworecki i Stückpold. Przypadek posocznicy pochodzenia enterokokkowego. (Z oddz Fejgina).

Hta... Tema, lat 20, przybyła na oddział 16. I. b. r. ze skargami na kołatanie serca, potęgujące się po wysiłku fizycznym, bóle napadowe w okolicy serca, ogólne osłabienie oraz na gorączkę do 39° . Bóle w okolicy serca datuje od 13 tygodni, kołatanie zaś serca od 12 tygodni. Obecna choroba rozpoczęła się nagle przed 4 — 5 miesiącami w okolicy stawu biodrowego prawego, dreszczami i gor 39. Ruchy w tymże stawie były bolesne i niemożliwe; skóra w obrębie tego stawu niezmieniona. W tym stanie chora została skierowana do szpitala w Pińsku, gdzie leżała przez 6 tygodni. W ciągu pierwszych 5 tyg. pobytu w szpitalu gorączka wahała się (38° — $39,4^{\circ}$), poczem spadła do normy; bóle w stawie biodrowym prawym znacznie się zmniejszyły. Po wypisaniu ze szpitala bóle w stawie biodrowym prawym znowu się nasiliły, jednocześnie wystąpiły bóle w okolicy stawu goleniowo-napiętkowego po tejże stronie; ruchy w obu stawach były ograniczone i bolesne, gorączka wahała się pomiędzy $37,5^{\circ}$ — 38° z kreskami. Leżała wtedy w domu przez 2 tygodnie, poczem przyjechała do Warszawy. Została ona skierowana na oddział chirurgiczny D-ra Solowiejczyka, gdzie leżała blisko 6 tyg. (od 21 XII 33 r. do 25 I 34 r.) i stale gorączkowała do $38,8^{\circ}$ — 39° . Pod wpływem leczenia bóle w stawach biodrowym i goleniowo-napiętkowym po stronie prawej ustąpiły zupełnie, natomiast przed 2 tygodniami pojawiły się bóle w stawach biodrowym, kolanowym i goleniowo-napiętkowym po stronie lewej. Okolica stawu kolanowego lewego była obrzęknięta, inne zaś stawy były jakoby normalne; ruchy w stawie biodrowym były możliwe i bolesne, natomiast staw kolanowy i goleniowo-napiętkowy nieruchome. Od kilku dni bóle w stawach biodrowym i goleniowo-napiętkowym po stronie lewej, natomiast bóle w stawie kolanowym po tejże stronie utrzymują się tylko podczas wykonywania ruchów.

Przed 5 laty przebyła operację nosową z powodu wrzodu w jamie nosa. — Żadnych chorób zakaźnych jakoby nie przechodziła. Nigdy na anginę nie chorowała. Poci się na całym ciele. Niema zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Mocz, stolce oddaje prawidłowo. I perjod w 16 r. życia; regularności powtarzają się co 4 tyg., są niebolesne, nieobfite,

trwają 3 dni. W czasie obecnej choroby straciła 16 kilo na wadze. Stan obecny. Budowy prawidłowej. Odżywienia lichego. Twarz, błony śluzowe blade. Wklęśnięcie pomiędzy częścią chrzęstną a kostną przegrody nosowej. Gruczoły chłonne pachwinowe i pod pachą lewą macalne, wielkości od ziarna grochu do fasoli, twarde, ruchome, ze skórą niezespolone, z ucisku niebolesne. Gardziel bez zmian. Prawy migdałek nieco powiększony zawiera czop szaro-biały. Język zlekka obłożony, wilgotny.

Płuca: Poza przytłumieniem w szczytach odgłos opukowy jawny, oddech pęcherzykowy. Serce: Wymiary serca powiększone nieco na lewo i na prawo. Nad koniuszkiem serca słychać I ton klapiący i 2 szmery: skurczowy i rozkurczowy; II ton niesłyszalny. Nad tętnicą płucną szmer skurczowy chropawy, niesłabnący na szczycie wdechu, II ton zaakcentowany. Nad tętnicą główną 2 tony ciche, I ton ze szmerkiem skurczowym. W kącie wątrobowo-sercowym oraz w 4 — 3 przestrzeni międzyzobrowej w pobliżu mostka, po stronie lewej, I ton rozdwojony i szmer skurczowy. Niekiedy pojedyncze skurcze dodatkowe. Nad naczyniami szyjnymi 2 tony i szmerek skurczowy. Tętno 120, miarowe, miękkie. — Brzuch o powłokach podatnych na ucisk, niebolesny. Wątroba wystaje z pod łuku zebrowego na szer $1\frac{1}{2}$ — 2 palców poprzecznych o brzegu ostrym, twardawym, na ucisk niebolesnym. Śledziona macalna na $\frac{1}{2}$ — 1 palec poniżej łuku zebrowego, z ucisku niebolesna. Górny jej biegun opukowo znajduje się na wysokości 8 zebra w linii środkowej pachowej lewej. Grzbietowe powierzchnie stóp obrzęknięte. Ruchy czynne i bierne w stawach kończyn górnych i dolnych nieograniczone, bolesne zlekka tylko w stawie barkowym lewym. W moczu: ślad białka, urobilina +; 1 — 2 — 3 erytrocyty wylugowane co kilka pól widzenia; 1 — 3 — 7 — 10 leukocytów w p. w.; 1 wałeczek szklisto-leukocytowy w preparacie. W kale pojedyncze jaja trichocephalus dispar.

Badania krwi 6/11

Hemoglobina	55,75%	48,75%	anizocytoza, pocikilocy- toza słabo zaznaczona
Il. c. czerw.	3200000	3000000	
" " "	5200	6000	
Indeks.	0,8	0,8	Czas krwawienia: 4—5'
Neutrofile	Pal. 2%	11%	" krzepnienia 6 $\frac{1}{2}$ '
	segm. 70%	61%	Rumpell-Leede słabo do- datni.
Limfocyty	27%	20%	
Monoc.	1%	8%	

Ilość retikulocytów: na 1000 c. czerw. — 24. Liczba płytek Bizzozera w 1 mm³ 114000. Z krwi i kału wyhodowano enterococcus haemoliticus. 16/I OB — 30', RK 100/40, 8/II OB — 25', RK 100/50. Odczyny Wassermanna i citocholowy — ujemne. Odczyny Widala i zlepne z B. Paratyphi, A, B, C i Weil-Felix'a — ujemne. Rtg. staw. biodrowych, miednicy +. W klatce piersiowej na Rtg. configuratio cordis mitralis. Badanie krwi na bilirubinę: bezpośrednia —; pośrednia — 0,5 jedn., mocznik—0,25 gr.^{0/00}; Kw. moczowy — 48,4 mgr. ^{0/00}. Nos: górna część w okolicy chrząstki przegrody miękka (brak chrząstki nos zapadnięty). Reszta przegrody skrzywiona, w dolnej części strony lewej kołec przegrody. Muszle nosowe dolne obrzęknięte. Wydzielina śluzowo-ropna. W ujściach jam obocznych wydzieliny nie stwierdza się. Migdałki małe, twarde, ukryte za łukami; z lewego wyciska się białe czopy.

Zestawiając, mamy osobnika: 1) gorączkującego od 5 — 6 miesięcy do 38° — 39° — 40°, 2) u którego stwierdzamy objawy zwężenia i niedomykalności zastawki dwudzielnej, 3) we krwi enterococcus haemoliticus oraz 4) objawy niedokrwistości wtórnej. Przebieg kliniczny posocznicy u naszej chorej różni się od obrazu posocznicy streptokokkowej, najczęściej spotykanej, następującymi cechami: 1) stan ogólny nie jest taki ciężki, jak w posocznicy streptokokkowej; 2) w posocznicy streptokokkowej, trwającej 5 — 6 miesięcy, zwykle stwierdzamy kliniczne zmiany nie tylko nad zastawką dwudzielną, lecz również i nad zastawkami półksiężycowatemi tętnicy głównej, czego niema u naszej chorej; 3) posocznica streptokokkowa daje liczne zawały, których nie stwierdzono u naszej chorej; 4) śledziona w posocznicy streptokokkowej jest znacznie większa od śledziony w posocznicy enterokokkowej u naszej chorej. Leczenie. Stosowano zastrzyki dożylnie 10% salicylanu sodu i 2% trypaflawiny oraz autoszczepionkę. Chora po zastrzyknięciach podskórnych autoszczepionki dostawała dreszczy i czuła się gorzej aniżeli po zastrzykach dożylnych salicylanu sodu i trypaflawiny. Leczenie nasze nie miało większego wpływu na przebieg gorączki; chora prawie stale gorączkuje podczas pobytu na oddziale. Samopoczucie chorej poprawiło się pod wpływem leczenia.

W rozprawie Fejgin omawia stosunek tej posocznicy do gościa stawowego, który chora przedtem przechodziła. Trudno jest zdecydować, czy w danym wypadku gościec stawowy rozwijał się już na początku zakażenia euterokokkowego, czy też posocznica niezależnie zupełnie wystąpiła później na tle osłabionego już organizmu. Trudno też ustalić, czy zapalenie wsierdzia u tej chorej jest pozostałością pogoścową, czy

też wytworzyło się w przebiegu posocznicy. Przypadek uzupełnia pod względem bakteriologicznym Dworecki.

Karbowski. Przypadek ropnia płuc na tle obcego ciała w przelyku.

Przypadek dotyczy trzydziestokilkolletniego, dotąd zdrowego. Mniej więcej trzy miesiące przed przybyciem do szpitala chory, będąc w podróży, zasnął; po obudzeniu się w wagonie kolejowym spostrzegł, że zginęła mu proteza zębowa składająca się z dwóch złotych koron i mostku. Chory przypuszczał, że proteza podczas snu dostała się do przewodu pokarmowego. Po kilku dniach przy zmianach pozycji, przeważnie w nocy, występowały silne ataki kaszlu. Wkrótce potem chory zaczął spluwać plwocinę śluzowo-ropną. Badanie płuc przez lekarza ustaliło jednostronny katar oskrzeli. Leczenie trzytygodniowe nie dało poprawy. Stan chorego stale się pogarszał. Temp., o typie zwalnającym, wieczorami podnosiła się do 39,5°. W stanie b. ciężkim przybył na oddział D-ra A. Landaua, gdzie prześwietlenie wykazało obecność obcego ciała — protezy w oskrzeli II rzędu po stronie prawej. Celem usunięcia obcego ciała chory skierowany został na mój oddział. Badanie fizykalne płuc wykazało przytłumienie wypuku od kąta łopatkki w dół. Oúdech osłabiony, zaledwie słyszalny. Drzenie głosowe osłabione.

W znieczuleniu miejscowym dokonana została bronchoskopia. Oskrzele główne prawe było zwężone do tego stopnia, że nie widać było światła.

Oskrzele uciśnięte było przez ropień dużych rozmiarów, który został opróżniony. Stale napływająca cuchnąca ropa uniemożliwiła odszukanie obcego ciała. Po opróżnieniu ropnia stan chorego znacznie się poprawił. Po 8 dniach dokonana została powtórna bronchoskopia. Natrafiono w miejscu rozwidlenia oskrzela ziarninującą powierzchnię. Pod tą ziarniną natrafiono na obce ciało, które zostało usunięte. Stan chorego szybko się zaczął poprawiać. Chory obecnie jest bez temperatury; mało kaszle i prawie nic nie spluwa. Stępienie wypuku stwierdza się między 9 — 11 zębem. Badanie lipjodolem wykryło rozszerzenie oskrzeli.

W rozprawie Bielenki specjalnie podkreśla, że wywiad najskrupulatniejszy u chorego ma w podobnych przypadkach kardynalne znaczenie. Bronchoskopia — jako środek diagnostyczny — posiada już dziś podstawową wartość, a w przypadkach wątpliwych należy ją wykonać kilkakrotnie. Fejgin, w związku z przytoczonymi przez prelegenta dobrymi wynikami w leczeniu ropni płuc na tle ciał obcych po ich wydobyciu, podaje kilka własnych przypadków, przyczem zaznacza,

ze — gdy chodzi o rokowanie — to jest ono niepewne nawet w przypadkach szybkiego usunięcia ciała obcego. F. dopiero niedawno obserwował przypadek, gdzie wydobycie ciała obcego dokonane zostało szybko przez bardzo wprawnego specjalistę, a jednak dalszy przebieg cierpienia doprowadził do zejścia śmiertelnego.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 22 lutego r. 1934.

Przewodniczył: **K a r b o w s k i.**

B a k m a n. **Przypadek ostrej niedrożności jelit w 8 miesiącu ciąży.** (Z oddz. A. Sołowiejczyka).

Niedrożność spowodował skręt podstawy esicy około dolnej części macicy 8 m. Ze względu na sposób powstania, zmiany patologiczne, zarówno jak na pooperacyjny przebieg, przypadek ten należy uważać za niezmiernie ciekawy i rzadki. W. P., lat 28, zamężna, rodziła 4 razy żywe; nigdy nie chorowała. Przybyła do szpitala 30.XI. 33 r. z rozpoznaniem: ostra niedrożność, trwająca od 3 dni, ciąża 8 mies. Stan chorej bardzo ciężki, język suchy, tętno 140, drobne, słabo wyczuwalne. Brzuch wzdęty znacznie; po prawej jego stronie wyczuwa się macicę, jako twór twardy, sięgający aż pod prawy łuk żebrowy, pozostała zaś część — większa daje wypuk bębenkowy. Natychmiastowa operacja wykazała, że $\frac{3}{4}$ jamy brzusznej wypełnia znacznie rozdęta esica, która podstawą swą okręca dolną część ciężarnej macicy na 360°. Zabarwienie esicy czarne, zapach cuchnący. Po prawej stronie macica o normalnym wyglądzie. W dolnej jamie brzusznej znaczna ilość ciemno-brunatnego cuchnącego płynu. Po wyłożeniu martwiczej dl. $\frac{3}{4}$ metra esicy i zwolnieniu skrętu, powłoki brzuszne zeszyto, przez wzgląd na ciężki stan chorej, szwem jednopiętrowym. Następnie wyłożoną na zewnątrz przez dolną część rany esicę rezekowano, a pozostałe kikuty doprowadzającej i odprowadzającej pętli grubego jelita umocowano szwem do skóry. Stan chorej po operacji był prawie ze beznadziejny. Nadmiar tego u chorej wystąpiły dn. 12 XII krwotoki żołądkowo-kiszkowe (krwawe wymioty i czarne stolce), które trwały jeden dzień. Krwotoki te powstały, jak przypuszczać należy, na skutek zawałów w krezce żołądka i kiszek. Po 3 dniach, t. j. 15.XII 33 r. chora urodziła martwy płód. Nie zważając na wyżej wymieniony przebieg, stan chorej po miesiącu od dnia operacji zaczął się poprawiać i chora zwolna zaczęła powracać do zdrowia. Stolce, które po operacji wydalały się tylko z głębi rany, gdyż martwicze końce grubego jelita wciągnęły się do jamy brzusznej, stopniowo zaczęły odchodzić także przez stol-

cową kiszkę. Obecnie chora oddaje stolce przeważnie normalnie, tylko w nieznacznej ilości przez przetokę, co daje nadzieję możliwości samoistnego zamknięcia się przetoki. Prawdopodobnie nastąpiło częściowe złączenie albo zbliżenie wciągniętych do jamy brzusznej kikutów, umożliwiając w ten sposób ustalenie się normalnej ciągłości traktu pokarmowego.

D. Amsterdamski. Liczne przedziurawienia jelita cienkiego, powstałe wskutek wybuchu granatu.
(Z oddziału A. S o ł o w i e j c z y k a).

Chory, lat 12, przybył z powodu szarpanych ran brzucha, powstałych na skutek wybuchu zapalnika granatu. Stan chorego w chwili przybycia dość ciężki: twarz blada, wargi blade z odcieniem sinawym, oczy podkrążone, tętno względnie dobre — 72 na 1', średnio napelnione, miarowe. Wymioty — jeden raz, po drodze do szpitala. Brzuch nieco napięty, dotyk bolesny, szczególnie po stronie prawej. Obrona mięśniowa wyraźnie zaznaczona; objaw B l u m b e r g a — dodatni. W dolnej części brzucha, w linii środkowej, liczne małe rany szarpane do wielkości 1 grosza, 2 większe rany szarpane wielkości 20 groszy w linii przyśrodkowej brzucha oraz w górnej $\frac{1}{3}$ części prawego uda. Wobec tego, że w ciągu paru godzin obserwacji stan chorego nie tylko że nie uległ poprawie, ale objawy otrzewnowe jeszcze się nasiliły, pomimo dobrego tętna (stałe 72 na 1') — dokonałem wieczorem, po upływie 12 godzin od wypadku, zabiegu operacyjnego

Cięcie w linii środkowej brzucha długości 10 cm. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdziłem w niej treść kałową, dużą ilość krwi, świeże zlepy między pętlami jelita cienkiego oraz 7 ran różnej wielkości (od $\frac{1}{4}$ cm. do 10 cm. długości) na przetrzeni, mniej więcej 1 metra, jelita cienkiego. Wszystkie rany na skórze (za wyjątkiem jednej większej) prowadziły poprzez wszystkie warstwy brzucha do światła jelita cienkiego.

Rany te, po podwiązaniu naczyń krwawiących oraz po dokładnem obejrzeniu pozostałych jelit i pęcherza moczowego, zasyto ciąglym dwupiętrowym szwem jedwabnym w kierunku poprzecznym. Ranę operacyjną zeszyto warstwami, w dolnym jej biegunie pozostawiono kilka sączków. Przebieg pooperacyjny typowy, niezbyt ciężki. Po 4 tygodniach chory wypisał się ze szpitala w stanie zupełnie dobrym.

W rozprawie Higier omawia bliżej określenie stanu „zapasc”, użytego przez prelegenta o chorym. Wiadomo, że zazwyczaj chirurdzy nie operują podobnych chorych w okresie zapasci i czekają, aż stan ten mija. L i p e s popiera sposób postępowania prelegenta, — uważa, że należy zawsze jaknaj-

wcześniej interwenjować w podobnych przypadkach, gdy zachodzi tylko przypuszczenie możliwości uszkodzenia jelita. I tu chory został uratowany jedynie dzięki tej, wczesnej interwencji. A m s t e r d a m s k i uzasadnia słuszność swego postępowania.

W e r t h e i m i P ł o Ń s k i e r. Rak żołądka o niezwykłym przebiegu.

Przypadek zasługuje na uwagę zarówno ze względu na następczące się trudności rozpoznawcze, jak i na niecodzienny przebieg kliniczny.

Chodzi o chorego, l. 39, który przybył na oddział na początku września 1933 r. podczas nieobecności dr. W e r t h e i m a. Zachorował rzekomo przed 5 tygodniami; choroba rozpoczęła się od silnego klucia w lewym boku, dreszczów i gorączki; pozatem w wywiadach nie ujawniono nic takiego, co mogłoby wskazywać na obecność zmian, stanowiących istotne tło choroby. Stwierdzono wówczas fizykalne objawy lewostronnego wysięku w opłucnej, sięgającego do grzebienia łopatki. Próbné przekłucie wykazało obecność płynu ropiastokrwistego, cuchnącego. Stan chorego nie pozwalał na prześwietlenie klatki piersiowej. Nazajutrz dokonano torakotomji — wycięto część 9 żebra i wypuszczono dużą ilość płynu ropiastego, zawartego w rozległej jamie, ograniczonej ścianą klatki piersiowej. Poprawa po tym zabiegu była nieznaczna. Po upływie tygodnia wystąpił dalszy objaw niepokojący, w postaci wylewania się przez ranę operacyjną treści żółtawo-brunatnej, gęstej, z domieszką śluzu, o oddziaływaniu kwaśnem; w cieczy stwierdzono obecność kwasu mlekowego, przy braku wolnego kwasu solnego; w osadzie — ziarenka skrobi i komórki drożdżowe. Po kilku dalszych dniach znaczna część pokarmów zaczęła wydalać się przez otwór pomiędzy żebrami prawie bezpośrednio po przełknięciu, a wkrótce przyłączyło się do tego wylewanie się przez ranę kału nawpół sformowanego.

Jasne było, że mamy tu do czynienia z jakąś sprawą dziurawiącą bądź przelyk, bądź żołądek, a dalej powodującą prawdopodobnie ubytek w kiszce grubej.

Przypuszczenia nasze szły w 3 kierunkach: mogliśmy mieć do czynienia z przedziurawieniem przelyku na skutek bądź nowotworu, bądź ciała obcego i wtórnym otokiem ropnym w opłucnej. Przypuszczenie to upadło z chwilą ujawnienia się kału w ranie. Dalej można było myśleć o przepuklinie przeponowej z udziałem żołądka i jelita, z przedziurawieniem do opłucnej. Wreszcie nasuwało się najprawdopodobniejsze przypuszczenie sprawy wrzodowej lub nowotworowej, dziurawiącej do przestrzeni podprzeponowej.

Wyjaśnienie tych wątpliwości nie było łatwe, a to ze względu na niemożność, wobec ciężkiego stanu — dokonania wzziernikowania przelyku i obejrzenia chorego pod ekranem. Ograniczono się przeto do zrobienia zdjęcia kontrastowego, które przedstawiano zebraniu. Orzeczenie rentgenologa brzmi, jak następuje: „Tuż po wypiciu $\frac{1}{2}$ porcji kontrastowego śniadania została wypełniona tylko górna wpustowa część żołądka i duża jama powyżej żołądka, połączona z jednej strony z żołądkiem, z drugiej z zew. przetoką. Występuje to wyraźnie przy pełnej porcji kontrastu. Poniżej wypełnionych kontrastem jam stwierdza się duży cień, dość mocno nasycony, nieskontrastowany. Nacieki, zrosty kiszek.

Tymczasem postępujący upadek sił chorego wymagał szybkiej decyzji. To też w dn. 6.X. przystąpiliśmy do laparatomji lewostronnej cięciem wzdłuż łuku żebrowego lewego, mając na względzie rozejrzenie się w terenie chorobowym. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, że dno żołądka, zresztą bardzo obszernego, zajęte jest przez rozległe, twarde nacieczenie nowotworowe, łączące go ze śledzioną i z zagięciem śledzionowem кишки grubej, w której znajduje się otwór, wydalający kał. Żołądek w miejscu nacieczenia również przedziurawiony. Wszystko to umieszczone wysoko pod kopułą przepony, w rozległej jamie ropnej, łączącej się ze światem zewnętrznym zapomocą otworu, powstałego po wycięciu żebra. Wyjaśniło się przeto, że mieliśmy do czynienia z ropniem podprzeponowym, naskutek przebicia się nowotworu żołądka i przedostawania się pod przeponę zawartości żołądka i кишки grubej, która wtórnie również uległa przedziurawieniu. Cóż pozostało do zrobienia? Wyłączenie żołądka przez dokonanie gastrostomji w pobliżu odźwiernika i wprowadzenie drenu do dwunastnicy i wyłączenie lewego, przedziurawionego zagięcia okrężnicy przez zespolenie poprzecznicy z esicą. Oba te zabiegi wykonano bez większych trudności, a chory jednak zmarł po dwóch dniach. Sekcja potwierdziła dane operacyjne. Dno żołądka zajęte było przez nowotwór dziurawiący, o charakterze rakowatym, ściśle zespolony z górnym biegunem śledziony. Zagięcie śledzionowe przedziurawione, wnęka zaś śledziony była wolna, co zdaniem prosektora (Płóński e r) mogło być powodem, że otwór w żołądku nie został, jak to najczęściej bywa, zatkany przez całą śledzionę i że dzięki temu zawartość żołądka wnęki mogła wylewać się do przestrzeni podprzeponowej. Co się tyczy umiejscowienia nowotworu żołądka w naszym przypadku, to należy ono do rzadszych, wiadomo bowiem, że w 80% rak żołądka zajmuje odźwiernik i część przyodźwiernikową. Czy usprawiedliwione były zabiegi powyższe? Zdaje się, że tak. Niestety, jako ultimum refugium, zadania swego, wobec daleko posuniętego wyniszczenia chorego, spełnić już nie zdołały.

Karbowski i Płoński: **Przyp. jednostronnego ropnego zapalenia opon.**

Pac. 30 kilkoletnia cierpiała na ropienie z pr. ucha od lat dzieciennych. Badanie w roku 1931 przez specjalistów wykryło przewlekłe ropienie na tle perlaka. Bezwzględnie wskazywania do zabiegu wówczas nie było. Przed trzema tygodniami w przebiegu grypy wystąpiły bóle głowy. Przed tygodniem chora wymiotowała i od tego czasu temp. wieczorami dochodzi do 39°; miała niejednokrotnie dreszcze. Chora zakwalifikowana została natychmiast do operacji. Stwierdzono zropiały perlak. Szranka zatoki esowatej była zmieniona. Po wykonaniu doszczętej operacji stan chorej się nie poprawił. Chora wieczorami miewała dreszcze, temperatura podniosła się do 40°. Badanie neurologiczne (Dr. Sterling) nie wykryło zmian ze strony układu nerwowego.

Wobec wyraźnych objawów, wskazujących na stan posocznicy, nakłuta została zatoka esowata, która zawierała żylną krew. W przypuszczeniu, że mamy u chorej do czynienia z przyściennym zakrzepem, podwiązana została żyła jarzmowa. Po podwiązaniu żyły jarzmowej temperatura spadła i dreszcze nie występowały więcej. Nakłucie łądzwiowe dało wynik normalny, płyn był klarowny.

Stan chorej nie poprawił się. Chora zaczęła bredzić, straciła przytomność i zmarła. Na sekcji wykryto ropień dużych rozmiarów w przestrzeni pajęczynowatej, który zajmował całą prawą półkole mózgową. Badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie makroskopowe, co do umiejscowienia ściślej sprawy ropnej.

Ropnie przestrzeni pajęczynowatej są trudne do rozpoznania. Utrudnia rozpoznanie częsty brak zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym. Przypadki tego rodzaju, wcześniej rozpoznane, nadają się do leczenia chirurgicznego. Ze względu na umiejscowienie i otorbielenie ogniska ropnego ropnie te powinny dać niezłe rokowanie. Nasz przypadek zasługuje na uwagę i z tego względu, że duże rozmiary ropnia dały objawy posocznicy ogólnej, co skierowało uwagę naszą w kierunku schorzenia zatok żylnych.

W rozprawie Bregman zastanawia się, dlaczego nie było wyraźnych objawów oponowych i jak właściwie należałoby rozpoznawać ropne sprawy w przestrzeni pajęczynówkowej? rzecz to jeszcze mało znana. Herman z danych przytoczonych przez prelegentów wnioskuje o odporności pajęczynówki, co stwierdza się również w przypadkach krwotoków podpajęczynówkowych, kiedy to pajęczynówka nie zostaje przerwana. Gdy chodzi o pojęcie procesu zapalnego, to nie może ono ograniczyć się ściśle do pajęczynówki, gdzie, jak

wiadomo, nie przebiegają naczynia, przestrzeń zaś międzypajęczynówkowa jest w warunkach fizjologicznych przestrzoną raczej tylko teoretyczną. W związku z podwiązaniem żyły jarzmowej w przypadku prelegentów, H. przytacza przypadek własny, gdzie tarcza zastoinowa utrzymywała się dłuższy czas, prawdopodobnie wskutek podwiązania tejże żyły. D w o r e c k i podkreśla, że w podobnych wypadkach chorobotwórczym zarazkiem jest streptococcus, który, jak wiadomo, odznacza się wyjątkową inwazyjnością. K o t s t a d t podkreśla trudności rozpoznania w danym wypadku, nie bacząc na wynik danych klinicznych i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Jednostronne, połowiczne, zapalenie opon miękkich (leptomeningitis) należy w każdym razie do schorzeń zupełnie wyjątkowych.

K a r b o w s k i w odpowiedzi uzasadnia słuszność rozpoznania, opierając się na danych klinicznych, które już poprzednio w kilku zaobserwowanych przez niego przypadkach potwierdziły istnienie omawianego schorzenia jednostronnego, a mianowicie zapalenia w przestrzeni pajęczynówkowej. P ł o ń s k i e r. z powodu wątpliwości wysuniętych przez oponentów co do możliwości ograniczenia się sprawy zapalnej jedynie do pajęczynówki, przypomina budowę anatomiczną opon w szczególności i wzajemne ustosunkowanie się ich warstw.

Karbowski i Płoński. Przyp. sekcyjny obcego ciała w lewym oskrzeli u 2-letniego dziecka.

Pac. 2-letnia rozplakała się podczas zajadania mandarynki. Nagle wystąpiła duszność i spazmatyczny kaszel. Sprowadzona do lekarza specjalisty w stanie ciężkim. Bez znieczulenia wprowadzona została rura bronchoskopowa. Obcego ciała nie udało się odnaleźć. Dziecko zostało skierowane do szpitala na oddział chirurgiczny, gdzie z powodu wzmagającej się duszności dokonana została tracheotomia. Stan dziecka pomimo założonej rurki stale się pogarszał. Zawieszany na oddziale chirurgicznym, zastałem dziecko z zaledwie wyczuwalnym tętnem, z wybitną sinicą. Na oddziale lar. wykonana została tracheoskopia dolna. Tchawica wypełniona była masą lepłą, twardniejącą. Po oczyszczeniu tchawicy okazało się, że taką samą masą włóknistą szczelnie wypełnione jest prawe oskrzele. Oczyszczenie prawego górnego oskrzela natrafiło na duże trudności wobec obrzęku śluzówki i zwężenia znacznego światła. Po kilku godzinach dziecko zmarło na skutek osłabienia działalności serca, pomimo zastosowania wszelkich środków, nie wyłączając wprowadzenia adrenaliny do komory lewej. Na sekcji kol. P ł o ń s k i e r stwierdził pestkę mandarynki w prawym głównym oskrzeli; światło jego nad obcym ciałem wypełnione było twardą masą włóknistą,

Jak wynika z nowszych statystyk obce ciało w oskrzelach u dzieci do 6 lat daje do 50% śmiertelności. Nawet w wypadkach, w których udaje się odnaleźć obce ciało i usunąć, to i wówczas jeszcze może nastąpić zejście śmiertelne, na skutek zwężenia światła oskrzeli i tchawicy i nieustępującej duszności po wykonaniu przecięcia krtani,

Sprawozdania z posiedzeń w marcu i kwietniu r. 1934.

Cytrynik. **Przypadek artropatii łuszczycowej.**
(Z oddz. St. Markusfelda).

P. M., lat 35; stwierdza się wykwitły łuszczycowe na uwłosionej skórze głowy, na czole, na paliczkach, na tułowiu i kończynach; jednocześnie zniekształcenie stawu łokciowego prawego z przykurczem palcowo-dłoniowych i paliczkowych prawych, kciuka i wskaziciela lewego, paluchowych obustronnie; zajęte palce ustawione szponowato, ruchy czynne i bierne ograniczone, bolesne. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdza się; odruchy ścięgniste wzmożone. Odczyny Wassermana, citocholowy — ujemne; gonoreakcja — ujemna; odczyn tuberkulinowy — ujemny.

Zawartość kwasu moczowego we krwi = 36 mgr ‰, mocznika = 0,28‰.

Przypadek dany jest przyczynkiem do zagadnienia t. zw artropatii łuszczycowej. Idzie o to, czy zmiany stawowe, jakie spostrzega się u łuszczycowych, należy traktować, jako współrzędne, czy też jako zmiany, należące do obrazu łuszczycy. Pojęcie artropatii łuszczycowej wprowadzili do literatury Bourdillor, Besnrer, pogłębili Nobl i Remenowsky; z polskich autorów mamy pracę Brunnera i Winnickiej. Z prac tych i innych autorów wynika, że zmiany stawowe mogą u łuszczycowych przebiegać w sposób utajony i tylko badanie roentgenologiczne wszystkich chorych łuszczycowych może te zmiany wykryć. Rochlin i Sckirmunsky wykryli w ten sposób w 39% chorych łuszczycowych zwężenie szpary stawowej, miejscami zniszczenie i zanik kości. Autorzy francuscy podają charakterystyczne cechy artrop. łuszczycowej: przewlekły charakter cierpienia, brak skłonności do powikłań sercowych, nieustępowanie objawów pod wpływem salicylu, niepomyślne zejście sprawy stawowej. Zorn, analizując zmiany w stawach, wykazuje ich analogję ze zmianami w skórze; analogję tę tłumaczy Zorn tem, że ten sam proces chorobowy atakuje i skórę i stawy, jako pochodne mezenchymy.

M e s z, uzupełniając przypadek, radzi tu zastosować naświetlanie rdzenia prom. R.. Fejgin zastanawia się nad etiologią tego cierpienia, uwzględniając czynnik infekcyjny—toksyczny, wzgl. sprawę gruźliczą. Czy w danym wypadku cierpienie stawowe należałoby wiązać z łuszczycą, czy też choroby te są tu współistniejące, trudno jest ustalić. Zasadniczo wszystkie tego rodzaju cierpienia stawowe możnaby ująć w jedną bardzo dużą grupę chorób, odmiany zaś schorzeń występują indywidualnie i trudno jest nieraz oddzielić jedne postaci od drugich. Cytrynik w odpowiedzi łączy etiologicznie cierpienia stawowe u łuszczycowych z łuszczycą, na którą ogół zapatruje się jako na cierpienie wrodzone, rodzinne i dziedziczne. Zorn ujmuje tę sprawę z punktu widzenia embriologicznego, mianowicie — ten sam czynnik chorobowy może wywołać zmiany w skórze i stawach, jako pochodnych mezenchymy.

M. Szour, R. Berman, Z. Celnikier. **Przyczynk do powstawania skrobiawicy w przebiegu gruźlicy płuc.** (Z oddz. G. Lewina).

Referenci przedstawiają 3 przypadki gruźlicy płuc. U jednego chorego rozpoznanie brzmi: *phthisis pulmonum cavitaria stationaris*; u II — *tbc. fibrosa densa*, a u III-go *phthisis pulmonum fibro-caseosa communis postpleuritica progrediens chronica. Abscessus frigidus*. I-y chory cierpi na gruźlicę w ciągu 3 lat, dziedzicznie obciążony; II-gi chory 5 lat, a III—8 lat. Po przeprowadzeniu wszelkich badań, a między innymi i na skrobiawicę według Bernholda, okazało się, że u I-go chorego stwierdzono skrobiawicę nerek, u II-go — skrobiawicę wątroby w stopniu wybitnym, a w znacznie mniejszym stopniu — śledziony, a u III-go, pomimo 8-mio letniego cierpienia, najmniejszych objawów skrobiawicy nie ustalono.

Referenci na zasadzie powyższego doszli do wniosków następujących:

1^o Skrobiawica, która dość często bywa skutkiem przewlekłej gruźlicy, nie wystąpiła po 8-ioletniej chorobie, jak w III przypadku, natomiast zaznaczyła się wybitnie w schorzeniu nerek, jak w I przypadku, czyli wnioskować można, że czas trwania choroby nie jest decydującym czynnikiem w powstawaniu skrobiawicy.

2^o w przypadku III-im toksyczne objawy były wyraźne, w przypadku I prawie nieobecne — czyli toksyczność w gruźlicy również nie wpływa decydująco na powstanie skrobiawicy.

3° w przypadku II mamy rozsiałą skrobiawicę, lecz zaatakowała ona głównie wątrobę; o ile chodzi o skrobiawicę nerek, to nie stwierdzono tu nawet obrzęków nóg, które są jakoby najwcześniejszym objawem skrobiawicy wogóle, zwłaszcza tego narządu.

4° Z punktów 1°, 2°, 3° wynika, że przypuszczalnie słuszną jest teza, że w powstawaniu skrobiawicy w przebiegu gruźlicy najbardziej decydującym momentem jest dyspozycja ogólnoustrojowa oraz narządowa.

W rozprawie Płońskiego omawia wagę czynnika dyspozycyjnego wogóle we wszystkich sprawach mezenchymalnych; szczególnie w skrobiawicy jest on ogólnie znany. Kobryner kwestjonuje rozpoznanie w przyp. 3-im z powodu braku stwardnienia wątroby. Na podstawie własnego doświadczenia K. nie przywiązuje większego znaczenia rozpoznawczego próbie Bernholda na amyloid. Landau sądzi, że sprawy skrobiawicze nerek należą do rzadkości i mogą występować tylko w chorobach bardzo długotrwałych. Zastanawiająca tu jest podana przez prelegentów ilość mocznika we krwi. Penson byłby skłonny przypuścić, że w przyp. I ma się do czynienia nie z amyloidozą, lecz zwykłą nerczycą. Należałoby tu głównie wziąć pod uwagę ogólny dobry stan chorego. Janowski wspomina, że opisują często skrobiawicę nerek w związku z myeloma multiplex, a niejednokrotnie w przebiegu szpiczaka występuje nawet i ogólna amyloidoza. Szour w odpowiedzi podkreślił, że przedstawiono tu 3 jaskrawe przypadki, które dowodzą, że decydującym czynnikiem w powstawaniu skrobiawicy jest dyspozycja ustrojowa i narządowa. Teza ta jest zupełnie nowa i w piśmiennictwie dotyczącem tej sprawy, uprzednio dokładnie przestudjowanem, nigdzie o tem wzmianki Sz. nie znalazł.

Sz. prosi Płońskiego o wskazanie źródła, w którym koncepcja ta byłaby wysunięta. Na uwagę Kobrynera Szour odpowiada, że wątroba w przyp. III-im jest wyjątkowo twardej spistości, a kol. Landauowi — że w stanach przejścia skrobiawicy nerek we wtórną marskość poziom mocznika we krwi może być wyższy od normalnego. Za skrobiawicą w przyp. I przemawiają wreszcie duże obrzęki, wyłączając głowę, duża zawartość białka w moczu przy skąpych elementach morfologicznych, niski ciężar gatunkowy moczu i dodatnia próba Bernholda. Dobry stan chorego, brak anemii, również przemawiają raczej przeciwko nerczycy.

M e s z i P i w k o Gigantismus partialis. Przypadek kily trzeciorzędowej ze zmianami w kośćcu. (Z oddz. A. S o ł o w i e j c z y k a).

Idzie tu o chłopca 15-letniego z kiłą wrodzoną, u którego wystąpiły w latach ostatnich zmiany w kończynie pr. dolnej, polegające na nadmiernem jej wydłużeniu (0,8 cm.) i zniekształceniu podudzia w sensie łukowatego jej wygięcia ku przodowi i środkowi (Crus antecurvatum et valgum). Rtg. uda, podudzia i przedramienia prawego wykazuje, że kości są zgrubiałe sklerotycznie, że jamy szpikowe częściowo zanikłe, wśród zgrubiałej corticalis zaś ogniska rozrzedzeniowe o budowie gąbczastej, które nie są niczem innym, jak ogniskami kilakowateimi.

Anatomopatologicznie jest to osteoperiostitis gummosa, a więc sprawą chorobową dotknięte są wszystkie składniki kości.

Wydłużenie kości goleniowej spowodowane jest podrażnieniem przez bodziec zapalny chrząstek przynasadowych, jako równoważnik zmian, występujących u noworodków w osteomyelitis syphilitica.

Przyczyna skrzywienia tkwi we wzmożonym wzroście przy nadmiernej miękkości kośćca; skrzywienie dlatego też tak długo postępuje, jak długo nie nastąpiły procesy reparacji i jak długo trwa wzrost chrząstek przynasadowych. Na podkreślenie w tym przypadku zasługuje fakt jednostronnego zniekształcenia kończyny, gdy z reguły zniekształcenie kończyn występuje obustronnie. Co się tyczy leczenia, to należy, według prelegenta, zastosować przede wszystkim leczenie antiluetyczne, operacyjnie zaś wkroczyć dopiero po zatrzymaniu się procesów rozrostu i pojawieniu się całkowitej reparacji.

W rozprawie R o t s t a d t dowodzi, że w danym wypadku nie ma się do czynienia z gigantismus partialis, lecz ze zmianami kostnemi, które w kile dziedzicznej zdarzają się dość często. Toteż zmiana nazwy przypadku na kiłę wrodzoną, późną, o przeważnie jednostronnem umiejscowieniu, byłaby tu zupełnie uzasadniona.

G a b a y o w a. Przypadek opryszczkowego zapalenia skóry Dühringa u dziecka. (Z oddz. St. M a r k u s f e l d a).

Przypadek ten jest ciekawy ze względu na to, że w całym dotychczasowym piśmiennictwie opisano zaledwie 7 takich schorzeń u niemowląt i 16-u dzieci w wieku od 3 — 15 lat.

Dziecko, liczące 1 rok i 3 miesiące, zostało przyjęte na oddział z powodu pęcherzy na tułowiu i kończynach, które to zaczęły się pojawiać na 2 tygodnie przed przybyciem do Szpi-

ta'a. Podczas pobytu dziecka w Szpitalu stwierdzono, że wykwity na skórze ukazują się napadowo, poprzedzane wysoką ciepłotą oraz swędzeniem skóry (dziecko ocierało się o pościel, o matkę), przy pomyślnym stanie zdrowia.

Stan ob.: Dziecko budowy prawidłowej i odżywienia dobrego. Na skórze brzucha, pośladków, kończyn górnych i dolnych spostrzega się na tle rozległych blaszek rumieniowych szereg pęcherzyków, rozsianych pojedynczo lub ułożonych gromadkami, wielkości grochu, napiętych, o zawartości przeważnie przezroczystej. Obok pęcherzyków, zachowanych w całości, spostrzega się nadzěrki pęknętych pęcherzykach żywo-czerwone wilgotne. Błony śluzowe dostępne badaniu nie wykazują zmian chorobowych. Gruczoły chłonne, pachwinowe wielkości małej fasolki, twarde, niebolesne, przesuwalne. W narządach wewnętrznych zmian patologicznych nie stwierdza się.

Morfologia krwi: b. c. 33300; cz. c. 5230; eozynofilji, limfocytozy niema. Mocz: leukocyty 8 — 12 w. p. w., krwinki 0—1 w p. w., bakterje Chlorków w moczu 6,72 gr. ‰.

Badanie i posiew zawartości pęcherzy okazały się jałowe.

Przedstawiony przypadek jest chorobą Dühringa, a przemawia za tem osutka wielopostaciowa, napadowy i przewlekły charakter schorzenia, wybitne swędzenie, przy ogólnym pomyślnym stanie zdrowia. Cechy te nie występują w Impetigo contagiosa bullosa, ani w Urticaria recidiva. Dotychczasowe poglądy na przyczyny powstawania choroby Dühringa dają się podzielić na 4 grupy: 1) teoria nerwowego pochodzenia, 2) pasorzytniczego, 3) samozatruciowego, 4) zaburzeń w gruczołach dokrewnych—nie wyświetlają dostatecznie istotnej przyczyny, która po dzień dzisiejszy pozostaje zagadnieniem otwartym.

Rokowanie jest zawsze poważne.

Leczenie: kąpiele, maść borno-kamforowa, heterohaemoterapia, zastrzyki Chininum Camphoratum, Calcium gluconatum i n. inn..

A. Graber. **Niezwykły przypadek przetoki pęcherzowo-jelitowej.** (Z oddz. A. Sołowiejczyka).

Przebiecie się odosobnionego ropnia otrzewny do prostnicy jest zjawiskiem dość częstym. Tą drogą właśnie następuje zwykle samowyleczenie sprawy zapalnej, to też wytworzona przetoka po względnie krótkim czasie ulega zamknięciu. Rzecz jasna, że tam, gdzie przyczyna sprawy zapalnej trwa, również i czas przetoki będzie wydłużony. Wydalanie treści zapalnej przez przetokę może być stałe lub okresowe. Gdy okresowo

przetoka ulega od czasu do czasu zamknięciu, aby w warunkach nasilenia się procesu otworzyć się ponownie w miejscu pierwotnego jej powstania, w *locus minoris resistentiae*, jak twierdzą niektórzy. Wytwarzanie się nowej przetoki, w zupełnie innym miejscu, jest zjawiskiem niezmiernie rzadkiem. Niezwykły przebieg podobnego cierpienia przedstawia przypadek następujący:

H. R., k., lat 34, Lkg. 1528 114 przybyła na oddział z powodu ostrej niedrożności jelit, z silnymi bólami brzucha i wymiotami. Stan taki trwa 3 dni. Napady niedrożności zdarzają się u chorej ostatnio dość często, nigdy nie były tak długotrwałe. Przed 15 laty, w kilka tygodni po zupełnie normalnym porodzie, po raz pierwszy atak silnych bóli brzucha z zaparciem, wymiotami i bardzo wysoką t^o. Po kilku tygodniach leczenia zachowawczego stan poprawy znacznej. W parę miesięcy została operowana. Z cięcia brzuszno wykonano zabieg na narządach rodnych (jaki, określić nie umie). W 6 tyg. po tym zabiegu ponowny atak ostrej sprawy zapalnej w jamie brzusznej, zupełnie podobny do pierwszego; w przebiegu tego nastąpiło opróżnienie się ropnia przez kışkę stolcową i wytworzyła się przetoka. Odtąd stale nasilające się z biegiem lat trudności w oddawaniu stolca, napady bólów w dolnej części brzucha i zupełny zanik menstruacji. Przed 3-ma laty wśród objawów ostrej sprawy zapalnej w jamie brzusznej, po kilkudniowej zupełnej niedrożności jelit chorej wypłynęła przez pęcherz moczowy duża ilość ropno-kałowej cieczy, poczem powstała trwała przetoka pęcherzowo-kışkowa. Teraz wraz z moczem wydala kał; poczuła, że wiatry odchodzą przez pęcherz, z stolcami zaś mocz. Mimo tej przetoki zaburzenia wydalania stolca wciąż się nasilały, bóle coraz częstsze a towarzyszyły im stale objawy teraz już niekompletnej niedrożności jelit (wiatry odchodzą przez pęcherz). Wobec wyżej opisanego stanu, chorą przed pół rokiem poddano operacji na prostnicy; krótkotrwała poprawa. Po kilku tygodniach stan, jak przed operacją. Napady niedrożności coraz częstsze, przyczem po dokładnem przeczyszczeniu i przemyciu prostnicy zawsze, jak dotąd, ustępują. Stan ogólny chorej staje się coraz gorszy (fizyczny, jak i psychiczny), znękana bólami zdradza zamiary samobójcze.

Stan obecny: Chora wyniszczona, budowy wątłej, prawidłowej. Skóra, sucha, pomarszczona, łłada z odcieniem szaro-zółtym. Śluzówki blade. Gruczoły chłonne — norma. Źrenice reagują, dobrze zarówno na światło, jak i na zbieżność. W płucach — opuk jawny, oddech pęcherzykowy. Serce — tony głuche, rytm miarowy. Tętno 84, słabo napięte. Brzuch wzdęty, wyraźna bębnica rozłana, bolesność na całej powierzchni,

stawianie się jelit. Język suchy, obłożony. W dolnej części brzucha w linii środkowej — blizna pooperacyjna, Krocze: pochwa i odbytnica oddzielone od siebie bardzo małym mostkiem skóry; otwór rzyci zniekształcony (blizny po zabiegu operacyjnym). W prostnicy: w odległości około 4-ch cm. od odbytu palec napotyka twarde, wałowate, okrężne zgrubienie, zmniejszające światło jelita, że i nawet opuszki palca do pozostałego otworu wprowadzić nie podobna. Pochwa wąska, tylna jej ściana zniekształcona i zgrubiała; szyja macicy krótka, sam trzon jej wraz z otaczającymi narządami wyczuwa się, jako twór jednolity, bardzo bolesny.

Rectoscopia: duże zwężenie bliznowate, twarde, począwszy od 5-go centymetra; śluzówka prostnicy nieznacznie obrzękła i przekrwiona; przez zwężone światło z trudnością przeprowadzić można cewnik Nr. 16. Jak wysoko sięga zwężenie, nie udało się stwierdzić.

Cystoskopia: pojemność pęcherza około 100 cm³; śluzówka o rysunku zatartym; na dnie szczególnie po prawej stronie — wybitny obrzęk (oedema bullosum); na szczycie widoczne zagłębienie o ciemnym wejrzaniu (jamka? przetoka?).

Rentg. bez zmian. W znieczuleniu miejscowym, cięciem wzdłuż brzegu mięśnia prostego po stronie lewej, od kości łonowej do pępka, otwarto otrzewnę. Stwierdzono: dolny odcinek jelita grubego nieruchomy wchodzi w skład zlepu jelit cienkich pęcherza, macicy i przydatków; zlepek jest bardzo mocny; pętle oboczne i pozostałe narządy jamy brzusznej bez zmian. Wobec tego, że oddzielenie zrostów, jelita i narządów obocznych wydawało się bardzo trudne, z obawy przed uszkodzeniem jelit, Gr. zaniechał odsłonięcia narządów rodnych. Po nacięciu krezki i uruchomieniu bardzo małej esicy wszyto jelito do rany brzusznej, tworząc rzyć biodrową. Stan pooperacyjny dobry. Nazajutrz zęgadłem Paklena utworzono jelito. Przebieg następczy bez powikłań. Po zabiegu wiatry przez pęcherz nie odchodzą; oddawanie moczu prawidłowe, przez kiszkę stolcową odchodzi rzadko i w małych ilościach. Po 2 tyg. wypisana z poprawą, z poleceniem zgłoszenia się po 2 miesiącach.

Uzasadnienie obranej drogi postępowania przedstawia się następująco. Gr. miał do wyboru łagodny zabieg, który właśnie wykonał lub odsłonięcie narządów rodnych, ewentualne wycięcie schorzałej pętli, wycięcie przetoki i uruchomienie grubego jelita, które, po usunięciu żeń części zwężonej, należałoby sprowadzić do fizjologicznego otworu rzyci. G. uważał, że zabieg ten jest zbyt złożony, aby można było go wykonać w jednym akcie, przyczem dla osłabionego organizmu chorej stanowi nawet w najlepszych warunkach groźne niebezpieczeństwo.

Należało także liczyć się z możliwością, że pewne etapy tego zabiegu mogą okazać się niewykonalne. Już oddzielanie mocno zrosniętych pętli jelit spowodowałyby mogło konieczność wykonania jednego lub nawet kilku zespołów. Krótkość jelita grubego, zwłaszcza esicy, która właściwie nie była tu wcale zaznaczona, jako zagięcie i bliski otworu rzyci początek zwężenia, pozwalają przypuszczać, że wycięcie schorzałej części spowoduje wielki ubytek jelita, który przez uruchomienie okrężnicy pokryć się nie da. Należałoby zatem liczyć się z koniecznością pokrycia braku tego drogą plastyczną bądź przez rozszczerzenie jelita grubego, co zdaniem Gr. może przeprowadzone być tylko teoretycznie, bądź też przez wyosobnioną pętlę jelita cienkiego. Wobec powyższego Gr. uważał, że zabieg ten dla chorej jest niekorzystny i dlatego zaniechał go.

Co do rokowania, to należy przypuszczać, że sztuczna rzyć spowoduje normalne opróżnienie się zawartości jelit, a zatem usuniętą zostanie przyczyna drażniąca, powodująca, jeżeli nie wyłącznie, to w znacznym stopniu, odczyn zapalny z tkanek ponad zwężeniem, stąd bowiem zawartość z jelita przedostaje się pomiędzy zlepy i do pęcherza. Wraz z usunięciem przyczyny drażniącej przetoka pęcherzowa winna samoistnie zamknąć się zupełnie. O przywróceniu drożności dolnego odcinka jelita grubego myśleć w tej chwili nie podobna. Po zupełnem wygaśnięciu sprawy zapalnej można będzie pokusić się o wykonanie zabiegu twórczego, którego celem byłoby przywrócenie normalnego stanu fizjologicznego.

A. Graber. Przypadek przetoki pęcherzowo-jelitowej w przebiegu raka esicy. (Z oddz. A. Sołowiejczyka).

Przetokę pęcherzowo-jelitową spostrzega się rzadko i poważnie w łączności z zapaleniem wyrostka robaczkowego kątnicy. Analogiczny przebieg kliniczny może być niekiedy spowodowany innem cierpieniem, czego dowodzi przypadek następujący:

A. Ch. P., m., lat 63, Lkg. 4386/646, przybył na oddział z powodu wydalania moczu przez kiszkę stolcową jednocześnie z kałem. Przed 7 tygodniami zauważył trudność w oddawaniu moczu. Częste porywy przy stałym zaparciu stolca. Przed 2 tygodniami po raz pierwszy mocz w stolcu, przyczem każdemu wypróżnieniu towarzyszą silne bóle w okolicy nadłonowej. Bóle te zjawiają się również niezależnie od wypróżnień. W ostatnich dniach nudności, zrzadka wymioty. Osłabienie coraz większe.

Stan w chwili przybycia. Chory przytomny, budowy prawidłowej, odżywienie upośledzone, śluzówki blade, skóra blada i sucha. Płuca: odgłos jawny, w dolnych częściach pęcherzykowy, wydech wydłużony. Serce: granice normalne, tony głuchawe, akcja miarowa, tętno 84. Brzuch nieco wzdęty. W prawym dole biodrowym nacieczenie twarde, bolesne, wielkości pięści; wyraźne ruchy robaczkowe kiszek. Podczas oddawania moczu przez cewkę odchodzą wiatry, mocz znajduje się także w kale. Po zastosowaniu proteinoaterapii guz zmniejszył się, przetoka pęcherzowa uległa zamknięciu i chory zaczął oddawać mocz czysty. Stawianie się jelit występuje okresowo. Innych objawów niedrożności nie stwierdzono. Po 2 tygodniowej poprawie znów pogorszenie. W końcu 3-go tygodnia ostry atak niedrożności, wobec czego przystąpiono do zabiegu. Cięcie skośne nad prawym talerzem biodrowym. Wyrostek w mocnych zrostach. Oddzielono go u podstawy, kikut zaopatrzono sposobem zwykłym, poczem rozpoczęto wyłączenie ze zrostów. Po odsunięciu pętli jelit cienkich dotarto do guza, który, jak się okazało, wychodzi z esicy mocno przyrośniętej do otrzewny ściennej i pęcherza moczowego. Ze względu na ciężki stan chorego uruchomiono esicę, wszyto ją do rany powłok po dokonaniu dodatkowego cięcia ze strony lewej, tworząc przetokę kałową. Część esicy, zmienioną nowotworowo, pozostawiono, nie oddzielając jej od pęcherza. Stan pooperacyjny niezły. Na trzeci dzień po zabiegu chory dostał nagle silnego krwotoku płucnego i w parę godzin zmarł.

Stwierdzono więc w danym przypadku nowotwór złośliwy kiszki grubej przerastający na pęcherz, w przebiegu którego wytworzył się ograniczony ropień otrzewny. Ropień ten otworzył się do pęcherza, przyczem powstała przetoka pęcherzowo-kiszkowa. Sprawa zapalna uległa likwidacji, pozostało jednak cierpienie pierwotne — guz, który w dalszym swym rozwoju sprowadził niedrożność jelit. Samoistne zamknięcie się przetoki pęcherza w przebiegu nowotworu jest zjawiskiem bardzo rzadkiem i z tego powodu G r a b e r uważa za słuszne przedstawić powyższy przypadek, jako szczególną postać kliniczną.

M e s z i B e r l a n d. **2 przypadki przymiotu wrodzonego.** (Z oddz. St. Markusfelda).

Dla podkreślenia ważnej roli badań radiologicznych w przebiegu przymiotu wrodzonego przedstawiano rentgenogramy 2-ch przypadków.

Pierwszy dotyczy 8-miomiesięcznego dziecka matki, dotkniętej przymiotem od lat 6-ciu, niedostatecznie leczonej.

Urodziło się z sapką. W 6-y m miesiącu życia niemowlęcia zaczęły pokazywać się guzy na szyi, czole, na palcach rąk i nóg.

Prawa kość łokciowa: zgrubienie wyrostka łokciowego, rozdęcie odcinka odśrodkowego kości łokciowej prawej ze zgrubieniem okostnej i z dużym rozrzedzeniem w środku rozdętej części. Podobne zmiany mniej wyraźne stwierdza się w kości łokciowej lewej.

Kości promieniowe: nieznaczne zgrubienie końców dośrodkowych, znaczne odśrodkowych połów — ze zgrubieniem okostnej i rozrzedzeniem szpiku kostnego — po stronie prawej, mniejsze rozrzedzenie szpiku po stronie lewej z ubytkiem kostnym po stronie wewnętrznej — z powodu przebiccia warstwy zbitej.

Środkowa kość lewego śródreżca, podstawowy paliczek środkowego palca i środkowy wskaziciela są rozdęte kielbasowato, o budowie plamistej.

Na stopach stwierdza się rozdęcia I kości prawego śródstopia, IV kości lewego śródstopia i I paliczka lewego palucha (Periostitis ossificans, osteomyelitis gummosa).

Drugi przypadek dotyczy ośmioletniego chłopczyka, który kończy obecnie trzeci okres leczenia przeciwprzymiotowego.

Przed dwoma laty — mięszsowe zapalenie rogówek.

Rentgenogram kości długich: Stan kolanowy lewy niekształcony, linje nasadowe zachowane, nasada kości piszczelowej ma kształt stożka, główka kości strzałkowej nie dochodzi do nasady kości piszczelowej, rzepka mała, nierówna.

W stawie łokciowym lewym wyrostek łokciowy — zwłaszcza w okolicy wcięcia — zmieniony, szpara szeroka; główka kości promieniowej — rozdęta.

M. Wolf. Przypadek tęcza, leczonego metodą Dufour'a. (Z oddz. Wl. Sterlinga).

J. Z., lat 12, przybył 6.IV r. b. 4-go. IV zaczął się uskarżać na bóle w brzuchu; po środkach przeczyszczających stolca nie miał, t.^o 39,2°. Następnego dnia w południe zauważono, że kk. gg. i dd. zesztyniały i wyprężyły się, kark zesztyniał, chory nie mógł poruszać głową, usta zacisnęły się zupełnie, chory nie mógł przyjmować pokarmów, chciał pić, ale nie mógł. T^o ponad 39°. W tym stanie został sprowadzony do szpitala. Przed 6 tygodniami, gdy biegł boso po ulicy, skaleczył się drutem w lewą stopę. Zawsze był zdrow, gdy miał 6 tygodni przechodził operację przecięcia ropnia nad lewym oczodołem.

St. ob.: Wzrost, odpowiadający wiekowi; nad lewym oczodołem blizna; gruczoły chłonne pachwinowe i szyjne drobne. Narządy wewnętrzne bez zmian. Stan podgorączkowy. Tętno 102, miarowe, miernie wypełnione. Chory sztywny, dolne kończyny maksymalnie wyprostowane, górne kk. zgięte w stawach łokciowych i nadgarstkowych i ułożone na klatce piersiowej. Mm. karku silnie napięte, usta zaciśnięte, przy otwieraniu ust widać zaciśnięte maksymalnie zęby. *Risus sardonius*. Mm. żwacze bardzo napięte. Nn. czaszkowe, kk. górne i dolne poza tem bez zmian. Odruchy okostnowe i ścięgniste na kk. gg. zachowane. Abd. nie udaje się wywołać z popodu b. silnie napiętej muskulatury brzucha. Cremaster + z obu stron. PR +, żywe z obu stron; AR +, żywe z obu stron; Podeszwowe — flexio plantaris. Rossolimo —. Czucie + prawidłowo zachowane. Przy uderzeniu jakimś przedmiotem o łóżko chory wypręży się. Mocz, krew i t. d. — bez zmian. Płyn mózgowo-rdzeniowy bezbarwny, przezroczysty, bez pleocytozy. Białko + 0,16^{0/100}, Wassermann — ujemny. Chory otrzymywał ławatywy z chlorałhydratu 2 razy dziennie, hypodermoklizy z płynu fizjologicznego 2 razy dziennie, zastrzyki domięśniowe 25% roztworu Magnesii sulfur. 2 razy dziennie oraz dokonano nakłuc łędźwiowych w uśpieniu chloroformowem z wlewaniem do kanału kręgowego za każdym razem 2 flakonów surowicy przeciwtężcowej (po 10 cm.³), t. j. po 5000 jednostek międzynarodowych = 40 jednostkom niemieckim. Po 7 wlewaniach surowicy przerwano dalsze ze względu na wystąpienie choroby posurowiczej i silnego odczynowego podrażnienia opon. W 8 dni po przybyciu na oddział stan chorego zaczął się poprawiać, sztywność w kk. zaczęła się zmniejszać; w 12 dni po przybyciu zaczął otwierać szerzej usta i łykać. Stan chorego coraz bardziej się poprawiał, napady kurczów tonicznych ustąpiły. Obecnie jest zdrow (od 30 IV b. r.).

Analizując powyższy przypadek, widzimy, że w b. ciężkim przypadku tężca kombinowana metoda Dufour'a z iniekcjami Magnes. sulfur. i środkami uspokajającymi dała zupełne wyleczenie chorego.

W rozprawie R o t s t a d t poruszył zagadnienie leczenia tężca wogóle, przyczem podkreśla, że doszedł na podstawie b. wielu własnych spostrzeżeń podczas wojny światowej do wniosku, że surowica przeciwtężcowa, stosowana po wystąpieniu objawów chorobowych, niema żadnego znaczenia istotnego w leczeniu. Potwierdzają to bardzo liczni autorzy. Gdy objawy choroby występują na 11—12 dzień po zakażeniu tężcem, to choroby wogóle mają wszelkie szanse wyzdrowienia, a im później występują pierwsze objawy, tem pewniejsze jest utrzymanie

chorych przy życiu. W danym wypadku i tak nastąpiłoby u dziecka wyleczenie przy stosowaniu zwykłych lawatywek z chloralhydratu i t. p. zabiegów i leków, hamujących drgawki. W ostatnich czasach niektórzy autorzy zachwalają wyniki stosowania awertyny. Lubelski kładzie głównie nacisk na leczenie zapobiegawcze surowicą, co też jest szeroko stosowane na oddziałach chirurgicznych i ma pierwszorzędne znaczenie w warunkach pracy na wojnie.

Mesz i Piwko. Przypadek złamania kręgu obrotowego. (Z oddz. A, Sołowiejczyka),

Pokaz chorej, która w zamiarach samobójczych skoczyła z 4-go piętra. Na skutek upadku nastąpiło złamanie kręgu obrotowego w ten sposób, że ząb złamał się u podstawy pozostając na miejscu, trzon zaś złamany u nasady łuku, zwicznął się do przodu. Prelegent, podkreślając niezmierną rzadkość tego złamania wogóle, a w szczególności jego szczęśliwe zejście, omówił przypuszczalny jego mechanizm.

Leczenie polegało na zastosowaniu kołnierza Schanza, składającego się z bandażu i waty. Kołnierz taki wywołuje łagodną ale stałą ekstenzję, unieruchamiając jednocześnie szyję.

Wynik leczenia okazał się znakomity. Repozycja idealna.

J. Rosenblatt. Przyczynek do etjologii schorzeń wyrostka robaczkowego. (Z oddz. A. Wertheima).

Obce ciała w wyrostku znajduje się względnie często podczas operacji. Jednakże przypadek, który R. referuje, zasługuje na uwagę ze względu na rodzaj ciała obcego.

R. M., lat 48, przybyła na oddział z powodu silnych bólów w okolicy wyrostka. Bóle te trwają od 3-ch miesięcy, wystąpiły bez wiadomej przyczyny i stale się nasilają. Charakter bólów był typowy dla schorzeń wyrostka. Temperatura przez cały czas była względnie niska (do 38°). Od czasu do czasu nudności. Stolce normalne. Zdjęcie Rtg. wykazało cień w okolicy kątnicy, nasyceniem odpowiadający metalowemu tworowi w rodzaju gwoźdźnika. Miejsce to rentgenolog (Mesz) rozpoznał, jako światło wyrostka wypełnionego resztką barytu. Operacja w dniu 4 kwietnia. Po otwarciu brzucha stwierdzono b. nacieczoną i zgrubiałą kątnicę z wtopionym, rozpulchnionym, b. zgrubiałym wyrostkiem. Usunięto wyrostek od podstawy. W pewnym momencie oddzielania wtopionego wyrostka, wyłonił się ze światła wyrostka twór, który po wyjęciu okazał się szpilką, otoczoną kamieniem kałowym. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

K a r b o w s k i. Przypadek plastycznej operacji nosa.

Chora przybyła na oddział z powodu niedrożności nosa. Badanie stwierdziło siodełkowaty kształt nosa. Wziernikowaniem stwierdzono skrzywienie przegrody i znaczne zgrubienie u nasady. Jak wynikało z wywiadów zniekształcenie nosa jest następstwem urazu. Po wykonaniu operacji na przegrodzie nosa, chrząstkę wycięto (przechowano czasowo w roztworze fizjologicznym). Przez cięcie wewnątrznosowe odluszczone została skóra i tkanka podskórna od ochrząstnej i okostnej grzbietu nosa. Chrząstka, przechowywana w soli fizjologicznej, została odpowiednio dopasowana pod względem kształtu do rozmiarów wklęsnięcia grzbietu, wprowadzona do utworzonego kanału. Cięcie skóry od strony nosa zostało szwem jedwabnym zeszyte. Kształt nosa obecnie jest prawidłowy.

K a r b o w s k i. Przypadek posocznicy usznego pochodzenia, powikłany ropniem płuca, z zejściem pomyślnem.

15 l. dziewczynka przybyła na oddział w stanie ciężkim z powodu ropnego zapalenia wyrostka sutkowego, z wysoką b. ciepłotą, pod prawą żuchwą powiększone, b. bolesne gruczoły; głowę chora trzymała przekrzywioną w stronę prawą, nieruchomo. Badanie ucha wykryło ropną sprawę przewlekłą, obostrzoną. Badanie rentgenologiczne kręgów szyjnych nie wykazało zmian. Wykonana została operacja doszczętna. wobec stwierdzonych zmian na ścianie zatoki, a wobec ujemnego wyniku nakłócia zatoki esowatej podwiązana została żyła szyjna powyżej żyły twarzowej wspólnej. Po zabiegu temp. spadła nieco, stan chorej jednak mało się poprawił. Wobec zmian ze strony płuc, stwierdzonych przez kol. Landaua, dokonane zostało zdjęcie klatki piersiowej. Stwierdzono dwa ropnie płuc. Leczenie (kol. Landau) emetyną dało po kilku tygodniach znaczną poprawę i po 2 miesiącach zupełne wyleczenie.

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 nie będą 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.

L. Lipszowicz. Psychiczne odruchy podbródkowe oraz stosunek ich do odruchu Flataua. *A. Graber.* O leczeniu zakrzepowego zapalenia żył kończyn dolnych zastrzykami uniedroźniającymi. *J. Wobl.* W sprawie samoistnego krwawienia podpajęczynówkowego. *S. Guzman.* Leczenie ran wiotkich (atonicznych) jako zagadnienie fizjoterapeutyczne. Sprawozdania z posiedzeń naukowych (1933/34).

Sommaire.

L. Lipszowicz. Les réflexes mentonniers psychiques et leur relation au réflexe cornéomentonnier de Flatau. *J. Wobl.* Sur les hémorragies spontanées sousarachnoidiennes. *A. Graber.* Le traitement de thromboembolites par injections sclérosantes. *S. Guzman.* Le traitement des plaies atoniques comme question de physiothérapie. Comptes rendus des séances cliniques (1934).

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **L. Bregman, G. Lewin, M. Lubelski,
L. Lubliner, J. Szwajcer.**

Adres Redakcji i Administracji.

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

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

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU