

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

ZAŁOŻONY PRZY WYBITNYM WSPÓŁDZIAŁE

H. ALTKAUFERA, M. BORNSTAJNA, L. BREGMANA, E. FLATAUA,
ST. KLEINA, L. KRAUZEGO, M. LUBELSKIEGO, L. LUBLINERA,
G. LEWINA, ST. MARKUSFELDA, N. MESZA, A. NATANSONA,
J. ROTSTADTA, A. SOŁOWIEJCZYKA, WŁ. STERLINGA, A. WIZLA.

GEOPHYLLIN

diureticum cardiale

NIE ZAWIERA RTĘCI
MAKSYMALNIE ROZSZERZA
NACZYNIA WIĘNCOWE
SPROWADZA POTĘŻNĄ
DIUREZĘ

DUSZNICA BOLESNA
NIEDOMOGA SERCA
i NARZĄDU KRĄŻENIA
OBRZĘKI pochodzenia nerko-
wego, sercowego, wątrobowego.

OPAKOWANIA:

Geophyllin intramuscular.

pudełka 5 amp. po 0,48 w 2 ccm.

Geophyllin intravenos

pudełka 5 amp. po 0,24 w 10 ccm.

Geophyllin tabletki.

rurki po 10 tabl. a 0,10 gr.

Geophyllin pulvis.

do receptury.

Fabryka Chem. Farm. „g e o” Warszawa, Żelazna 56

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

WARSZAWA :: :: 1938

Właściwa droga
leczenia zaburzeń jajnikowych



OESTRIN
KLAWE

Tabl., amp., fiołki, proszek

PRZEMIANA MOCZANOWA

WYRAŹNIE ZAZNACZĄC NAZWĘ



**PIPERAZYNA
MIDY**

FARM. ZAKŁ. PRZEMYSŁOWE
A. L. WIENIEWICZ
WARSZAWA, GRZYBOWSKA 88

PRZY OGÓLNYM WYCZERPANIU USTROJU, STANACH PRZEMĘCZENIA FIZYCZNEGO I PSYCHICZNEGO, NEURASTENII, HISTERII, NIEMOCY PŁCIOWEJ

CZŁOWIEK STAJE SIĘ PODOBNY DO ŚLIMAKA



ZASTOSOWANIE WÓWCZAS NASZEGO
NOWEGO PREPARATU

TRITONINY - ASMIDAR

DLUKON, STRYCHNINY DWUGLICEROFOSFORANU SODU I DWUMETYLOARSENIANU SODU W POSTACI AMP. DO WSTRZYK. PODSK. I DOMIĘSN.

USUWA NATYCHMIAST
TEN PRZYKRY STAN

WSTRZYKIWANIA BEZ WZGLĘDU NA SERIE, ZUPEŁNIE NIEBOLESNE

OPAKOWANIE

PUDEŁKA O ZAWARTOŚCI 10 AMP. SERII I, II I III ORAZ
PUDEŁKA PO 30 AMP., ZAWIERAJĄCE I, II I III SERIE

A S M I D A R

W A R S Z A W A

GRZYBOWSKA 88

PASSIFLORIN

Standaryzowane wyciągi ze specjalnie hodowanych roślin

WYBITNY ŚRODEK USPOKAJAJĄCY

ZWALCZA WSZELKIE ZABURZENIA UKŁADU NERWOWEGO

Wskazania: Neurastenia, przemęczenie nerwowe, stany lękowe, bezsenność na tle nerwowym, nerwice serca i żołądka, zaburzenia nerwowe w okresie pokwitania, miesiączki i przekwitania.

HEPAMUSCOL

WYCIĄG ZE ŚWIEŻEJ WĄTROBY CIEŁĘCEJ POŁĄCZONY Z WYCIĄGIEM Z MIĘŚNI WOŁU

pobudza czynności układu krwiotwórczego, wzmacnia hemopoezę i siły obronne ustroju, powoduje szybką poprawę stanu ogólnego.

WSKAZANIA:

Wszelkie postaci niedokrwistości, wyczerpanie. Okres zdrowienia przy chorobach zakaźnych. Gruźlica.

DAWKOWANIE:

Dorośli: 3 razy dziennie po 1—3 łyżek stołowych. Dzieci: odpowiednio mniej.

L. NASIEROWSKI

CHEM. FARM. ZAKŁADY PRZEMYSŁ.-HANDL.
WARSZAWA 22, UL. KALISKA 9.

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE
WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

101641
II
17(1938)

Z Oddziału Terapii Fizycznej.
(Kierownik: J. Rotstadt).

Biblioteka Jagiellońska



1003046709

O wybitnej roli terapii kąpielowej w leczeniu klinicznym niektórych chorób układu nerwowego.

PODAŁ

A. Krakowski.

Spostrzeżenia nad dodatnim wpływem leczniczym letniej, cieplej i coraz gorętszej kąpeli w stanach pośpiączkowych¹⁾, które poczyniłem na oddziale d-ra J. Rotstadta, stały mi się zachętą do systematycznego stosowania tych zabiegów fizjatrycznych również i w niektórych innych schorzeniach układu nerwowego.

Podaję tu jednak w krótkim zarysie jedynie wyniki tych spostrzeżeń na oddz. d-ra Rotstadta, które ze względów praktycznych należy szczególnie podkreślać.

Metody postępowania wodoleczniczego, stosowanego na ogół słusznie w coraz szerszym zakresie i w zakładach specjalnych, sanatoriach i uzdrowiskach, wymagają dziś pod wielu względami rewizji oraz nowej, współczesnej oceny z punktu widzenia zagadnień klinicznych. Wiele zabiegów ordynuje się bez dostatecznej klinicznej podstawy, w poszczególnych przypadkach nazbyt szablonowo, niekiedy bez istotnej korzyści dla chorego.

1) A. Krakowski: Ciepła i gorąca kąpiel w leczeniu stanów pośpiączkowych. (Z oddz. fizyk. terapii w Szpitalu na Czystem. — Warsz. Czasop. Lek. Rok 1935, nr. 39).

Mam tu na myśli w pierwszym rzędzie zakorzeniony zwyczaj stosowania niezmiennie zimnej - chłodnej kąpeli, zimnych natrysków, zimnych rozcierań, jako nieodzownych niemal w każdym cierpieniu o charakterze czynnościowym, a niekiedy i w niektórych schorzeniach organicznych.

A wiemy dzisiaj, że granica między czynnościowym a organicznym cierpieniem jest w istocie — w pojęciu patologii — coraz węższa.

Stąd zasadnicza reforma w sprawie odpowiedniego normowania temperatury zabiegów wodoleczniczych powinna w pierwszym rzędzie znaleźć zastosowanie w patologii układu nerwowego. Decydującą wagę tego podkreśla dziś już wielu badaczy. Potwierdziły to również spostrzeżenia oddziały już i dawniej, zarówno w t. zw. schorzeniach czynnościowych, jak i organicznych zespolach chorobowych.

Spostrzeżenia własne pozwalają mi podać następujące praktyczne wnioski. Przed zabiegiem wodoleczniczym — szczególnie pierwszym — należy przede wszystkim ustalić, jaka jest ogólna tolerancja chorego, w jakim stopniu wzmagają się lub opada wrażliwość naczynioruchowa pod wpływem powyższych zabiegów, a więc sprawdzić, czy reakcja wodolecznicza jest normalna. A gdy nie, to w jakich warunkach udaje się ją wywołać i utrwalić. Następnie — należy wśród zabiegu dbać również o wpływ jego na ogólne samopoczucie a nie tylko o miejscowe działanie. Wreszcie należy oczywiście zawsze krytycznie ocenić ostateczny wynik, aby móc ułożyć dalszy, słuszny plan postępowania wodoleczniczego.

Nieodpowiednie zastosowanie zabiegu — zbyt zimnego, o wodzie chłodnej, za mało ciepłej — niekiedy wzmagają jeszcze bardziej nasilenie dolegliwości i przedmiotowe objawy choroby. Tak więc najważniejszym czynnikiem w zabiegu wodoleczniczym jest odpowiednia temperatura wody; od jej stopnia zależy przede wszystkim wynik leczniczy kąpeli wodnej, a zawsze w stopniu znacznie większym, niż od tych lub innych mineralnych składników naturalnych, względnie sztucznych, włączonych do wody kąpeli.

Bodziec termiczny wodoleczniczy, niewłaściwie zastosowany, może spowodować bardzo niepożądane powikłania. Stąd też w każdym przypadku wskazana jest ścisła indywidualizacja wodnej terapii termicznej. Szczególnie - podkreślamy jeszcze raz -

utarte szablony teoretyczne i praktyczne w ordynacji zimnych i chłodnych zabiegów muszą być bezwzględnie zaniechane. Doświadczenie wskazuje, że osobnicy, dotknięci cierpieniem czynnościowym, bardzo często ujemnie reagują nie tylko na zimne zabiegi wodolecznicze, ale i na chłodne — letnie; niektórzy w ogóle źle je znoszą. Rzekoma poprawa, o której się w tych przypadkach często słyszy, polega raczej na sugestii, a nie na poprawie przedmiotowej. Zabiegi chłodno-letnie, z uporem często stosowane przez fanatyków takiej kuracji, powodują u wielu nie tylko chwilowe sensacje przykre, ale mogą wywołać i na czas dłuższy znaczną i długotrwałą ujemną reakcję w postaci ogólnego osłabienia, bólów mięśniowych, łamania w kościach, a niekiedy nawet podniesienia ciepłoty ciała. Swoista — bardzo żywa — wrażliwość chorych „czynnościowych“ prowadzi często i do nasilenia objawów przedmiotowych, — wzmożeniu ulegają odruchy ścięgniaste i okostnowe, nasila się drzenie, chwiejność naczynioruchowa, ponadto u wielu wzmagają się lęk, niepokój, popędliwość i t. p. stany patologiczne afektu.

Stąd też chorzy niekiedy sami zmuszeni są prosić, ażeby zaprzestano wreszcie stosowania im zabiegów zimnych, chłodnych, letnich, czują bowiem, że im raczej szkodzą, niż pomagają. Niestety, często niesłusznie nie zwraca się uwagi na skargi chorego; ustalony szablon znajduje nadal szerokie zastosowanie.

Tak, jak postępowałem w badaniach nad wpływem bodźców termicznych na różnorodne powikłania pośpiączkowe, tak i tu również rozpoczynałem od kąpeli letniej - cieplej, podnosząc stopniowo temperaturę wody. Między innymi łatwo się można było przekonać, że kąpiel wodna ciepła, w granicach 36° — 37° C., wywiera dodatni wpływ na schorzenia czynnościowe (jak neurastenia, histeria, psychastenia, stany lekowe itp.). Sprowadza ona tu zawsze znaczne uspokojenie chorego, zmniejsza w sposób b. wydatny nasilenie poszczególnych objawów chorobowych, o których wyżej wspominałem.

Tu sześciotygodniowy okres leczenia — przy 3-ch — 4-ch ciepłych kąpielach tygodniowo — 10—20 -minutowych — dawał b. często zupełnie zadowalające wyniki i wracał chorym sprawność zawodową.

Jeszcze bardziej nie nadają się do chłodno-letnich zabiegów wodoleczniczych choroby z organicznymi schorzeniami układu nerwowego, ośrodkowego i obwodowego.

Wrażliwość na zabiegi te — nie tylko ogólna, lecz i miejscowa — jest u tych chorych z a w s z e bardzo żywa i w wyniku ujemna. — W stwardnieniu wielogniskowym zanurzenie do zimnej wody jednej tylko kończyny powoduje jej zabarwienie sinawe, nasila szybko ogólne osłabienie, wzniaga drżenie zamiarowe, jeszcze bardziej odruchy, pogarsza też ogólne samopoczucie.

Ze względu na tak żywy, gwałtowny, odczyn ogólny już i pod wpływem miejscowego zabiegu, nie zanurzałem nigdy tych chorych do pełnej kąpieli chłodno-letniej w obawie odczynu zbyt gwałtownego i szkodliwego.

Już kilkusekundowy natrysk chłodny, zastosowany próbnie u dotkniętego stwardnieniem rozsianym, przykuwał go na kilka dni do łóżka.

Następujące schorzenia organiczne były głównie przedmiotem naszych spostrzeżeń w terapii klinicznej wodoleczniczej i badaniu jej doświadczalnym — (poza parkinsonizmem pośpiączkowym). — A mianowicie: zapalenie wielonerwowe (tu często — pomimo badań pomocniczych — etiologia pozostawała niewyjaśniona), rwa kulszowa (tu przypadki uporczywe, leczone poprzednio wdłg. innych metod), obwodowe porażenia nerwów, pourazowe, toksyczne, zapalne, między innymi nerwu twarzowego (leczone pomyślnie też i łagodnymi natryskami parowymi),—różnego rodzaju postaci czucia opacznego (bez wyraźnego zespołu chorobowego),—niedowładności połowicze, jamistość rdzenia i wreszcie — tak częste — stwardnienie wielogniskowe.

Rzecz zbędna przytaczać tu poszczególne historie chorób. Podkreślę tu zaraz jedno zjawisko — stale łagodzący wpływ pełnej kąpieli cieplej na poszczególne objawy w wymienionych organicznych zespołach oraz na niewątpliwie przyspieszający zdrowienie w poszczególnych przypadkach. A dodatni wpływ leczniczy trwa tu nie tylko w czasie samej kuracji, lecz również i czas dłuższy po niej, stąd wskazane jest tu okresowe stosowanie hydroterapii.

W schorzeniach wymienionych układu nerwowego stosowaliśmy temperaturę wody kąpieli od 36 — 39°C o ile nie było spe-

cyjnych przeciwwskazań; w niektórych tylko przypadkach zapalenia wielonerwowego i stwardnienia wieloogniskowego podnosiśmy ją do 40°. W uporczywych przypadkach poprawa następowała zwolna, ale wyraźnie.

Nie wdając się bliżej w rozstrząsanie istoty tego działania dodatniego, należy jednak podkreślić, że zabiegi ciepłe-gorące mają między innymi wybitne znaczenie resorbcyjne, a sprzyjają niewątpliwie wydalaniu jądów organicznych i nieorganicznych z moczem i potami. Ponad to zabiegi ciepłe i tu powodują podstawowe zjawisko dodatnie—przekrwienie czynne; to z kolei działa bakteriobójczo, a stąd dodatnio na nacieki zapalne, sprzyjając szybszemu ich wchłanianiu. Przekrwienie czynne ma tu znamienny wpływ na zmniejszenie bólu i parestezji bólowych. Wskazane zjawiska kojące następują niekiedy już w bardzo szybkim tempie.

Dla ilustracji niezwykle korzystnego wpływu ciepłych-gorących zabiegów kąpielowych przytoczymy niektóre tylko spostrzeżenia; były to przypadki w przebiegu klinicznym najcięższe.

Choty — lat 26 — zaniemógł przed 6 laty. Dawniej zdrow. Kilka miesięcy przed wystąpieniem pierwszych objawów choroby uległ był ogólnej kontuzji — strącono go ze znacznej wysokości na piaszczysty grunt.

Kilkanaście dni trwały po tym bóle, zwł. w plecach. Wypadek ten stał się — prawdopodobnie — czynnikiem, wyzwalającym późniejsze poważne cierpienie nerwowe. Już po kilku miesiącach wystąpiło drętwienie w p. k. dolnej i stopniowo narastające jej osłabienie; po niedługim czasie osłabła znów i lewa. Odtąd sprawa powoli — ale stopniowo — postępowała; osłabły k. k. górne, — prawa wcześniej. Zmieniała się mowa. Równocześnie z osłabieniem k. k. dolnych nastąpiły zaburzenia w narządzie wydalania. Chód stał się trudny.—Stale się leczył. Samoistnych remisji, poprawy — po różnych lekach — nie było.

Przed 6-ciu mies. zgłosiła się na oddz. d-ra R o t s t a d t a. Badanie ustaliło stwardnienie rozsiane — mowa skandowana; oczopląs poziomy; drżenie zamiarowe w k. k. górnych; obustronna dysmetria w próbie palec — nos; odruchy; brak brzusznych. Chód o lasce, wybitnie spastyczny. Obustr. objaw B a b i Ń s k i e g o i R o s s o l i m o. Uporczywe zaparcia stolca i moczu. —

Rozpoczęto fizykoterapię na oddz. d-ra R o t s t a d t a, — zastosowano systematyczne kąpiele od t° 38°C, podnosząc je powoli o 1° do 41—42°C. Kąpiele te, gorące, chory nosił b. dobrze. Tuż po kąpielach objawy spastyczne w kkd. tak się zmniejszały, że mógł wnet lepiej chodzić. Stosowano 2—3 gorące kąpiele tygodniowo. Po każdej objawy wzmoczonego napięcia mięśni wyraźnie zmniejszały się, a podkreślić należy, że w tym okresie żadnej innej kuracji nie stosowano. — Po 18 — 20 kąpielach nastąpiła nie tylko poprawa subiektywna, lecz chód stał się znacznie łatwiejszy; ustąpiły b. uporczywe i dokuczliwe zaburzenia w czynności narządów wydalania; napięcie mięśniowe w kk. dolnych zmniejszyło się w stop-

niu tak znacznym, że chodzi bez oparcia, nie ociera jednej kończyny o drugą i bez zmęczenia może przejść 1—1½ kilometra.

Odruchy PR i AR były i nadal żywe, lecz znikł ich charakter polikinetyczny. — Objaw Rossolimo ustąpił z lewej; trwał objaw Babinskiego z prawej.

Wobec braku okresów remisji przez cały czas trwania choroby, — należy uważać, że zastosowane przez nas gorące kąpiele dały właśnie świetny wynik w przypadku, w ogóle bardzo opornym w sześcioletnim leczeniu. Samopoczucie chorego — jak i objawy przedmiotowe — przez ½ roku stale się poprawiały. —

2i przypadek dotyczy chorej lat 22. Do 10 roku życia była zdrowa; niebawem zaczęła narzekać na bóle głowy; te powtarzały się z przerwami kilka razy dziennie, niekiedy były gwałtowne, lecz bez wymiotów, światłowstrętu, drgawek, utraty przytomności, upośledzenia wzroku. W 18-ym roku życia — w okresie surowej zimy 1928—29 roku — zaczęła odczuwać dręszcze, „świdrujące“ bóle i łamanie w całym ciele — tułowiu, kkg., kkd. i karku. Poza tym parestezje — palenie — w całym ciele. Odtąd też osłabienie pkd.; nieco później thermoanaesthesia sin., gorzej odczuwała ciepło i zimno wody w lkk. — Wkrótce do powyższych objawów przyłączyło się zaburzenie wydalania moczu i kału. Nystag. — słaby wlewo; słabsze nieco działanie m. proste go zewn. prawego oka. Mowa z odzieniem nosowym. Pkg. w stawie łokciowym stale zgięta. Paluch i wskaziciel układają się w kształcie pincety (main en pince — Guilla i n e i R a y m o n d). Palce 3, 4 i 5 również w zgięciu. Kończyna ta w całości wychudzona; ruchy czynne we wszystkich odcinkach ograniczone; siła mała. Odruchy ścięgniste i okostnowe w tej kończynie żywe. Brak brzusznych. Pkd. wychudzona, szczeg. udo. PR i AR > po stronie prawej; prawostr. B a b i n s k i i R o s s o l i m o. — Czucie bólu i ciepła zniesione na lkg. i lkd. i lewej ½ tułowia; głęhokie na pkk. — Poza tym rzuca się w oczy skrzywienie bocznotylne części piersiowej kręgosłupa. — Jamistość rdzenia nie ulegała tu wątpliwości.

W przypadku tym na plan pierwszy wysuwa się znamieny objaw, którego zazwyczaj nie widzimy w obrazie klinicznym syringomyelii. Są to bóle o bardzo znacznym nasileniu od samego początku choroby, z powodu których często nie opuszczała łóżka.

I w tym — już bardzo długotrwałym schorzeniu — po 22 kąpielach (38°—39°C)—sposzrzegaliśmy b. dodatni wpływ postępowania wodoleczniczego na niektóre dolegliwości. Ciepłymi kąpielami udawało się opanować w stopniu b. znacznym bóle samoistne; straciły one swą ostrość dokuczliwą, stały się słabsze i znacznie rzadsze. Po wskazanej kuracji miewała kilkunastudniowe okresy bez bólu. Na szczególnie podkreślenie zasługuje też (jak i w 1-ym przypadku) dodatni wpływ na zaburzenia narządu wydalania, —czynność jego wracała prawie do zupełnej normy.

Na wyjątkową uwagę zasługują z kolei przypadki obwodowych schorzeń układu nerwowego, a przede wszystkim t. zw. zapalenie wielonerwowe, ze względu na swój przeważnie długotrwały przebieg oraz poprawy, postępujące zwykle zółwim krokiem. I tutaj (a stosuje się to leczenie na odz. d-ra Rotstadta od

wielu lat) w 10 przypadkach mogliśmy się przekonać, że ciepła kąpiel, pod względem leczniczym, w okresie podoстрыm i przewlekłym, góruje nad wszelkimi innymi metodami terapeutycznymi, nie tylko farmakologicznymi, lecz i fizykalnymi. Poza tym kąpiel ciepła wpływa tu zawsze niezwykle dodatnio na samopoczucie chorych i przyspiesza proces zdrowienia tam, gdzie trzeba właśnie szybko wspomóc siły obronne organizmu. Tu nieraz już po kilku kąpielach ustępują bóle, parestezje, zaczynają się ujawniać ślady ruchów czynnych. Efekt leczniczy jest niekiedy tak dodatni, że chorzy sami właśnie domagają się powtórzenia tego postępowania — serji ciepłych kąpeli, stopniowo przedłużanych, a często jeszcze korzystniejszych, gdy stosowanych z prądem elektrycznym, ruchami pod wodą i mięsieniem.

Nie zamierzamy w tym krótkim artykule przytaczać posiadanych licznych historii chorób. Podkreślimy jeno raz jeszcze wpływ dodatni kąpeli ciepłych, stopniowanych, 36° — 37° , $37\frac{1}{2}$, 38° , $38\frac{1}{2}$ — 39° , we wszystkich obserwowanych przez nas przypadkach zapalenia wielonerwowego, niezależnie od ich etiologii — zapalnej czy toksycznej, — zewnętrznej czy — wewnętrznej.

Wspomnę tu jeszcze raz o tych znanych w praktyce neurologicznej i tak częstych przypadkach stwardnienia rozsianego oraz zbliżonym klinicznie, a może i etiologicznie, ostrym rozsianym zapaleniu mózgu i rdzenia. Oczywiście, było by przesadą, złudzeniem, mówić w tych przypadkach o wyleczeniu; są to bowiem przeważnie najcięższe w przewlekłym rozwoju swym schorzenia ośrodkowego układu nerwowego, a szczególnie stwardnienie wielogniskowe. A jednak wpływ leczniczy, wybitnie dodatni, metodycznego stosowania ciepłej kąpeli — 36 — 39° , jest tu tak niewątpliwy, że powinno ono znaleźć — jak to czynił od wielu lat oddział d-ra Rotstadta — najszerze zastosowanie terapeutyczne.

Dodamy jeszcze, że w licznych ambulatoryjnych przypadkach niedowładu połowiczego, o ile nie było specjalnych przeciwwskazań z powodu niedomogi narządu krążenia, ciepłe kąpiele działały b. kojąco nie tylko na samopoczucie chorego, ale poprawiały stan przedmiotowy. U chorych z objawami schorzenia narządu krążenia: myocarditis, vitium cordis, hipertonie i t. d., stosowano z dobrą skutkiem kąpiele 2-komorowe, jednostronne.

Z innych schorzeń wymienię także obwodowe porażenia poszczególnych nerwów. Tu we wszystkich przypadkach miejscowa kąpiel gorąca, komorowa, wzgl. wodoelektryczna, z jednoczesnym wykonywaniem ruchów czynnych, a następnie i biernych, pod wodą, okazywała się zawsze niezbędnym współczynnikiem leczniczym w dążeniu do osiągnięcia zupełnej poprawy w czasie najkrótszym.

W ostrym zapaleniu rogów przednich, odpowiednio indywidualizowane kąpiele ciepłe, rozpoczęte już i w 2 — 3-im tygodniu po wybuchu porażenia, przyspieszają w znakomity sposób proces zdrowienia tych mięśni, wzgl. odcinków rdzenia, które uratować jeszcze można.

W jednym cięższym przypadku paralysis spinalis spastica spostrzegaliśmy trwałą znaczną poprawę — wzmożone napięcie mięśniowe słabło, chód — według określenia chorego — stawał się za każdym razem coraz „luźniejszy“.

Nadmienię tu jeszcze w nawiasie, że w zarostowym zapaleniu tętnic kk. dolnych ogólnie leczenie kąpielą hipertermiczną, stopniowaną, wodną — komorową — z poziomem wody powyżej stawów kolanowych, daje niekiedy tak b. znaczną ulgę podmiotową i przedmiotową, że chory czuje się jakby odrodzony. I tu, rozumie się, należy okresowo i częściej terapię tę powtarzać. Po 30—40 zabiegach, nieraz i większej liczbie ich, ustępują zramienne bóle—chory bez zmęczenia przejść może 1 — 2 kilometry, palce u stóp odzyskują normalne zabarwienie i ciepłość, a i niebezpieczeństwo zgorzeli się oddala.

Powtarzam, że powyższy szkic hydroterapeutyczny ma jedynie na celu raz jeszcze uwypuklić, podkreślić i przypomnieć tę prostą, dostępną metodę fizykoterapeutyczną, tak często dodatnio działającą w leczeniu klinicznym nie tylko na objawy subiektywne, lecz i przedmiotowe, a stąd sprzyjającą najszybszemu zdrowieniu w przypadkach o rokowaniu pomyślnym. — Panietając o tym, możemy w pozornie beznadziejnych schorzeniach, przy umiejętnym metodycznym stosowaniu balneoterapii klinicznej — przynieść choremu zrazu istotną ulgę w cierpieniu, wzgl. z kolei przyspieszyć znacznie proces naturalnego zdrowienia i spowodować wyleczenie tam, gdzie się tego nie spodziewano, jak naprz. w niektórych postaciach encephalomyelitis disseminata, w okresie podostrym i przewlekłym.

HEPACTIN



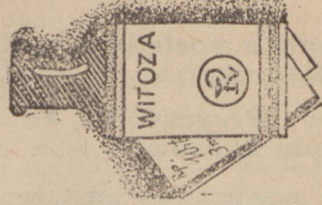
PEŁNOWARTOŚCIOWY
STĘŻONY WYCIĄG
WĄTROBOWY
SZYBKI I SKUTE CZNE
DZIAŁANIE
BEZBOLESNOŚĆ
WSTRZYKIWANIA

Pod ścisłą kontrolą P.Z.H.
Do wstrzykiwań domięśniowych i w/g wskazań lekarza

Pudełko zawiera 5 amp. a 2 cc.

WITOZA

WYCIĄG Z DROŻDZY PIWNYCH



KOMPLEKS
WITAMIN
GRUPY B:
B, ANTYNEU-
RYTYCZNA,
B, FLAWINY,
WZROSTOWA
Nr. rejestru 364

3 RAZY DZIEŃ,
PO 20-30 KROPEK,
PRZED JEDZĄ,
NA 15 MINUT.
WYDAJE SIĘ,
Z PRZEPISU
LEKARZA

JEDYNY POLSKI PREPARAT WITA-
MINOWY KONTROLOWANY PRZEZ P.Z.H.

LABORATORIUM **W. ROSPEZIHOWSKI**
WARSZAWA, ELEKTORALNA 35

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdanie z posiedzeń w listopadzie i grudniu r. 1937 (dokończenie).

I. Landau. **Przyczynek do leczenia rzeżączkowego zapalenia stawów** (Z oddz. M. Fejgina).

J. P., lat 40, przyjęta do szpitala z powodu bólów we wszystkich stawach, obrzęku stawu kolanowego lewego, stanu podgorączkowego i ogólnego osłabienia. Zachorowała przed 2-ma tygodniami; przed 4 ma poród. Początek z temperaturą do 38° oraz bólami w stawach; anginy nie było. Dawniej nie chorowała. 5 porodów; nie ronila.

St. ob.: budowa prawidłowa, odżywienie dobre. Stany podgorączkowe wieczorami. W płucach bez zmian. Szmer skurczowy u koniuszka; tętno 100. Staw kolanowy lewy obrzmiały, b. bolesny, zaczerwieniony; ruchy tu żadne z powodu bólów; w innych stawach — ruchy bierne są bolesne.

Biernacki: 15'. Mocz bez zmian. Odczyn W a s s. ujemny. We krwi: haemogl. 70%; cz. c. 3.780.000; b. c. 6.600. Wzór: segm. 64%, limfc. 31%, monoc. 3%, Eoz. 2%. Migdałki duże, ucisk wydalą z nich ropę.

W szpitalu zastosowano salicylan sodu wewnątrz oraz dożylnie (3 tygodnie). Znaczna poprawa (prócz stawu kolanowego lewego); pozostał obrzmiały i bolesny. Wobec wątpliwości co do etiologii zbadano krew na gonoreakcję; wypadła wybitnie dodatnio. Zastosowano zwykle leczenie, przyjęte na oddziale w przypadkach rzeżączkowego zapalenia stawów: zastrzyki mleka codziennie (5—10—15—20 cm), później na przemian z gonovacciną; równolegle energiczne uruchamianie stawu.

Po 3-ch tygodniach takiego leczenia nastąpiła znaczna poprawa; zaczęła chodzić.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na nietypowy początek, przypominający do złudzenia wielostawową gościcową sprawę i na szybki doskonały efekt leczniczy metody, polegającej na intensywnej proteinoterapii (mleka 5 — 20 cm³) w przeciągu 4-ch dni, po czym następuje podawanie szczepionki oraz wczesne i energiczne uruchamianie chorego stawu.

D. Freymanowa. Przypadek ciężkiej małopłytkowości w przebiegu duru brzuszego. (Z oddz. B. Jochwedsa).

Gdy w przebiegu duru dochodzi do powstania małopłytkowości, to dzieje się to — z jednej strony — wskutek upośledzenia czynności szpiku przez zadziałanie prątków i toksyn durowych; — z drugiej strony — może tu wchodzić w grę wzmożona czynność śledziony. Przypadki znacznej małopłytkowości w durze nie są bardzo częste. W czasie poprzedniej epidemii durowej, na danych z 200 przypadków, widzieli Jochweds i Sztajenberg prawie w 50% przyp. liczby płytek od 100.000—200 000; z 2-ch przypadków było w jednym 85.000, 2-gim 75.000.—Tu dziewczynka 6-letnia miała krwawienia z dziąseł; płytek było 17.200; czas krw. 24; czas krzep. — 7; objaw opask. — 0. Po 2-ch dn. pobytu na oddziale wystąpiły punkcikowate wybroczyny na skórze całego ciała. W ciągu następnego tygodnia stan nieco się poprawia; nowych krwawień nie ma, czas krwaw. — 5; czas krzep. — 7; objaw opask. —; płytek — 59.000. Po dalszych 2-ch tygodniach dziecko zmarło na skutek zgorzelinowego zapalenia płuc, jednak w ciągu tych ostatnich 2-ch tygodni nie stwierdzało się żadnego objawu skazy krwotocznej.

Szmerner, Dworecki i Lewit. Przypadek ostrej trombopenii w przebiegu szkarlatyny.

W rozprawie wspólnej nad obu pokazami Lipszyc zaznaczył, że zwykle, gdy objawy krwotoczne w szkarlatynie pojawiają się na początku choroby, to rokowanie jest złe, przebieg płonicy b. ciężki. Postać ta znana jest pod nazwą „blutiger Scharlach“. Gdy objawy skazy krwotocznej występują później, to przebieg szkarlatyny jest zazwyczaj łżejszy. W danym przypadku miało się do czynienia raczej z wtórnym uszkodzeniem naczyń obwodowych, aniżeli z zatruciem ogólnym. Janowski wspomina o przypadku małopłytkowości, obserwowanym u 5-letniej dziewczynki na oddziale dra Fejgina. Stwierdzono krwawienie z nosa, czarne stolce i wybroczyny na ciele. Liczba płytek wynosiła 32.800. Objawy małopłytkowości wystąpiły w 3-cim tygodniu płonicy. W durze brzuszonym liczba płytek ulega zmniejszeniu w następstwie zapalnego i toksycznego uszkodzenia szpiku kostnego oraz w następstwie nadczynności śledziony. Jednak takich liczb, jak cytowane w danym przypadku, na oddz. dra Jochwedsa podczas epidemii duru w r. 1934 nie obserwowano. Zależy to prawdopodobnie od rodzaju epidemii, która w tym roku jest cięższa i daje więcej powikłań krwotocznych. Penson zaznaczył, że dawniej na materiale olbrzymim duru brzuszego

nie spostrzegal objawów skazy krwotocznej, ostatnio zaś pojawiają się coraz częściej tego rodzaju spostrzeżenia, zwł. u dzieci. Znajduje się to, być może, w związku z częstszymi schorzeniami krwi.

J. Penson, J. Hoffenberg. **Przypadek „Strumitis“.** (Z oddz. M. Landsberga).

G. — lat 33 — dotąd zawsze zdrowa, zgłosiła się 6.X. 1937 r. Przed 5 tygodniami obrzęk i bolesność szyi po stronie lewej, a po paru dniach po prawej bóle i wygórowanie z uczuciem dławienia; temp. do 38°—39°. Guz rósł. Po 2-ch tygodniach przybyła do szpitala na oddz. III chirurgiczny; tu była 10 dni — gorączkowała, nie stale; wyczuwano duży gruczoł tarczowy, twarde, b. bolesny. Przeniesiono chorobę na oddz. wewn. (dr Jochweds). Tu gorączkowała (39°); tętno 120 na min.. Tarczycza b. duża, obustronnie jednakowo b. twarde, nieco bolesna; przesuwalna; gruczoły na szyi b. małe. Narządy wewnętrzne bez zmian. W moczu ślad białka. Wass, Widal. —ujemne. Leukocytów 14500; S—74, L—25, P—1. Ciśnienie krwi — 115/80. Cholesteryny we krwi — 135 mg %, cukru naczno — 85 mg %. — Tak więc stwierdzono tu szybko powiększający się i twarde gruczoł tarczowy, wysoką, okresowo występującą gorączkę, dla której w badaniu narządów nie znaleziono wytłumaczenia; niema cech nadczynności gruczołu tarczowego. Stan innych narządów wewnętrznych normalny.

W przebiegu chorób zakaźnych stwierdza się niekiedy ostre zapalenie gruczołu tarczowego—„thyreoidis acuta“—przechodzi ono okresy typowe, zapalne, stanowi powikłanie w przebiegu duru, płonicy, błonicy, ostrego gościca, ropowic ogólnych, zapalenia szpiku kostnego, ropnych spraw chirurgicznych, gineologicznych itp..

Inaczej przedstawia się sprawa, gdy było uprzednio wole; zapalenie tarczycy nie przebiega wtedy na gorąco, ma raczej charakter podostry ze skłonnością do przejścia w stan przewlekły; gruczoł tarczowy staje się b. twarde, sprawa biegnie skokami, dając okresowe nasilenia, wysoką ciepłotę. Jest to obraz znany jako „Strumitis“; stan taki właśnie stwierdzono w omawianym przypadku.

Najtrudniej odróżnić „strumitis“ od raka tarczycy. W przypadkach raka obserwuje się jednak rozległe nacieczenie w otaczających tkankach, unieruchomienie tarczycy, zroty i bardzo szybkie powiększanie się najbliższych gruczołów chłonnych, wreszcie przerzuty do kości i płuc; rak również może lecz i tu niekiedy może być wysoka gorączka. Kilaki, gruzlicę tarczycy łatwo tu wyłaczyć.

Rozpoznanie „strumitis“, potwierdziła dalsza obserwacja. Chora przestała gorączkować, gruczoł szybko się zmniejszył pod wpływem leczenia — okładami, pyramidonem i dwukrotnym naświetlaniem tarczycy prom. Rtg., choć już i przed tym gruczoł zaczął się zmniejszać a t⁰ opadać.

Rokowanie wątpliwe — grozić bowiem mogą nowe nasilenia i samoistne i w przebiegu infekcji; niekiedy dochodzi do zwyrodnienia rakowatego.

Tu chora nie gorączkuje od 2 tygodni, czuje się dobrze, przybiera na wadze, tarczyca znacznie się zmniejszyła i zmiękła. Sprawa jednak jeszcze nie wygasła; leukocytoza do 12000 oraz opadanie krwinek 60 mm. po 1 godz. (metoda Westergreena).

Do zwalczania zaburzeń w miesiączkowaniu

Do pobudzenia czynności jajnika

Ściśle standaryzowany

hormon jajnikowy

GLANDOFOLIN

„RICHTER”

Wstrzykiwania po 40, 100, 1000, 10000 j. m. w 1 ccm.

Ampułki i fiolki.

Tabletki po 100, 300, 1000 j. m. w 1 tabl.

Fabryka Chemiczna GEDEON RICHTER

Warszawa, Młocińska 9.

A. Sztajnb erg. **Dwa przypadki tak zwanych płatów sercowych płuc.** (Z oddz. B. Jochwedsa).

Od czasu gdy Leon Bernard wykazał, że wiele spraw patologicznych w płucach przebiega w jednym tylko płacie („lobite“) i nie przekracza jego granic, zainteresowanie anatomią i radiologią płatów płucnych wzrosło znacznie. Gdy póź-

niejsze obserwacje, zwł. wykonane w badaniach nosicieli odmy opłucnowej, wykazały odrębność kinematyczną poszczególnych płatów, a nawet ich odrębne właściwości anatomiczne (Baillet), oraz poznano wiele spraw patologicznych, z siedliskiem w szczelinach między płatami, zagadnienie radiologii płatów płucnych i szczelin międzypłatowych stało się przedmiotem licznych prac. Jednocześnie zwrócono uwagę na płaty dodatkowe, anomalie rozwojowe płuc. Dla radiologa i klinicysty rzecz konieczna poznanie tych zбочeń, aby uniknąć błędów diagnostycznych, zwł. mylnego rozpoznawania jam. Również i sprawy wysiękowe w dodatkowych szczelinach międzypłatowych też są niekiedy mylnie rozpoznawane, jako sprawy w mięszu płuca, a to prowadzi do znacznych błędów rozpoznawczych.

Z płatów dodatkowych ważne są dla klinicysty dwa: 1) płat żyły nieparzystej (lobus azygos) i 2) płat sercowy (lobus cardiacus). Płat sercowy, o którym tu mowa, aczkolwiek anatomicznie nie jest rzadkością, stwierdza się radiologicznie nie często. Zajmuje on część przysrodkowo-dolną dolnego płata płuca prawego, rzadziej lewego. Niezmieniona szczelina sercowa jest na zdjęciach bądź niewidoczna, bądź ledwo uchwytana. Staje się wyraźna, gdy na skutek przebytych spraw patologicznych międzypłat jest zgrubiała. Jak to widać wyraźnie na wszystkich 4 zdjęciach (dotyczą one dwu chorych) szczelina międzypłatowa sercowa ma przebieg skośny od wewnątrz na zewnątrz i w dół. Niekiedy — a widać to na jednym zdjęciu — międzypłat jak gdyby rozwidła się. Zależy to od szczególnego ustawienia pacjenta w stronę lampy rentgenowskiej, przyczym międzypłat — będący wszak płaszczyzną, uwydatnia się w postaci linii podwójnej.

Godne uwagi jest, jak tu w obu przypadk., że zgrubiała opłucna międzypłatowa dodatkowego stała się osłoną ochronną przed inwazją sprawy patologicznej. W pierwszym przypadku (rys. Nr. 1) — chodzi o ropień płuca, trwający od wielu tygodni — naciek ostro znika na zgrubiałym międzyplacie. W drugim przypadku (rys. Nr. 2), dzięki zgrubieniu opłucnej międzypłatowej, zostało zahamowane, przynajmniej na razie, przejście procesu gruźliczego na dodatkowy płat płuca.

W 2-im przypadku, u 20-letniej kobiety, zmarłej na gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, stwierdzono też płat dodatkowy. Widać tu (rys. Nr. 3) w prawym płucu płat sercowy dobrze rozwinięty, aczkolwiek niecałkowicie oddzielony od płata dolnego. Wiele dziwniejsze jeszcze anomalie widzimy w płucu lewym (rys. Nr. 4). Nie stwierdza się tu podziału na płat górny i dolny, lecz cztery płaty są rozwinięte w sposób niecałkowity i częściowo zrosnięte ze sobą. Dolną część płuca zajmuje jeden płat, ale bez cech zwykłego płata



Rys. Nr. 1.



Rys. Nr. 2.



Rys. Nr. 3.



Rys. Nr 4.

dolnego, jest on przede wszystkim mniejszy o więcej niż $\frac{1}{3}$ część. Szczyt tu tworzy połączony miąższ trzech pozostałych płatów. Jeden z tych, językowato wydłużony, przylega do płata „dolnego“, a do niego skarłowaciały płat „górny“. Przyśrodkową część płuca zajmuje płat czwarty — „przyśrodkowy“.

I. Dworecki i A. Sztajnberg. **Przypadek parainfekcji enterokokowej w przebiegu duru brzuszego.** (Z oddz. B. Jo ch w e d s a i pracowni analitycznej I. D w o r e c k i e g o).

Chora, lat 44, zamężna. Podaje, że zachorowała dwa tygodnie temu wśród gorączki, zaparcia, bólu głowy i ogólnego rozłamania. Objawy nasilały się stopniowo. Chorób przewodu pokarmowego nie było.

St. ob.: miernie odżywiona; wyczerpana; odpowiada niechętnie. Powiększona śledziona; jej brzeg wyczuwa się o 2 palce niżej łuku zebrowego; powiększona wątroba, o 4 palce spod łuku.

W moczu: białka 0,8%; urobilinogen +, odczyn dwuazowy: + + +; w osadzie pojedyncze krwinki i wałeczki ziarniste.

Badanie krwi: mierna niedokrwistość niedobarwliwa [47% Hb i 2.730.000 C. czerwonych], zmniejszenie ogólnej liczby białych ciałek krwi do 4000, ze zwiększeniem względnej liczby ciałek ziarnistych do 86% z przesunięciem wzoru na lewo (15% pałeczkowatych); brak zupełny kwasochłonnych; posiew jałowy. Odczyn W i d a l a dodatni w rozcieńczeniu 1:1000. Był tu więc typowy przypadek duru brzuszego; dalszy przebieg również typowy. W 5-tym tygodniu choroby spadek t^0 i zanikanie objawów chorobowych. Po tygodniu nawrót z ponownym powiększeniem się śledziony i wątroby, a zmniejszeniem liczby białych ciałek krwi, zniknięciem kwasochłonnych i nasileniem miana odczynu W i d a l a. Tu posiew krwi wykazał pałeczki durowe i e n t e r o k o k i. Odczyn z'epny surowicy chorej z jej szczepem enterokoków wypadł ujemnie, ale odczyn odchylenia dopełniacza z wyhodowanym enterokokiem — jako wywoływaczem — i surowicą chorej, jako dwuchwytnikiem — dał wynik dodatni.

Przebieg nawrotu również typowy, jedynie trwał stosunkowo długo (3 tygodnie). Zdrowienie bez powikłań. Ustalenie swoistości serologicznej wyhodowanego enterokoka dowodzi, że „przejście“ bakterij poprzez krew — „bacille de sortie“ francuzów, stało się tu nie przelotnym ani też przypadkowym zanieczyszczeniem. Z drugiej strony — brak jakiegos wyrażnego wpływu na przebieg zasadniczego cierpienia — każe zaliczyć to zakażenie do tak zwanych parainfekcji („zakażeń obocznych“).

Już i przed wojną światową wielu opisywało przypadki pojedynczych parainfekcji w durze brzuszny. Ale dopiero w czasie wojny sprawa stała się aktualna, gdy we Francji opisywać zaczęto małe epidemie parainfekcji, najczęściej enterokokowych. — Rygorystyczne stosowanie techniki bakteriologicznej spowodowało w spostrzeżeniach niektórych autorów (Lebeuf i Braun) nagłe zniknięcie opisów zakażeń dodatkowych.

Jeśli nawet odnieść się krytycznie do dawnych badań, nie odpowiadających poziomem współczesnym, to jednak pozostaje wiele faktów pewnych: 1. parainfekcja duru brzusznego zarazkami rzekomodurowymi — rzecz dość częsta; 2. istnieją zupełnie pewne przypadki parainfekcji enterokokowej (m. in. 3 przypadki Karwackiego); 3. również pałeczka kałowa — zasadotwórcza — wikłać może obraz kliniczny duru i to niechybnie częściej niż enterokok (Dworacki — obserwacje własne); 4. zakażenie oboczne innymi zarazkami nie zostało dotąd udowodnione.

Rzecz znamienna, że zarazki, które obocznie zakażają chorego na dur brzuszny, same zdolne są spowodować cierpienie, klinicznie jednoznaczne z durrem, — paradury, dur rzekomy ziarnikowy (enterokokowy, opisany przez Karwackiego), wreszcie dury, wywoływane przez pałeczkę kałową zasadotwórczą (opisane przez Riddera, Laforgue'a i inn.). Zasługuje tu na przypomnienie stara hipoteza Rista, że dur brzuszny powoduje równoległe zakażenie wielu zarazkami, które i samodzielnie dać mogą obraz kliniczny duru, i że jedynie pałeczka durowa w znakomitej większości przypadków wysuwa się na plan pierwszy.

B. Jochweds i A. Sztajnberg. Nietypowy przypadek duru płamistego.

Chora, lat 24, zgłosiła się z powodu gorączki, bólu głowy i zaparcia. Zachorowała przed 6 dniami; objawy stopniowo nasilały się. W badaniu stwierdzono: bardzo senna, odpowiada leniwie. T^o do 40°. Tętno 120. Wysypka drobnoplamiста, b. delikatna, podobna do błoniczej; nazajutrz znikła bez śladu. Nieżył oskrzeli. Poza tym w moczu ślad białka i wzmożony urobilinogen, dodatni odczyn dwuazowy. We krwi: leukopenia — 4000 białych ciałek z neutrofilozą względną (90%), z odchyleniem wzoru w lewo (10% postaci pałeczkowatych); posiewy stale ujemne. Odczyn Widala stale ujemny, Weil-Felixa dodatni w rozcieńczeniu 1:500; ponowne badanie tego odczynu (po tygod.) — wynik identyczny.

W ciągu dalszego pobytu t^o, odurzenie i senność trwały; po 14 dniach ustąpiły krytycznie. — Rozpoznano tu dur płamisty. Przemawiały za tym następujące objawy: krzywa t^o,

z charakterystycznym spadkiem w 14-yim dniu choroby, odu-
rzenie, dodatni odczyn dwuazowy w moczu i wysokie miano
odczynu Weil-Felixa (dwukrotnie sprawdzone). Dur
plamisty tu jednak b. nietypowy; brak wysypki krwiotocznej,
nieżyty spojówek, „rash'u”, obrzęku twarzy, powiększenia śle-
dziony i leukocytozy. Dur plamisty — z liczbą białych cia-
łek poniżej 8000 — należy do rzadkości, a liczba poniżej
4000 — zdaniem M a t h e s a — wyłącza to cierpienie. Tu
liczba białych ciałek odpowiada właśnie „granicznej” — 4000.—
Stąd też spostrzeżenie dane jest b. pouczające. Dur plamisty
tu znacznie nietypowy, a poza tym zwracają uwagę dwa zja-
wiska. Pierwsze — to występowanie nietypowych przypadków
chorób zakaźnych w okresach poza epidemiami tak, jak i tu,
gdy — przeciwnie — w czasie epidemii przypadki nietypowe są
stosunkowo rzadkie. Druga sprawa wiąże się tu z zagad-
nieniem epidemiologicznym. Chora — mieszkanka Warszawy,
stolicy dawno nie opuszczała; żyje w dobrych warunkach
higienicznych, — w otoczeniu nie było chorób zakaźnych, —
stanowczo wyłącza zetknięcie się z przybyszami z prowincji.
Brak więc tu uchwytnego źródła zakażenia. Sporadyczne
przypadki, w których nosicielstwo prawdopodobnie nie istnieje,
są jednym z najciekawszych zagadnień epidemiologii.

TRAUMATOL-MOTOR

Biologicznie czynny
preparat do leczenia
Ran i Owrzodzeń

d z i a ł a

silnie odkażająco i
pobudzająco na procesy gojenia
i rozrost tkanek.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 7 stycznia 1938 r.

Akademia naukowa ku uczczeniu pamięci dra med. Leopolda Lublinera, b. ordynatora i twórcy oddziału otolaryngologicznego.

Przewodniczył dyrektor szpitala dr Stabholz.

Dr Stabholz zagaił posiedzenie, podkreślając wybitne zasługi Zmarłego dla szpitala i polskiej wiedzy lekarskiej.

Karbowski. Zarys działalności naukowej i lekarskiej Dra L. Lublinera.

„Szanowni Państwo! Jeżeli dziś na posiedzeniu, poświęconym b. p. twórcy oddziału oto-lar. szpitala na Czystem, oddział — w osobach byłych asystentów i uczniów — może się wykazać dość urozmaiconym porządkiem dziennym, to jest to zasługą bł. p. Dra L. Lublinera, który stworzył i przez 35 lat był kierownikiem tego oddziału. Nie będę się tu rozwodził nad tym, czym była otolaryngologia w 80-tych latach ubiegłego stulecia i czym jest obecnie. Ten gigantyczny postęp zawdzięczamy plejadzie wybitnych, wyjątkowo twórczych badaczy, wśród których było i trzech Polaków: Jurasz, Pięniązek i Heryng. Zasługi tych badaczy są wielkie, ale i zaszczytna rola przypada ich współpracownikom. Bł. p. Dr Lubliner był asystentem Herynga. Jakim był współpracownikiem świadczy to, że w ciągu pięciu lat opublikował 7 prac z najróżnorodniejszych dziedzin. Jedna z tych prac zasługuje na szczególną uwagę. Jest to praca zatytułowana: Przyczynek do etiologii wyprysku gardzieli. — Pomijam wzorową oprawę obrazu klinicznego, pomijam trafne ujęcie patogenezy, wzmiankę o tym, że jest to podrażnienie nerwów obwodowych w obrębie kanałów kostnych. Na specjalną uwagę zasługuje podejście kliniczne do tematu. 44 lat temu Dr Lubliner sam przeprowadzał najdokładniejsze badania bakteriologiczne. Robione były badania na bulionie, na agar-agarze. Kiedy stwierdził obecność paciorkowców, szczepił myszy, by ustalić stopień zjadliwości tych zarazków. Jest tu wzmianka o kilkunastu odmianach paciorkowców, i w sprawie tych odmian konferował w czasie swej bytności za granicą z Beringiem. To wszechstronne podejście do każdego tematu było typowe dla Lublinera, i tego uczył swych uczni. Nic więc dziwnego, że w 1894 dostąpił zaszczytu i został obrany członkiem korespondentem pol. tow. laryngologicznego, a w r. 1898 zwycięsko wyszedł z konkursu i został ordynatorem oddziału szpitala na Czystem.

Z objęciem oddziału rozpoczyna się okres pracy bardzo trudny. Był to czas, kiedy oto-laryngologia wkroczyła na drogę dużej chirurgii. Nie było wtedy klinik laryngologicznych

z tradycjami chirurgicznymi, nie było uczniów. Oddziały o sławie wszechświatowej mieściły się w trzech pokojach—oddział wiedeński Schröttera, oddział Pieniążka w Krakowie. Ażeby wykonać większy zabieg, trzeba było ubiegać się o gościnę u chirurgów. Oto-laryngolodzy byli wówczas autodydaktami, i my—wychowani na oddziałach dobrze urządzonych i pod opieką kucznymi skrzydłami wyrobionych starszych kolegów, nie zdajemy sobie sprawy z tego, jakim wysiłkiem nerwowym okupiony został ten postęp. Pracując w ciężkich warunkach, Lubliner był zawsze na wysokości zadania. Już w r. 1914 zrobione były próby ustalenia wartości roentgenografii kości skroniowej dla kliniki. Metody badania ucha wewnętrznego były stosowane zarówno na oddziale usznym, jakoteż nerwowym. A co oddział zdziałał na polu pogłębienia kliniki powikłań wewnątrzczaszkowych i leczenia operacyjnego tych powikłań, to wiadome jest wszystkim dobrze. Byłoby pomniejszeniem zasług Lublinera, gdybyśmy nie wspomnieli o współpracy jego w naszym Towarzystwie Przemówień jego słuchano ze specjalną uwagą; były piękne pod względem formy i bogate pod względem treści. Podejście historyczne do każdego tematu w połączeniu z przytaczaniem najnowszych poglądów były wyjątkowo pouczające.

Są ludzie, o których po przekroczeniu 70-go roku życia mówi się, czyżby on miał tylko 70 lat. Są ludzie, o których mówi się, czyżby on miał już 70 lat. Dwa lata temu kiedy Lubliner zdawał nam sprawę z posiedzenia Collegium oto-laryngologicum amicitiae sacrum, to, słuchając tego szczegółowego sprawozdania, podziwialiśmy świetną orientację w najbardziej zawiłych zagadnieniach teoretycznych doby ostatniej, i niejednen z nas pomyślał sobie, czy też Dr Lubliner przekroczył już 70 rok życia — to jest błogosławieństwo boskie.

Odszedł wszechstronnie wykształcony lekarz, pedagog, niezapomniany twórca i kierownik oddziału oto-laryngologicznego szpitala na Czystem.

Cześć jego pamięci!“

B. Karbowski. Plastyka po wydlutowaniu wyrostka metodą Koleschara.

Stosowane dotychczas metody celem otrzymania lepszych wyników kosmetycznych po antrotomii polegały na tym, że zeszywano ranę, pozostawiając w dolnym jej odcinku otwór, przez który odbywało się sączkowanie. Otrzymywane efekty kosmetyczne były dość dobre; natomiast leczenie pooperacyjne trwało często dłużej niż przy otwartym leczeniu rany. Ostatnio podał Koleschar nową metodę: z tylnej powierzchni rany oddziela skórę od warstwy mięśniowej; z warstwy mięs-

niowej wraz z czepcem ścięgnistym tworzy płat szeroki—2 cm., a długością przekraczający długość rany. Płat ten zostaje przesunięty ku przodowi i wszyty z tkanekę podskórną. Nad tym płatem skóra zostaje zeszyta na glucho, z tyłu zaś, w części skóry owłosionej, utworzyć należy otwór, przez który wprowadza się do jamy kostnej dren. Po 24—48 godzinach dren zostaje usunięty, okolica pooperacyjna poddana działaniu promieni krótkofalowych. Metoda ta zastosowana została w demonstrowanym przypadku i dała dobry wynik. Po 10 dniach chory został wypisany z zagojoną raną, z dobrym efektem kosmetycznym.

Karbowski i Tencer. Obraz histopatologiczny wczesnego okresu zapalenia ucha środkowego.

W danym przypadku stwierdzono wadę płodową, wypełniającą dolny odcinek jamy bębenkowej. Na serii skrawków udało się ustalić, że płyn przedostał się z jamy nosogardłowej przez trąbkę Eustachiusza. Śluzówka trąbki usznej na dolnej powierzchni była mocno pofalowana, tworząc głębokie uchyłki, co nadało budowie charakter jakby gruczolowaty. W uchu środkowym, przeważnie wzdłuż rękojęści młoteczka, widoczny odczyn zapalny od strony śluzówki w postaci przekrwienia i nacieków okołonaczyniowych. Wysiłek w tym miejscu ma wyraźny charakter surowiczo ropny. Badanie, prowadzone obecnie, ma na celu ustalić, jaki jest przebieg sprawy, jakie zmiany zachodzą w uchu środkowym przy otitis m. neonatorum septica, i czy po ustąpieniu objawów zapalnych ucha środkowego w głębokich uchyłkach śluzówki ujścia trąbki nie pozostanie utajony proces zapalny, który, w miarę postępu pneumatyzacji tej okolicy i powstania komórek okołotrąbkowych, przestoczy się w ogniska ropne, utrzymujące się przez dłuższy okres czasu. To tłumaczyłoby obrazy histopatologiczne, stwierdzone u niemowląt, a mianowicie — przy zupełnie normalnym uchu środkowym spostrzegano komórki słuchowe w sąsiedztwie trąbki, wypełnione treścią ropną. Nie jest wyłączone, że otitis m. latens nie jest niczym innym, jak utrzymującym się stanem zapalnym w komórkach okołotrąbkowych (Tubeneiterung).

Alter i Szmerner. Posocznica usznego pochodzenia, leczona operacyjnie i przetaczaniem krwi.

Przypadek dotyczy chłopca lat trzech, który w szpitalu Św. Stanisława przebył płonicę oraz odrę. W czasie tych chorób wystąpiło ropne zapalenie uszu środkowych, przebiegające dość łagodnie, tak że po 5-ciotygodniowym pobycie w szpitalu dziecko wypisano w stanie dobrym, choć z ropotokiem z uszu. Po dwóch tygodniach chłopca przyjęto na oddział płonicy II



naszego szpitala z powodu ropnia zausznego po stronie prawej. W dniu 20. XI. 37 dokonano antrtomii, podczas której stwierdzono duże zniszczenie kostne z samoistnym obrażeniem zatoki esowatej; zewnętrzna ściana była zgrubiała, pokryta ziarniną. Zatokę wobec tego obnażono na znaczniejszej przestrzeni, dochodząc zarówno od góry, jak i dołu, do zdrowych odcinków. Dwa dni po zabiegu chory czuł się dobrze; ciepłota nie przekraczała 38°. Trzeciego dnia po operacji chory zaczął gorączkować, wieczorem do 39,3°. Odtąd bieg gorączki stał się hektyczny z dużymi spadkami rano. 26. XI. 37. nakłuto zatokę i — stwierdziwszy, że krwi nie zawiera, usunięto całą jej przednią ścianę i zakrzep idący ku dolowi. Do obu końców założono sączki jodoformowe. Następnego dnia po raz pierwszy wystąpiły dreszcze. Pomimo stosowania septazyny i antistreptyny stan dziecka nie ulegał najmniejszemu polepszeniu. Dokonano wówczas przetoczenia 180 cm³ krwi matki; wynik transfuzji był doskonały — stan ogólny dziecka znacznie się poprawił, rana zyskała żywszy wygląd. Jednakże po kilku dniach poprawy znów wystąpiło pogorszenie (gorączka, dreszcze), wobec czego w pierwszych dniach grudnia podwiązano żyłę szyjną wewnętrzną, następnego dnia zaś dokonano drugiej transfuzji 200 cm. krwi. Odtąd poprawa, która wystąpiła natychmiast po zabiegu, utrzymuje się już stale; dziecko szybko wraca do sił. Obecnie rana jest na wygojeniu; dziecko jest zupełnie zdrowe.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na wybitnie korzystny wpływ przetaczania krwi na przebieg posocznicy. Choćby leczenie chirurgiczne przeprowadzone było możliwie radykalnie, jednak dopiero po przetoczeniu krwi matki udało się opanować posocznicę.

Karbowski i Mościskerówna. **Przypadek raka krtani — po rocznej obserwacji.**

Chory, który obecnie liczy lat 47, przed rokiem przebył operację krtani. Zabieg wykonał Karbowski. Następnie stosowano leczenie Rtg.. Obecnie chory zgłosił się do kontroli; nawroto nie stwierdzono.

Na szczególną uwagę tu zasługuje mowa laryngektomowanego. O mowie zewnętrznej stanowią trzy czynniki: oddech, fonacja i artykulacja. Artykulacja, t. zn. ruchy rury nasadowej, które rozstrzygają o brzmieniu poszczególnych głosek, po laryngektomii są niezmienione. Ton oddechowy natomiast ulega zmianie, gdyż tchawica uchodzi na zewnątrz, narząd fonacji zaś usunięto. Laryngektomowani często posługują się pseudoszeptem, przyczym powietrze zawarte w jamie ustnej wyrzucają pod wysokim ciśnieniem. Szepet ten — stając tuż przy chorym — z trudem zaledwie można usłyszeć, jest on zatem dla celów praktycznych niewystarczający. Chory, chcąc się porozumieć z otoczeniem, musi pisać, co na dłuższy przeciąg czasu jest rzeczą uciążliwą.

Zadaniem foniatry jest stworzenie głosu zastępczego, naśladującego głos prawidłowy, a w tym celu usiłujemy odtworzyć warunki prawidłowe. — Głos jest to prąd powietrza wydechowego, które przeciska się przez wąziutką szczelinę pomiędzy zbliżonymi strunami głosowymi, przy czym ulega zagęszczaniu i rozrzedzaniu na skutek periodycznego drgania więzadeł. Głośnia tworzy rodzaj piszczałki, poniżej której znajduje się zbiornik powietrza, płuca, które — jak miech — nadmuchują narząd głosu. Po usunięciu krtani idzie o to, by stworzyć głośnię rzekomą, a poniżej niej zbiornik powietrza. Pseudoglottis może powstać w różnych miejscach: pomiędzy grzbietem języka, a silnie napiętym podniebieniem miękkim, pomiędzy grzbietem języka a tylną ścianą gardzieli, pomiędzy nagłośnią a bocznymi ścianami gardzieli, w górnej lub dolnej części gardzieli lub też w przełyku. Celem utworzenia zbiornika powietrza poniżej głośni rzekomej chory wciąga powietrze do przełyku. Jest to zatem nie tyle polykanie powietrza, jak odychanie przełykiem. Stern wykazał rentgenologicznie powiększenie bańki powietrza w zołądku, Seeman zaś walcowate rozszerzenie górnej części przełyku. Przy dłuższej trwającej terapii udaje się powiększyć objętość głosu. Stern opisał chorego, którego głos obejmował duże oktawy. Zdarza się niekiedy, że laryngektomowany bez pomocy foniatry zaczyna się posługiwać głosem pharyngealnym. Tu jednak chory, mimo że prawie rok minął od czasu operacji, mówi pseudoszeptem.

Głosu pharyngealnego nie należy określać jako brzuchomówstwa. U brzuchomówców głos powstaje zupełnie prawidłowo.

wo na skutek drgania strun głosowych; nagłośnia natomiast zwisa nisko nad krtanią i przeszkadza rozchodzeniu się fal głosowych, na skutek czego głos jest przytłumiony. — Po przeprowadzeniu terapii chory będzie zademonstrowany powtórnie.

Tencer. Obraz histopatologiczny wczesnej sprawy zapalnej ucha środkowego u noworodka.

Badając kości skroniowe dzieci, które zginęły z powodu t. zw. zespołu uszno-jelitowego, dr Karbowski stwierdzał b. ciekawe obrazy histopatologiczne. W niektórych przypadkach okazały się znaczne zmiany w przestrzeniach powietrznych okolicy przytrąbkowej przy zupełnym braku zmian pod względem klinicznym i histopatologicznym w uchu środkowym. Niekiedy zmiany te były ciężkie i przylegały do opuszki żyły jarzmowej.

W celu wyjaśnienia patogenezy tych zmian zostały rozpoczęte nowe badania nad kośćmi skalistymi noworodków.

W życiu płodowym łatwo dostaje się woda płodowa do ucha środkowego poprzez trąbkę słuchową. Wskutek tego wystąpić może jałowe zapalenie śluzówki.

O ile przyłączy się dodatkowa infekcja, to nastąpić może silniejszy proces zapalny, który najdłużej może się utrzymywać w przestrzeniach powietrznych okolicy przytrąbkowej, gdyż tu istnieją najmniej korzystne warunki do samowyleczenia sprawy. Sprzyja temu swoista budowa śluzówki ujścia trąbki słuchowej, która jest mocno pofalowana i przypomina tkankę gruczołowe (widać to tu na jednym z preparatów). Stąd proces zapalny może się też szerzyć dalej.

W miarę postępowania pneumatyzacji w tej okolicy, na skutek procesu wstecznego w kości gąbczastej, śluzówka, postępując wglęb, przyczynia się do tworzenia głębokich uchyłków; tych wentylacja jest bardzo utrudniona, i przez to powstają warunki dla utajonych procesów zapalnych.

Procesy te toczyć się mogą w przestrzeniach powietrznych okolicy trąbki słuchowej przy normalnym stanie ucha środkowego. Badania te zostały dopiero zapoczątkowane i, być może, przyczynią się do wyjaśnienia szeregu spornych kwestii z dziedziny otologii, a przede wszystkim istoty utajonego zapalenia ucha środkowego.

Pokaz preparatów histologicznych: obraz normalny ucha środkowego i trąbki słuchowej; woda płodowa w trąbce słuchowej; budowa gruczołowa śluzówki trąbki słuchowej oraz początkowy proces zapalny w jamie bębenkowej.

Wolfson i Mackiewicz. Aseptyczna wędrówka obcego ciała (igły do szycia) w mięśniach dolnego gardła.

Usuwanie ciał obcych z przelyku i dolnego odcinka dróg oddechowych należy do codziennych zabiegów na większych oddziałach laryngologicznych. Przypadek zasługuje na specjalną uwagę ze względu na umiejscowienie, bieg i zejście cierpienia.

R. P., lat 22, z zawodu krawcowa; przez nieostrożność połknęła igłę do szycia. Odczuwała klucie i bóle przy polykaniu. Badanie bezpośrednie za pomocą oesophagoscopii ciała obcego w gardzieli, ani w przelyku, nie wykazało. Na oddział skierowana została po zdjęciu Rtg., które wykazało igłę w mięśniach bocznej ściany szyi, w głębi przy kręgosłupie. Klucie przy polykaniu nie ustępowało. W przewidywaniu ogólnie znanych trudności przy wydobywaniu igły ukrytej między mięśniami — mając również na względzie stronę kosmetyczną, chorą skierowano do domu z zaleceniem zgłoszenia się po pewnym czasie do kontroli. Po upływie dwu tygodni chora przybyła na oddział; podała, że odczuwa igłę w bocznej części szyi. W miejscu wskazanym przez chorą — na tylnym brzegu mięśnia mostkowo-obojczyko-sutkowego znaleziono wystający koniec igły, którą z łatwością wyciągnięto; długość igły 3,8 cm. — Tu igła, dzięki ruchom polykowym zwieraczy gardzieli, dostała się do mięśni szyi, w których uległa aseptycznej wędrówce aż do tkanki podskórnej. Chorej groziły dwa powikłania: 1. ropowica szyi oraz 2. krwotok wskutek nadżarcia naczyń krwionośnych.

Rinowicki opisał przypadek uszkodzenia tętnicy szyjnej z następczym krwotokiem przy połknięciu ości rybiej.

W r. 1896 Lontin z Wiednia opisał podobny przypadek u pacjentki, która się zgłosiła z powodu przewlekłego niezytu nosa. Przy obmacywaniu gruczołów szyjnych autor stwierdził pod skórą szyi obce ciało obustronnie ostre, które okazało się igłą. Dokładny wywiad wskazał, iż pacjentka przed rokiem połknęła igłę wraz z kęsem chleba. Przez pewien czas odczuwała bóle w gardle, z trudnością niekiedy łykała. Dolegliwości te ustąpiły, o wszystkim zapomniała.

Przypadek połknięcia igły do szycia, umiejscowionej w gardle, demonstrował Karbowski na jednym z posiedzeń Tow. Oto-laryngologicznego w 1931 r.. Zdjęcie Rtg. wykazało igłę, leżącą względnie powierzchownie w bocznej ścianie gardzieli. Cięciem śluzówki od wewnątrz wykryto igłę. Niestety — przy wydobywaniu igła złamała się tak, że część jej pozostała w mięśniach. Nie powodowało to dolegliwości.

Wnioski:

Igła w mięśniach szyi nie wywołuje zmiężdżenia tkanek, nie wytwarza więc dobrego podłoża do rozwoju bakterii, to też w przypadkach bezobjawowych nie należy śpieszyć się z operacją — wobec trudności technicznych.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 28 stycznia 1938 r.

Przewodniczył M e r e n l e n d e r.

Stein — Przypadek rozlanego zapalenia mózgu i rdzenia z porażeniami nerwów czaszkowych. (Z oddz. Wł. Sterlinga).

G. S. — lat 17 — dawniej zawsze zdrowy. 1.1.38 r. odczuł „palenie” w łydkach; 3.1.38 bez uchwytnej przyczyny biegunka; 4.1.38 obudził się rankiem z niedowładem nóg. W ciągu 2 — 3 dni był już bezwład. 6.1.38 porażenie nerwów twarzowych obwodowe; mowa stała się nosowa. 7.1.38 — drętwienie rąk i osłabienie. Mocz i stolec oddawał wtedy jeszcze bez trudu. W pierwszych dniach choroby zupełnie nie sypiał. Od 9—10 stycznia stopniowa poprawa: wymiar czynnych ruchów kończyn — poprawiał się; w słabszym stopniu ustępowała diplegia facialis.

W badaniu stwierdzono: objawy oponowe (objawy karkowyy, Brudzińskiego i Kerniga głównie po str. prawej); następnie obustronne porażenie nerwów twarzowych, obwodowe — mniejsze po str. lewej. Mięśnie zwaczce i skroniowe obustronnie chore napinał słabo. Wśród fonacji unosiła się gorzej prawa $\frac{1}{2}$ podniebienia. Odruch gardzielowy był bardzo słaby. Język zbaczał w lewo. W zakresie górnych kończyn odczuwał drętwienie; ruchy czynne były tu zachowane, lecz siła osłabiona, bardziej w prawej. — Napięcie mięśniowe obustronnie obniżone. W próbie: palec — nos — po str. prawej dyzmetria, po lewej jakby drzenie zamiarowe. Odruchy z m. trójgłowego minimalne, okostnowych nie było, jak również brzusznych, poza b. słabym górnym prawym. Natomiast odruchy nosidłowe żywe (pr > l). Dolne kończyny leżą na pośladku bezwładnie, stopa prawa nieco pochyłona. Z wielkim wysiłkiem zdoła podnieść (podrzucić) k. k. d. do wysokości 5 cm., sakkadowanym ruchem przesuwa je na pośladku, usiłując zgiąć w stawach kolanowych; odwodzenie minimalne. Ruchy stóp i palców znacznie ograniczone. Obustronnie rowek podrzpekowy; napięcie mięśni wydatnie obniżone. — Tkliwość uciskowa nerwów obwodowych. Areflexio stóp. Rossolimo — 0; objaw Oppenheima po str. prawej. Percepcje kinestetyczne w palcach u stóp zaburzone. Czucie powierzchniowe wszędzie zachowane. Mowa z przydźwiękiem

nosowym. Incontinentia ani. Mocz oddaje z trudem. Priapismus. W dalszym ciągu obserwacji klinicznej, prócz objawu Oppenheim'a po str. prawej ustalono też objaw Gordon'a, Żukowskiego; ujawniła się tendencja do rozgięcia palucha przy wywoływaniu objawu podeszwowego. — W płynie mózgowo-rdzeniowym tylko nieznaczne zwiększenie białka (bez pleocytozy). — Niedowłady ustępowały bardzo szybko. Już po 2—3 tygodniach pobytu na oddziale chory dość łatwo poruszał się. Diplegia facialis niemal całkowicie ustąpiła po 5—6 tygodniach. Odruchy — których od początku obserwacji nie było na dolnych kończynach — zaczęły stopniowo wracać w 4—5 tygodniu choroby.

W zestawieniu rozpoznawczym St. wyłącza tu chorobę Heine - Medina, zapalenie wielonerwowe i postać dolną śpiączkowego zapalenia mózgu, a rozpoznaje encephalomyelitis disseminata z przeważnym zajęciem nerwów obwodowych (neuro-encephalo-myelitis disseminata), a to ze względu:

1^o na ostry początek cierpienia — w ciągu 3 dni i bez wysokiej t^o;

2^o ze względu na szybkie i globalne ustępowanie niedowładów;

3^o ze względu na zjawienie się diplegii twarzowej — obok innych objawów encephalitis, — co było już podkreślane w epidemii rozsianego zapalenia mózgu i rdzenia w r. 1934 przez Wolffa i Steina;

4^o ze względu na zjawienie się w przebiegu cierpienia objawów piramidowych, osłabienia czucia wibracyjnego, zaburzeń zwieraczy i priapismus.

Nie bez znaczenia — zdaniem St. — jest spostrzegane współcześnie zwiększenie się liczby przypadków śpiączkowego zapalenia mózgu. Nie bez znaczenia jest również i to, że obecnej zimy spostrzega się zwiększenie liczby przypadków encephalo-myelitis disseminata właśnie z porażeniami nerwów czaszkowych. Na uwagę zasługują objawy dyzletargiczne, co może mieć pewne znaczenie dla patogeny schorzenia i jego stosunku do encephalitis lethargica. Większą ilość białka w płynie mózgowo-rdzeniowym można byłoby tłumaczyć obrzękiem korzeni i zastojem płynu mózgowo-rdzeniowego.

W rozprawie Higier sądzi, że nie jest tu wyłączona *encephalitis lethargica*; chorą należy nadal obserwować.

Lipszowicz wspomniał, że podobny przypadek demonstrował tu razem z kol. Potokiem przed 3-ma laty.

SEPTAZIN

Benzylo - p - amino benzeno - sulfamid

**Swoisty lek przeciw chorobom zakaźnym
o wybiórczym działaniu na streptokoki.**

Nietoksyczny, bezbarwny i bez smaku

Septazin Solubile

Rozpuszczalna pochodna Septaziny [5% bezbarwny roztwór
1 - fenylo - 1,3 (dwusulfopropylo) - p - amino - benzeno -
sulfamidu sodowego]

do stosowania dożylnego i domięśniowego

**Umożliwia energiczne, swoiste leczenie
zakażeń, spowodowanych paciorkowcami
i innymi drobnoustrojami.**

**Róża. Zakażenie płożowe. Posocznica.
Angina septyczna. Grypa i jej powikłania.**

Septazin tabl. 20 × 0,5
" " 12 × 0,5
" solub. 5 amp. po 5 cm³
" " 5 " " 10 "

**Opakowanie szpitalne po 250 tabletek
i 50 ampulek.**

DAWKOWANIE: **Septazin tabl.** Dzieciom 2 — 4 tabl. dziennie
Dorosłym 4 — 8 " "

Septazin Solubile Dzieciom do 20 cm³ domięśn.
Dorosłym do 60 cm³ dożylnie
i domięśniowo.

Septazin Solubile stosuje się łącznie z **Septazin tabl.**

PRZEM. - HANDL. ZAKŁ. CHEM.

LUDWIK SPIESS i SYN

S P. A K C. — W A R S Z A W A.

Sterling i Jozowa. 3 przypadki płasawicy, leczona metodą Stephens a.

Przypadek I. S. E., l. 9. Obraz bardzo ciężki, gwałtowna hiperkineza, „szał ruchowy“, wybitne obniżenie napięcia mięśniowego; dziecko nie mogło siedzieć, ani utrzymywać głowy, nie mówiło, podczas zwiększonych nawałów ruchowych jęczało i szlochało. Gordon ++.

Przypadek II. C. C. l. 14. Recydywa. Przybyła do szpitala w 4 tygodniu choroby w stanie hiperkinezy umiarkowanej, płacziwa, negatywna; były zaburzenia mowy, hypotonia, Gordon +.

Przypadek III. E. K. l. 9 — przybyła w II tygodniu choroby; leczona metodą Stephens a od 5 tyg. — Hiperkineza znaczna; hypotonia.

Przypadki powyższe były leczone metodą Stephens a, polegającą na podskórnych zastrzykach wody destylowanej. Już po 2 — 3 zastrzykach stan poprawił się wybitnie, zarówno w sensie uspokojenia ruchów mimowolnych, jak i pod względem psychiki i mowy. Zastosowano dotąd 10—20 zastrzyków wody (10 cm.) destylowanej co dzień, później co drugi dzień. Wszystkie przypadki są w obecnej chwili w stanie dobrym, jeden (przyp. 3) wyleczony zupełnie.

Nie wypowiadając się co do wartości metody, zwłaszcza co do jej podstaw teoretycznych, stwierdzić należy, że okazała się ona skuteczna. Odnosi się wrażenie, że ma ona wpływ przede wszystkim na hiperkinezę gwałtowną i stany płasawicze ciężkie, w stadiach zaś poprawy działanie jej jest mniej wyraźne. Możliwe, że trzeba ją wtedy kombinować z innymi metodami. Experimenti causa nie stosowaliśmy jednak od chwili rozpoczęcia zastrzyków żadnej innej metody leczenia. Również i przypadek — wyleczony i opisany przez Stephens a (Lancet 19 34) — należał do ciężkich obrazów płasawicy. Stephens a działanie wody destylowanej upatruje bynajmniej nie w czynnikach sugestywnych. Pod jej wpływem zmieniają się warunki fizykalne, zwłaszcza napięcie powierzchniowe i ciśnienie osmotyczne tkanek, a w związku z tym ich metabolizm i sekrecja, co ma sprzyjać powstawaniu przeciwciał.

W rozprawie Sztajenberg nie podziela wywodów, przytoczonych przez prelegentkę, dotyczących napięcia powierzchniowego. Napięcie powierzchniowe w ustroju jest cechą stałą, mogącą się zmienić tylko wyjątkowo, nprz. w narkozie, w stanach agonalnych i t. p. Trudno jest uwierzyć, aby zastrzyknięcie kilku cc. wody destylowanej mogło wpłynąć na napięcie powierzchniowe. Higier — aczkolwiek nie umie sobie wytłumaczyć działania metody Stephens a, sądzi jednak, że wyniki

obserwacji wskazują, że uzyskano znaczną poprawę. Przyszłość wykaże, jaki skutek odniosło omawiane tu postępowanie lecznicze. L a n d s b e r g również podkreśla, że napięcie powierzchniowe jest zagadnieniem zawilum, dotychczas jeszcze nie ustalonym; nie ulega jednak wątpliwości, że tak, jak i tu, istnieje wiele środków leczniczych, o których nie wiadomo, dlaczego i jak działają.

B r e g m a n zwrócił uwagę, że spośród 3-ch demonstrowanych tu przypadków najlepiej zareagował na stosowane leczenie przypadek najcięższy. Pomysłny wynik leczniczy jest tu widoczny. Jednakowoż zastanawiający wydaje się brak potwierdzenia dobrych wyników tego sposobu postępowania w ogłoszonych publikacjach, skoro się zwąży, że praca S t e p h e n s a ukazała się już przed 3-ma laty. Br. sam w cięższych przypadkach płasawicy czasami stosował z dobrym wynikiem surowieć przeciwstreptokokową.

S z p e r podziela wywody przedmówców; sądzi, że interpretowanie ściśle omawianego tu sposobu działania iniekcji wody destylowanej jest jeszcze zbyt ryzykowne. — Sam stosuje czasami wodę destylowaną w zastrzykach doskórnych w celu opanowania zjawisk bólowych.

J o z o w a w odpowiedzi powołała się na szereg badań, dotyczących zmienności napięcia powierzchniowego nawet pod wpływem czynników fizjologicznych, jak alimentarne i pod wpływem zastrzyku szeregu ciał, jak fenolu, kwasów żółciowych itp. — J. zwraca uwagę, że choć sprawa napięcia powierzchniowego jest rzeczywiście trudna do ujęcia, to jednak obecnie pojawia się dużo prac, interpretujących to zjawisko. Między innymi, nprz. w shocku insulinowym napięcie powierzchniowe zmienia się w sposób stały, co w obecnej dobie zainteresowania insuliną jest specjalnie ciekawe. Autorzy, którzy zajmowali się doskórnymi zastrzykami wody destylowanej w celu usmierzenia bólów (B r a u n, S c h l e i c h i inni) zgodnie podziеляją poglądy, że nie chodzi tu tylko o działanie osmotyczne, ale również o cały zespół skomplikowanych procesów fizykochemicznych. — Co do wartości samej metody, prelegentka nie wypowiada się ostatecznie, uzyskawszy jednak w 3-ch przypadkach dobre wyniki lecznicze, uważała za słuszne je zdemontrować.

G. K a p l a n ó w n a. **Pemphigus vegetans.** (Z oddziału J. M e r e n l e n d e r a).

Chora lat 35-ii; podaje, że 2 lata temu, tuż po porodzie, miała jakieś dolegliwości w jamie ustnej; następnie spostrzegła u sromu wykwitły brodawkowate, piekące i swędzące. Po kilku miesiącach były już na powłoce brzusznej, pod sutkami, na-

stępnie pod pachami i rękach. Źle się czuła, chudła. Dawano jej brom. Na oddziale stwierdzono na skórze miejsc wskazanych ogniska < > od grochu polnego do dłoni dorosłego, guzki brodawkowe o powierzchni sączącej, białawo-szarej; pęcherzy, ani strzępów po pęcherzach, nie stwierdzono. Śluzówka jamy ustnej rozpułchniona, zmętniała; na dolnej powierzchni języka stwierdza się drobne strzępki po pęcherzykach i nadżerki. Nieznaczny przerost tarczycy; poza tym bez odchyień. Dobowa ilość chlorków zmniejszona: 5 gr.—Leukocytoza—13000 z eozy-nofilią 23%; WaR ujemny.

W wyciętym skrawku skóry stwierdzono: obfite nacieki drobnokomórkowe (przeważnie z kom. eozynochłonnych) w naskórku i skórze właściwej, liczne wodniczki w komórkach warstwy kolczastej i rozrosty naskórka z b. wybitną hyperakantozą. Ponieważ była leczona bromem, rozpoznanie wahało się zrazu (po wyłączeniu lepiej kończystych, do których ogniska były podobne): między osutką bromową a pęcherzycą brodawkującą. Po kilkutygodniowej obserwacji spostrzeżono w skórze okolicy krzyżowej kilka pęcherzy, oraz narastanie drobnych pęcherzyków w obrębie brodawkowatych wykwitów. To pozwalało rozpoznać z całą pewnością pęcherzycę brodawkującą.

W leczeniu stosowano: germaninę (5 gr), uliron, septazinę, neosalwarsan, alkohol dożylnie, autohaemoterapię, stovarsol, chininę, przetaczanie krwi i leczenie objawowe. Obecnie jednak, przy niezłym stanie ogólnym, na skórze nie widać większej poprawy. Spostrzeżenie zasługuje na uwagę z powodu: 1) trudności diagnostycznych; 2) łagodnego przebiegu; 3) bezskuteczności, jak dotąd, terapii tego cierpienia.

J. Rywlin. **Erythrodermia posalwarsanowa.**
(Z oddz. J. Merenlendera).

Chora lat 43, zgłosiła się z powodu kilkana krtani; tu otrzymała zastrzyki bismutu, rżęci do mięśni, a także 11 wlewań dożylnych novarsenobenzolu (3,0). Kurację znosiła b. dobrze. Nagle — w 24 godz. po ostatnim wlewaniu novarsenobenzolu — dostała gorączki — do 40°, dreszczów, bólów głowy, uporczywego swędzenia; poza tym wystąpiły: rozległy obrzęk, zaczerwienienie rozlane skóry, twarzy i głowy. Objawy te trwały 3 tygodnie. Obecnie sprawa ustępuje: widoczne są ślady erythrodermii. Leczone ją codziennymi wlewaniem dożylnymi 10% Natr. hyposulfur a miejscowo maściami chłodzącymi; do wewnątrz otrzymywała świeżą wątrobę smażoną. Leczenie to, a zwł. terapia wątrobowa — przyczyniło się do ustąpienia tej tak rozległej tu uporczywej, swędzącej, erythrodermii. Chora zrazu dobrze znosiła wlewanie neoarsenobenzolu; dopiero po 11 ym — bez widomych powodów — tak ciężko zapadła na chorobę skóry.

Nowy lek nasercowy i moczopędny

Camphostenin

(Theobromino - Calcium camphoricum)

Wskazania:

niedomoga serca, dławica piersiowa, zawał sierdza,
dychawica oskrzelowa, nadciśnienie, chromanie
przestankowe, miażdżyca, stany obrzękowe.

Opakowanie oryginalne:

rurka zawierająca 20 tabletek po 0,5 g. — Cena
detal. zł. 3.20. Proszek do receptury.

Piśmiennictwo i próby lekarskie wysyła

FABRYKA CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA

AP. KOWALSKI

Warszawa 1.

ul. Sienna 39.

Płóński er demonstrował sekcyjny materiał z przypadku **melanoblastoma**.

W rozprawie Merenlender wyraził pogląd, że na ogół czerniaki nie są tak bezwzględnie niebezpieczne, jak to się usiłuje w publikacjach przedstawić. — Nieraz trwają one szereg lat bez objawów, pomimo drażnienia, wykonywanego przy rozmaitych zabiegach; to słusznie jest niedozwolone. Gdy zachodzi konieczność leczenia operacyjnego, to najlepiej posługiwać się elektrokoagulacją; ta zmniejsza możliwość przrztów.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 18 lutego r. 1938.

Przewodniczył Mesz.

Kohani Meinsterówna. Zespolenie przewodowo-dwunastnicze w dwukrotnie operowanym przypadku kamicy pęcherzyka z zapaleniem trzustki. (Z oddz. D. Kohana).

Przedstawiany przypadek zasługuje na uwagę ze względu na pewne cechy obrazu klinicznego oraz obrane postępowanie operacyjne. — Chora — 46 letnia — przybyła w VIII.37 r. na oddział wewn. z powodu typowych napadów bólu w prawym podżebrzu, dwukrotnie z wysoką t^o, żółtaczką o cechach mechanicznej. Napady ma od 6-u lat. W ciągu ostatnich miesięcy 2 napady gwałtownych bólów brzucha z utratą przytomności, z zamroczeniem. (Napady — nietypowe dla kamicy — przypominają raczej obrazy, występujące niekiedy w przewlekłym zapaleniu trzustki).

St. ob.: objaw Chełmońskiego +. Bilirubina we krwi w normie. Wstrzyknięcie kontrastu nie dało zarysu woreczka żółciowego. Skierowano chorą do operacji woreczka żółciowego (Dr Kohan). Usunięto woreczek; mały, w zrostach, zawierający konkrementy. Kontrola dróg żółciowych złogów nie wykazała. Wśród operacji stwierdzono obrzmienie główki trzustki. — Sączki przewodu żółciowego. — Przebieg ciężki; kilka dni zamroczona; tętno b. szybkie, chwilami prawie niewyczuwalne. Przyczyny tak ciężkiego stanu próżno szukano. — Gojenie rany postępowo prawidłowo. Chorą męczyły jednak biegunki, silne bóle brzucha. Gorączka podnosiła się do 40^o (bez widomej przyczyny). W dalszym przebiegu objawy te ustąpiły. — Po 4-ech tygodniach stwierdzono w kale barwinki żółciowe; po 6-u rana była zagojona. Bóle w nadbrzuszu

trwały; chorą skierowano na oddział wewnętrzny. Tam jednak były prawie stale, nasilając się napadowo, niekiedy z > t". Stan podżółtaczkowy.—Napady były niekiedy tak silne, że coraz częściej stosowano morfinę. Z wyników badań pomocniczych zwracał uwagę podwyższony poziom bilirubiny w surowicy — 2 jedn.. — Chirurg (K o h a n) w naradzie stwierdził, że dolegliwości chorej związane są — prawdopodobnie — z zapaleniem trzustki. Objawy retencji żółci oraz coraz silniejsze bóle skłoniły do próby leczenia operacyjnego (K o h a n). — W dawnym terenie operacyjnym i łożysku woreczka natrafiono na niewielki ropień żółciowy; po opróżnieniu — w jamie poczęła ukazywać się żółć. Powoli — dochodząc do głównego przewodu żółciowego — stwierdzono w nim szczelinę, z której sączyła się żółć. Po rozszerzeniu szczeliny — zgłębnikowanie przewodu żółciowego; konkrementów nigdzie nie znaleziono. Drogi żółciowe nacieczone; duże stwardnienie i nacieczenie w główce trzustki. Ocena (dr K o h a n) znalezionej stanu była następująca: obrzmiewanie główki trzustki, stwarzając okresowo przeszkodę w pap. Vateri, było powodem i retencji żółci, rozpoznanej klinicznie, i powstania ropnia (wskutek przedostawania się przez szczelinę żółci na zewnątrz). Ponieważ usunięcie przyczyny obrzmiewania trzustki nie było możliwe, należało — (mimo drożności przewodów podczas operacji) — zapewnić odpływ żółci przez stworzenie drogi dodatkowej. Złożono więc na krótkim drenie zatopionym zespolenie między wspólnym przewodem żółciowym a dwunastnicą. — Przebieg zupełnie pomyślny, bezgorączkowy. Rychłozrost. W 2 tyg. po operacji poziom bilirubiny w surowicy — w normie ($\frac{1}{2}$ jedn.); diastaza w moczu — 80 jedn.. — Obecnie uskarża się na nudności, brak łaknienia — lekkie bóle w nadbrzuchu, niekiedy napadowe; stan bez podżółtaczkowego zabarwienia. Wiążąc te dolegliwości z zapaleniem trzustki, zastosowano dietę bogato-węglowodanową, mało białkową, prawie beztłuszczową, insulinę, diatermię.

Zdjęcie w 2 tyg. po operacji wykazało dren „zatopiony“ na poziomie grzebienia pr. k. biodrowej. W 6 tyg. po operacji drenu już nie stwierdzono. Wypisana w stanie znacznej poprawy.

W rozprawie Fejgin zastanawiał się nad tym, czy nawrót i ciężki stan chorej po operacji zależny był tylko od zapalenia trzustki, czy też krótkotrwała niedrożność zależała od sprawy zapalnej w obrębie przewodów żółciowych, które podczas operacji okazały się tak bardzo nacieczone. W związku z omawianym przypadkiem nasuwa się też zagadnienie częstych nawrotów — po operacjach na drogach żółciowych z żółtaczką i bólami, niekiedy trudnych do wytłumaczenia. F. zastanawia się, czy by nie można było kontrolować terenu operacyjnego

bezpośrednio po zabiegu lub wkrótce potem za pomocą zdjęć rentgenowskich. Lubelski podkreślił, że najważniejszą tu rzeczą starać się dokładnie skontrolować przewód żółciowy, dwunastnicę i trzustkę przez wprowadzenie palca do otworu Winslowa. Niezbyt zrozumiale wydaje się tu, w jakim celu założono zespolenie na drenie, skoro odpływ żółci był zagwarantowany. Jochweds przypomina, że zdarzają się postaci zapalenia trzustki, przebiegające z żółtaczką zmienną, w których pęcherzyk żółciowy i drogi żółciowe są całkowicie wolne. — W odpowiedzi Kohan wyjaśnia, że podczas operacji drogi żółciowe okazały się bardzo nacieczone i, wobec niepewności szwów w tych tkankach, zdecydował się założyć zespolenie na krótkim drenie, wzmacniając szwy plastiką sieci. Co się tyczy nawrotów, to mają one zasadniczo miejsce w przypadkach zadawnionej kamicy żółciowej, co powinno być wskazaniem do wczesnych operacji. Bóle w okresie pooperacyjnym tłumaczyć należy rozszerzaniem się dróg żółciowych, które w ten sposób mogą wyrównać brak rezerwuaru dla żółci, jakim był usunięty woreczek. Ponad to bóle są zależne od współistnienia schorzenia trzustki.

Podlipski. **Przypadek rozległej resekcji żołądka.**
(Z oddz. A. Wertheima).

J. L. zgłosił się po raz 1-szy do szpitala 14. IV. 37. Typowy zespół objawów choroby wrzodowej dwunastnicy, z krwawieniami. Rtg.: stale utrzymująca się nisza w opuszcce dwunastnicy. — Zespolenie żołądkowo-jelitowe, celem odciążenia dwunastnicy, z myślą, by wrzód się zagoił. 4 miesiące chory czuł się dobrze. Po tym czasie ponownie smoliste stolce, później krwawe wymioty, wreszcie i bóle w nadbrzuszu. Ponownie zapisany 15. XII. 37. Rtg.: — zespolenie czynne, jednak przeważająca ilość treści kontrastowej idzie drogą normalną — przez dwunastnicę, — nadal tu obraz niszy w opuszcce, jak przed operacją. Zespolenie okazało się niedostateczne. Zdecydowano resekcję rozległą żołądka (dr Wertheim; 31. 12. 37). Pętlę jelita, zespoloną z żołądkiem odcięto; kikuty zeszyto szwem jednopiętrowym, poczym resekowano żołądek powyżej miejsca zespolenia z jelitem spos. Reichel-Poleja. Wrzód dwunastnicy był tak nisko, że usunięcie było niemożliwe.

Przebieg gładki; wypisał się bez dolegliwości. — Wydaje się, że usunięcie aparatu wydzielniczego żołądka i całkowite wyłączenie dwunastnicy z krążenia treści pokarmowej — da trwałe wyleczenie.

W rozprawie Kohan przytoczył inny sposób resekcji, polegający na wszyciu obu kikutów jelita cienkiego, po wycięciu zespolenia wraz z żołądkiem, do światła przeciętego żołądka.

WYRÓB POLSKI

URICEDIN

jest połączeniem soli zasadowych kwasów roślinnych z podstawowymi składnikami siarczanymi wód zdrojowych.

Przez dowóz alkalijskich kwasów owocowych i przez potęgowanie działania siarczanów Uricedin pozwala niezasobnym zastępować kosztowną kurację zdrojową leczeniem w domu.

WŁASNOŚCI:

rozpuszcza i wydalą kwas moczowy — zmienia reakcję kwaśną moczu na zasadową — wzmacnia utlenianie — zwiększa rezerwy zasadowe krwi — usuwa zastoje w krążeniu krwi, zwłaszcza w obrębie żyły wrotnej — pobudza perystaltykę i diurezę.

WSKAZANIA:

dna, gościec, rwa kulszowa, choroby nerek i pęcherza, choroby wątroby i pęcherza żółciowego, zaburzenia żołądkowe, zaparcie, otyłość, cukrzyca, miażdżyca tętnic.

DAWKOWANIE:

2—3 razy dziennie po łyżeczce Uricediny w szklance wody na $\frac{1}{2}$ godziny przed jedzeniem. Ciepły roztwór Uricediny potęguje działanie.

COLCHURECIN

(tabletki zawierają 1 g. Uricediny i 0,0005 Colchicyny).

Znakomity środek, uśmierzający szybko bóle

przy ostrych napadach:

DNY, GOŚĆCA, LUMBAGO, RWA KULSZOWEJ.

DAWKOWANIE:

2—3 razy dziennie po 1—2 tabletek rozpuszczonych w $\frac{1}{2}$ szklance wody.

OPAKOWANIE ORYGINALNE:

Rurka zawiera 15 tabletek à 1 g.

Próby i piśmiennictwo na żądanie P.P. Lekarzy

Zakłady Przemysłowe Chemiczno-Farmaceutyczne

„PROTON” Warszawa, Św Stanisława 9-11.

D. Kohan i J. K. Szpilman. Przyp. współistnienia przedziurawienia wyrostka robaczkowego i ropniaka pęcherzyka żółciowego.

Chora — lat 37 — przybyła na oddział w 3 tygodnie po przebyciu ostrej sprawy zapalnej, umiejscowionej w prawej połowie brzucha (wówczas rozpoznawano sprawę w wyrostku robaczkowym albo zapalenie woreczka żółciowego). Przed 8-iu laty napad kolki żółciowej. Mężatka; rodziła, nie ronila.

St. o b.: Dobrze odżywiona, lecz blada. T^o 38; tętno miarowe — dobrze napięte — 80. Płuca, serce — bez zmian.

Brzuch. Żywa bolesność i opór — naciek — pod łukiem żebrowym, po stronie prawej (2—3 palce poniżej łuku); poza tym brzuch miękki i niebolesny. Rozpoznano naciek okolicy woreczka żółciowego;—leczono zachowawczo. Leukocytoza — 9000. Mocz — bez zmian. Po 14-u dniach objawy zapalne ucichły. Cholecystografia: pęcherzyk żółciowy nie zarysował się kontrastowo. Zaproponowano zabieg operacyjny. Laparotomia (dr Kahan); w znieczuleniu eterowym cięcie przez mięsień prosty prawy. W jamie brzusznej stwierdzono naciek woreczka żółciowego. Zwyczajem oddziału przystąpiono do rezekcji wyrostka robaczkowego. Nie można go było zrazu znaleźć. Leżał przysrodkowo u kątnicy, był nacieczony, wrosnięty w przyległą петлę jelita kątniego. Na ścianie kątnicy i przyległej петли jelita ogniska ziarniny. Przy oddzielaniu wyrostka natrafiono na mały zbiornik ropy; w ścianie jego przedziurawienie. Po usunięciu wyrostka zastanawiono się, czy przystąpić jednocześnie do wycięcia woreczka żółciowego, objętego naciekiem zapalnym, w obawie powikłań operacyjnych. Zrazu ostrożniejsze wydało się zrezygnowanie z cholecystektomii. Wykonano ją jednak. Gdyby bowiem po usunięciu wyrostka miało powstać powikłanie w postaci zapalenia otrzewnej, należałoby się obawiać, że pod jego wpływem nastąpi także nasilenie sprawy zapalnej w woreczku żółciowym. To stworzyłoby groźną dla chorej sytuację. Mimo trudności technicznych usunięto woreczek. Przebieg operacyjny gładki. Po zostawieniu pasma gazy w miejscu nacieku wyrostkowego i drenu z sączkiem gazowym na okolicę woreczka brzuch zamknięto trzypiętrowo. Przebieg pooperacyjny gładki — bez > t^o. Wypróżnienie w 4 dniu po zabiegu. Rana w 12 dni zagojona. Już makroskopowe badanie usuniętego woreczka potwierdziło słuszność postępowania. Okazało się, że ściany woreczka były grube, nacieczone; miejscami ogniska ropne. Woreczek wypełniony treścią żółciowo-ropną i konkrementami. Z żółci wyhodowano b. coli. Stan, ustalony wśród zabiegu i wyniki badań, wskazują, iż tu rozegrały się 2 ostre sprawy ropne: zapalenie wyrostka z przebicciem i zapalenie woreczka żółciowego.

Współistnienie tych spraw zapalnych przewlekłych jest częstym zjawiskiem. Natomiast współistnienie spraw zapalnych ostrych — ropnych woreczka i wyrostka — stosunkowo rzadkie.

Kohani Meinsterówna. Przypadek nawrotu kamicy, powikłanej ropniami wątroby, po uprzednio wykonanej cholecystendyzie.

Przypadek zasługuje na uwagę, jako przyczynek do zagadnienia wskazań i wyboru metody w leczeniu operacyjnym kamicy żółciowej.

Chora, l. 40, przeniesiona z oddziału wewnętrznego (2 dni wcześniej przyjęta z powodu żółtaczk, gorączki, bólów brzucha). Przed 18 dn napad bólów w prawym podżebrzu z t° do 38°, następnie żółtaczk (z zabarwieniem stolców). Przed 10 laty była operowana z powodu napadów bólu w prawym podżebrzu. Usunięto jakoby woreczek żółciowy (50 drobnych kamieni). W 1/2 roku powróciły napady bólowe; odtąd powtarzały się co 2—3 miesiące (1—2 dni); gorączki nie mierzyła. Żółtaczk po raz pierwszy obecnie.

St. pr.: Stan ciężki. T. 38°, tętno drobne, przyśpieszone; język suchy. Żółtaczk. Brzuch b. wzdęty, żywo bolesny przy obmacywaniu, zwł. w prawej górnej 1/4. Objaw B l u m b e r g a + na całej przestrzeni.

Rozpoznano zapalenie dróg żółciowych z zatkania przewodu. Operacja (dr Kohan) wobec groźby żółciowego zapalenia otrzewnej.

Cięcie w dawnej bliźnie. Po otwarciu otrzewnej wypłynęła treść płynna żółta; woreczek duży, ściany cienkie, napięte. Nakłuciem wydobyto treść taką samą, jak w otrzewnej. U brzegu wątroby otwarto kilka widocznych drobnych ropni, <> wielkości wiśni. Ze względu na b. ciężki stan założono tylko przetokę woreczkową.

Po operacji stan lepszy. Gorączka ustąpiła, objawy otrzewnowe przycichły (brzuch miękki, oddawanie stolca i wiatrów). Wróciła jednak senność na przemian z silnym podnieceniem ruchowym; drobne drgania mięśniowe; wystąpiła niebawem wysypka o charakterze rumienia toks - zakaźnego; gorączka do 39°. Żółtaczk nasiliła się. Ponieważ tak objawy kliniczne, jak i zaburzenie chemizmu ustroju (obecność aminokwasów w moczu, znaczna azotemia z dużą ilością mocznika), wskazywały na istnienie sprawy, niszczącej miąższ nerki i upośledzającej jej czynność, leczenie szło głównie w kierunku podźwignięcia wątroby. Podawano więc duże ilości płynów i glukozy

dożylnie, doustnie, a następnie, drogą stałej kroplówki dożołądkowej, małe dawki insuliny, pernaemon. Mimo to stan zatrucia i wyniszczenie potęgował się. Chora zmarła w 3 tyg. po operacji.

Sekcja: kamień wielkości orzecha włoskiego w przewodzie żółciowym wspólnym; ropne zapalenie dróg żółciowych, ropień blisko górnej powierzchni płata lewego wątroby; zrosty górnej powierzchni płata lewego wątroby; zrosty górnej powierzchni wątroby z przeponą, tamże otorbione zbiorowiska ropy; odoskrzelowe zapalenie płuc dolnopłatowe; stare zmiany zapalne w otrzewnej.

Tu więc — z powodu niepowikłanej kamicy pęcherzykowej — wykonano zabieg cholecystydy — nacięcie ściany woreczka i wyjęcie kamieni. Nawrót napadów zupełnie podobnych — kamicy pęcherzykowej (bez objawów niedrożności przewodu) po operacji — da się wytłumaczyć jedynie ponownym tworzeniem się złożeń w pozostawionym woreczku. Pierwszy napad z żółtaczką w ciągu kilkunastu dni doprowadził do nieodwracalnego zniszczenia wątroby. — Wydaje się, że przypadek ten bezsprzecznie przemawia przeciwko ograniczeniu operacji w kamicy żółciowej do cholecystydy a za leczeniem operacyjnym (cholecystectomy) także kamicy pęcherzykowej. Należy również podkreślić, że dwukrotnie spostrzegano na oddziale zupełnie analogiczny, charakterystyczny przebieg przypadków, w których podczas zabiegu stwierdzało się ropnie wątroby. Objawy brzuszne były nieznaczne. Dominującym objawem są tu senność do śpiączki i szybko postępujące bardzo znaczne wyniszczenie, charłactwo „wątrobowe“.

W rozprawie Lubelski zaznaczył, że kontrola wyrostka robaczkowego podczas każdej operacji woreczka żółciowego nie jest wskazana, gdyż teren operacyjny woreczka żółciowego jest często zakażony, stąd możliwość szerzenia zakażenia. Raczej należy chorego przed zabiegiem najszczególniej zbadać, aby ustalić, czy w grę wchodzi wyrostek, czy też pęcherzyk żółciowy. W odpowiedzi (K o h a n) wyjaśnił, że właśnie tu okazało się, jak słuszne jest kontrolowanie wyrostka robaczkowego w każdym przypadku operowanego pęcherzyka żółciowego. Tu była — niezależnie od ropniaka pęcherzyka — ostra sprawa zapalna w wyrostku; gdyby usunięto tylko woreczek żółciowy, to w przebiegu pooperacyjnym niewątpliwie wystąpiłyby groźne objawy przedziurawienia wyrostka robaczkowego. Zazwyczaj na oddziale — po obejrzeniu i kontroli woreczka żółciowego, postępowanie zaczyna się od usunięcia wyrostka. Daje to wyniki dobre i jest zachęcające.

CHEMICZNA FABRYKA **SANDOZ**
dawniej
BAZYLEA, SZWAJCARIA

Preparaty wapniowe

„CALCIUM - SANDOZ“

granulki, zawierające 100%-owy niczem nie obciążony (dlatego też nie słodkie) organ. związek wapnia — są najbardziej czynne.

Tabletki.

Ampułki 10 cc i 5 cc
10% i 20% koncentracji.

„CHININ - CALCIUM - SANDOZ“

amp. 10 cc, 5 cc i 2 cc

CALCIBRONAT — granulki oraz ampułki — jako preparaty wapniowe zdobyły sobie uznanie — dzięki najbardziej opracowanemu sporządzeniu.

Powyższe, jak i następane:

**ALLISATIN, BELLAFOLIN, BELLER-
GAL, DIGILANID, FELAMIN, GYNERGEN
i SCILLAREN**

Składnica apteczna st. m. Warszawy
posiada na składzie w opakowaniach szpitalnych.

Br Karbowski. Przypadek guza pozasiodłkowego, leczony aplikatorem radowym, wprowadzonym do przedniego dołu czaszkowego.

Przypadek dotyczy pacjentki 40-letniej, która od 4-letnich lat nie widzi na lewe oko i cierpi na bóle głowy. Od 1½ roku trwa postępujące osłabienie wzroku oka prawego. Badanie okulistyczne (dr Pines): oko lewe — visus 0; tarcza całkowicie odbarwiona; oko prawe: correctio — 6 D sferycznych — 2 D cylindrycznych; vis. 5/60; tarcza różowa w postaci leżącego owalu. Pod tarczą stożek dolny biały.

Zdjęcie rentgenologiczne wykazało nieznaczne pogłębienie i poszerzenie siódła tureckiego.

Badanie neurologiczne (dr Hermann) wykryło jedynie obniżenie węchu po stronie lewej. Z przebiegu choroby i obrazu klinicznego wynikało, że ma się tu do czynienia z guzem oponiakiem, wychodzącym z rynienki n. węchowego, który na początku rozrastał się w przedniej jamie czaszkowej.

Na zabieg (od zewnątrz) chora nie zgodziła się. Wobec tego wykonano operację Hirsza. Podczas usuwania przegrody między zatokami nadłamana została część blaszki rynienki węchowej, skąd ukazał się twór elastyczny, wielkości fasoli, zasłaniający zatokę klinową. Nabój radowy, zawierający 10 mgr. radu w filtrze milim.-platynowym, wkłuto po 2 tygodniach w guz; pozostawiono go na 48 godzin.

Po wprowadzeniu naboju bóle głowy wzmogły się; była sztywność karku. Pomimo ciężkich objawów chora była w stanie euforii, usiłowała dowcipkować. Płyn mzg. rdz. wykazał pleocytozę — 56 elem.; ilość białka — 0,48.

Po usunięciu naboju radowego stan podrażnienia opon i zmiany psychiczne utrzymywały się jeszcze przez 3 tygodnie. Stopniowo ustąpiły bóle głowy, znikła też euforia; chora, badana po 3-ach miesiącach, wykazała obiektywną poprawę wzroku oka prawego w postaci znacznego poszerzenia pola widzenia. Samopoczucie chorej dobre.

Z załączonego rentgenogramu widać, że aplikator znajdował się w przedniej jamie czaszkowej.

W rozprawie Lubelski omawia trudne warunki tych operacji pod względem aseptyki. Odczyn oponowy po operacji mógł być następstwem podrażnienia opon u podstawy przy wprowadzeniu zbyt głębokim aplikatora radowego. Mészardi uzupełnienie zdjęcia Rtg., by ściśle ustalić do jakiego miejsca wkłuto aplikator. Karbowski w odpowiedzi broni zasady swego postępowania; droga, którą obrał, była aseptycznie przygotowana, operacja wykonana transseptalnie. Rzecz możliwa, że aplikator przesunięto częściowo poza guz, ale nie spowodowało to septycznych objawów oponowych i komplikacji.

Sprawozdanie z posiedzenia w marcu r. 1938

Przewodniczył Płoński.

Sterling i Stein. **Przypadek powikłanego zapalenia mózgowia** (Z oddz. Wł. Sterlinga).

20-letnia chora 1.11.38 straciła przytomność na kilkanaście minut (zbiegło się to z końcem menstruacji). Podobno miała drgawki. Przez kilka dni bóle głowy i wymioty. Po tym epizodzie 1.11.38 (i tym razem także w końcu menstruacji) znów straciła przytomność na $\frac{1}{2}$ godziny i miała drgawki. Odtąd stale b. silny ból głowy i wymioty. Neurolog wówczas stwierdził ledwie zaznaczone objawy oponowe, bez zmian na dnie oczu; już wtedy był zupełny brak odruchów ścięgnistych na dolnych kończynach. 4 lutego chora utraciła nagle całkowicie władzę w prawych kończynach oraz mowę. Chora była zamroczona; t° do 39° . W tym stanie skierowana do szpitala. — Tu w narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. W zakresie układu nerwowego stwierdzono natomiast opór karkowy, objawy Kerniga górny i dolny, tylko z lewej strony; zupełny wiotki bezwład prawostronny z całkowitą niemotą; odruchów ścięgnistych i okostnowych na kończynach nie było. Odruchy brzuszne po stronie porażonej zniesione, po lewej dobre. Na uklucia powierzchni kończyn porażonych normalnie reagowała.

Dno oczu bez zmian. Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego wzmożone — 320 mm. Hg. — Podawano salicyl doustnie; 40% cukier gronowy dożylnie. Zwolna poprawa.

W 3 tygodniu pobytu na oddziale ustąpiła niemota zmysłowa, z kolei, w czwartym — ruchowa. W 3 tygodniu zjawiły się odruchy na kończynach (po str. porażonej żywsze), a później okostnowe. W 4 tygodniu wystąpiły ruchy w porażonej nodze. W 2-im miesiącu choroby już o własnych siłach chodziła. — Tu trudności rozpoznawcze nasunęły się już w okresie przed wystąpieniem bezwładu. Znaczne bóle głowy i nudności, obok braku odruchów ścięgnistych, nasuwały zrazu przypuszczenie meningitis serosa, a rzekome odejście tasiemca (co podkreślała rodzina chorej) jakby nasuwało myśl o etiologii sprawy chorobowej. Nagły bezwład prawostronny z całkowitą niemotą, czego się na ogół nie spostrzega w meningitis serosa, przypuszczenie tej sprawy chorobowej — jako zasadniczej — wyłączał

Ostry względnie początek cierpienia, z t° wysoko utrzymującą się przez szereg dni, z zamroczeniem i bez tarczy zastoinowej, z jednoczesnym zniesieniem odruchów, wyłączał też przypuszczenie guza. Badanie internistyczne nie dało podstawy

do rozpoznania ewentualnego zatoru w mózgu. Badanie laryngologiczne i rentgenologa nie wykryło znamion ropnia mózgu. Rozpoznanie wylewu krwawego w mózgu również nie mogło się ostać.

Nie było też kiły.—Dlatego też wydało się, że było tu zapalenie mózgu. Przemawiałyby za tym: względnie ostry początek cierpienia, przebieg jego, wyraźna — chociaż powolna — poprawa.—Tego rodzaju zapalenia mózgu wyodrębnił w r. 1885 Strümpell. Francuzi wymieniają je pośród tak zwanych pierwotnych zapaleń mózgu, jako postać „apoplektyczną“ Raymond'a i Philippe'a. — Tego rodzaju zapalenie mózgu wikła często zapalenie opon, zakrzepy żył mózgu i zatok, wysiewy coraz to nowych ognisk zapalnych.

I tu było powikłane zapalenie mózgowia. Bardzo wysokie ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego (420 mm. Hg. zamiast 120), utrata odruchów ścięgnistych i ich powrót po upuście płynu mózgowo-rdzeniowego, świadczą o powikłaniu sprawy przez surowicze zapalenie opon. Jakkolwiek prelegenci rozpoznają tu z dużym prawdopodobieństwem istnienie sprawy zapalnej mózgowia, to jest też pewien moment wywiadu, który z tym obrazem nie dałby się połączyć. — A mianowicie — napad drgawkowy, bóle głowy i wymioty już o miesiąc przed obecnym zachorowaniem. Ten moment właśnie każe się wypowiedzieć o wskazanym rozpoznaniu z zastrzeżeniem w tej myśli, że jednak trudno tu wyłączyć zupełnie i guz mózgu.

W rozprawie Higier zgodziłby się raczej z poglądem, że sprawa jest niewątpliwie zapalna, korowa. Poprawa kończyny dolnej jest widoczna. Rokowanie dobre. Sterling podkreślił trudności rozpoznawcze, które tu się na początku nasuwały w związku z połowicznym porażeniem i brakiem odruchów oraz w związku z drgawkami, które wystąpiły kilka tygodni przed zachorowaniem. Jednakże przebieg kliniczny, zanikanie objawów i poprawa ogólna potwierdzają rozpoznanie też i ostrego surowiczego zapalenia mózgowia.

S. Szmerner i J. Hoffenberg. Z kazuistyki grypowych powikłań płucnych. (Z oddz. M. Landsberga).

9. II. 38 r. przyjęto na oddz. chir. 52-letniego handlarza ulicznego z powodu bólów w nadbrzuszu. Stwierdzono tu: T^0 — $37^{\circ}3$; tętno 100/min.; odżywienie upośledzone; bledy; język wilgotny, pokryty brunatnym nalotem. Brzuch płaski, żywo bolesny przy obmacywaniu w nadbrzuszu; m. prosty po stronie prawej mocno napięty; Blumberg +. Chory podaje, że przed 3 dniami wystąpiły dreszcze, podwyższona t^0 ; następnego dnia silne bóle umiejscowione w nadbrzuszu; mdłości, bez wymiotów. Stolce +; wiatry odchodzą. Od 3-ch lat okresowe o zmien-

nym nasileniu bóle w okolicy dołka podsercowego. — Przypuszczano tu zrazu wrzód żołądka.

Po 3-ch dniach pobytu na oddz. chir. t^o wróciła do normy; bóle trwały. Po kilku dniach: na całej przestrzeni płuca lewego z tyłu stłumienie opuku, osłabienie oddechu oraz liczne rżenia drobnobańkowe. 19. II. 38 zdjęcie Rtg. kl. piersiowej: zupełne zaciemnienie lewego płuca, w górnej 1/2 równomierne zgrubienie opłucny, w dolnej nacieczenie, pośrodku jasne. Oskrzela rozszerzone. Rentgenolog przypuszczał, że tu zgorzel płuc. — St. ob. na oddziale wewnętrznym 20. II 38: lekkie przytłumienie nad całym lewym płucem od tyłu, z przodu nad — i pod obojczykiem. Osluchowo: z tyłu po str. lewej nad szczytem i w przestrzeni międzyłopatkowej oddech oskrzelowy, liczne rżenia wilgotne; z przodu oddech chuchający pod obojczykiem i oskrzelowy w linii pachowej, poza tym liczne rżenia dźwięczne. Ból w nadbrzuszu, m. proste napięte. Należało wysświetlić tu 2 rzeczy: 1) sprawę płucną, 2) sprawę brzuszną.

Co do 1-g^o punktu — nie można było godzić się z rozpoznaniem zgorzeli płuc, wydało się ono nam niesłuszne. Rozbieżność tu była zbyt wielka między tak ciężkim schorzeniem a stanem ogólnym chorego: nie skarżył się na kaszel. spluwał skąpo, plwocina zupełnie bez woni; t^o była > tylko w 1-wszych dniach, it.d. Rozwój choroby wyłączył też zgorzel płuc. Fizykalne objawy ustąpiły znacznie: znikło stłumienie, oddech oskrzelowy i rżenia, tylko u lewej pachy dają się słyszeć pojedyncze rżenia i zjawiał się szmer tarcia opłucnowego. Bad. k r w i: Cz. c. 4.750.000. B. c. 6.800. Wzór S-42-E-2, L. — 53, Mon. — 3. Opadanie krwinek: 21 mm/godz. Badanie plwociny: Koch —; włókna sprężyste —. Bad. Rt g. 8. III. 38: Zaciemnienie lewego pola płucnego znacznie mniejsze; plamisty naciek w środkowej części pola płucnego, odwnękowo. Przepona nierówna, uniesiona cyfłowato (zrost). Należy też wyłączyć tu gruźlicę płuc (szybki zanik sprawy płucnej, brak prątków Kocha i td.). — Rozpoznano tu grypowe zapalenie płuc. Gruź. zap. płuc — to zapalenie zrazikowe. Początkowo drobne ogniska w mięszu tworzą się jako dalszy ciąg zajęcia oskrzelików. Zmiany fizykalne są tu początkowo nikłe, jak i w danym przypadku, rozsiane (bronchopneumonia gripposa dispersa — pneumonia lobularis). Zwykle taki stan mija; ogniska zlewają się, zajmują całe płaty, wówczas jest obraz rzekomego płatowego zapalenia płuc (pneumonia pseudolobaris). Tu odmienny jest tylko obraz ogólny, który na ogół w przypadkach grypowego zap. pł. według określenia R z ę t k o w s k i e g o, bywa „zapaściowo-zakaźny“. Rt g. także tu bardzo pouczający; wskazuje, jak ostrożnym trzeba być w interpretacji obrazów na zdjęciach.

Co do 2-go punktu, t. j. sprawy brzusznej, zastanawiano się, czy ma się tu rzeczywiście do czynienia z drążącym wrzodem żołądka z odczynem otrzewnowym, czy też tu tylko odruch otrzewnowy (peritonismus).

W czasie pobytu chorego na oddz. objawy brzuszne ustąpiły. Próba benzydynowa w kale ujemna. Bad. treści żołądk.: naczeczko L — 40; A — 60; Po próbnym śniadaniu L — 43; A — 100. Rtg. wykazał tylko — gastro-duodenoptosis. Należy tu przechylić się ku hipotezie, że epizod brzuszny był spowodowany przez odruch otrzewnowy (peritonismus) wskutek zapalenia pł. z ogniskiem nadprzeponowym i odczynem oplucnowym.

Szper i Ałapin. **Przypadek guza woreczka żółciowego.** (Z oddz J. Szpera).

D. L. przybyła 30.XII.37 r. z powodu bólu w nadbrzuszu. Przed paru laty napady bólowe; rozpoznano kamicę żółciową (bez żółtaczki). Obecne dolegliwości trwają od paru miesięcy; ból z nadbrzusza promieniuje ku łopatkę pr., bądź do łędźwi; straciła łaknienie, zeszczułała. Stolce zaparte lub znów wolne (ostatnio).

Stwierdzono tu guz w prawej $\frac{1}{2}$ śródbrzusza (\pm 5 cm. na 12 cm.), nieco ruchomy, dobrze odgraniczony od dołu i boków, mniej od góry; nie bolesny; twardy, gładki. Wylączono guz wstępniczy i kątnicy. po zbadaniu rtg. kiszki grubej przez wławkę. Natomiast zdjęcie rtg. nerek wykazało cień guza po stronie prawej,—mogący odpowiadać pr. nerce Pyelografia wykazała zarys nerki, niezależny od guza; jednocześnie widać było przesunięcie moczowodu pr. do kręgosłupa, jakby wskutek odepchnięcia przez guz.

Sądząc przeto, że ma się tu do czynienia z guzem zaotrzewnowym, zakwalifikowano chorego do operacji w tej okolicy. Jednak cięcie łędźwiowe wykazało, że okolica zaotrzewnowa jest wolna, nerka niezmienniona, a guz był wewnątrzbrzuszny. Zeszycie powłok. Ponowne cięcie przysródkowe prawostr.; okazało się, że tworem był olbrzymio rozdęty woreczek żółciowy; cała ściana jego była już nowotworowo zwyrodniała (adenocarcinoma — Płóńskie r). Przerzutów nie stwierdzono. Woreczek usunięto. Przebieg gładki. Wypisana w stanie dobrym. Przypadki takie mogą być łatwo źródłem błędów rozpoznawczych, a dany zasługuje też na uwagę ze względu na doszczętną operację, mimo rozległych zmian nowotworowych w ścianie woreczka. (Okazano preparat).

„EMPHYSAL”

Nr. rej. 1254

Dwujodek kofeino-teobrominowy

Wprowadzony do Lekospisów: Związku Kas Chorych, Szpitalnictwa, Kolei Państwowych i innych.

W S K A Z A N I A:

1. **Rozedma płuc** (Emphysema pulmonum)
2. **Nieżyt oskrzeli i dróg oddechowych** (Bronchitis chronica)
3. **Miażdżyca naczyń obwodowych i wieńcowych serca** (Sclerosis)
4. **Dychawica sercowa i oskrzelowa** (Asthma cardiacum et bronchiale)
5. **Przewlekłe schorzenia mięśnia sercowego** (Myodegeneratio musculi cordis)
6. **Wzmoczone ciśnienie krwi** (Hypertensio)

Sposób użycia: Dziennie 2-5 łyżeczek. od herbaty podług wskazówek lekarza.

ZAKŁ. CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

„V A P O R”, Mgr. R. Herynowski, Warszawa,
ul. Żelazna 30. Telefon 6.61-39.

Benedykt Glass. **Ostra niedodma płuca.** (Z oddz. B. Jochwedsa).

Chłopiec, lat 17, przybył do oddziału d-ra Wertheima 14.III.38, skierowany z miasta z rozpoznaniem pęknięcia przepony. Był jakoby zawsze zdrowy. Poprzedniego dnia, w czasie zabawy z młodszym bratem, chciał go podnieść; dostał gwałtownego bólu w lewej połowie klatki piersiowej; upadł. Stracił też podobno przytomność. Równocześnie wystąpiła znaczny stopnia duszność. Ból po stronie lewej trwał. Po przybyciu do oddziału, stan w dniu 14 b. m. był ciężki. Temperatura $39^{\circ}5$, tętno 140, duszność i sinica, ból po stronie lewej. Stwierdzono stłumienie nad całym lewym polem płucnym z osłabionym oddechem. Badanie rentgenowskie, wykonane wkrótce po przybyciu chorego do szpitala, wykazuje jednoznaczne zacinienie lewego pola płucnego ze znacznym przesunięciem serca i niewielkim przesunięciem tchawicy w lewo. Przepona nie uniesiona. Rozedma płuca prawego. Następnego dnia temperatura opadła— $37^{\circ}5$, duszność i sinica mniejsze. Stan chorego nieco lepszy. Na trzeci dzień pobytu chorego w szpitalu temperatura $37^{\circ}5$. Chory nie kaszle i nie pluje, jest osłabiony. W dniu tym Gl. był wezwany do chorego celem usta-

lenia rozpoznania. Badanie fizykalne stwierdziło stłumienie ze zniesieniem drżenia w dole lewego płuca. Nad górną częścią płuca oddech pęcherzykowy, nad stłumieniem prawie ze zniesiony,—na pograniczu z odcieniem oskrzelowym. Serce znacznie przeciągnięte w lewo. Zdjęcie rentgenowskie wykonane dnia następnego wykazuje obecność w płucu lewym szeregu ognisk cieniowych, częściowo zlewających się w dole płuca. Serce znacznie przeciągnięte w lewo, płuco prawe bez zmian. Następnego dnia t^o poniżej 37; badanie fizykalne nie stwierdzało już jakichkolwiek odchyleń od normy; chory czuł się całkiem dobrze. Badanie rentgenowskie, wykonane na 7-y dzień pobytu chorego w szpitalu—bezpośrednio przed wypisaniem—nie stwierdzało żadnych zmian chorobowych w narządach klatki piersiowej.

Wywiady, a mianowicie gwałtowne wystąpienie bólów i duszności, po wysiłku, nasuwają przede wszystkim myśl o odmie samoistnej. Wynik badań—fizykalnego i rentgenowskiego — przemawia niezbitnie przeciw temu rozpoznaniu. Na podstawie objawów fizykalnych można było myśleć o wysięku opłucnowym, który wystąpił gwałtownie, powiedzmy o wysięku krwawym a pourazowym, na skutek pęknięcia jakiegoś naczynia. Zgadzało by się to z objawami fizykalnymi; nie tłumaczyło jednak zarówno przeciągnięcia serca w stronę chorą oraz szybkiej poprawy. Wysoka gorączka oraz ciężki stan chorego nasuwać mogły przypuszczenie płatowego zapalenia płuc. Jednak w płatowym zapaleniu płuc objętość płuca w ciągu pierwszych paru dni choroby jest zwiększona, a nie zmniejszona, jak w danym przypadku. Wreszcie—jako ostatnie rozpoznanie — wysunąć należy ostrą niedodmę płuca.

Niedodmą nazywamy stan, w którym płuco jest zapadnięte, pęcherzyki płucne nie zawierają powietrza, a ściany ich się stykają. Niedodma dotyczy może całego płuca jak i jego części. Objętość płuca niedodmowego jest znacznie zmniejszona. Wystąpienie niedodmy może być jawne lub skryte. Rozwijając się ona może ostro, bądź przewlekłe.

Naglemu jej wybuchowi towarzyszą bóle, duszność, przyspieszenie tętna, wzniesienie ciepłoty bardziej lub mniej znaczne, nieraz leukocytoza. W innych znowu przypadkach zjawieniu się niedodmy nie towarzyszą żadne objawy, wykryć ją możemy badaniem rentgenowskim. Badanie rentgenowskie stwierdza zacinienie płuca o wyglądzie szyby matowej, bądź o wyglądzie cienia wątrobowego, zacinienie jednolite bez widocznej struktury. Śródpiersie jest przeciągnięte jednolicie w stronę chorą, przepona uniesiona. Zdrowe odcinki płuca są w stanie rozedmy. Badanie fizykalne stwierdza zapadnięcie i unieruchomienie odpowiedniej połowy klatki piersiowej ze stłumieniem i zniesieniem całkowitym bądź osłabieniem oddechu,

który mieć może nieraz odcień oskrzelowy. Tu znajdują się wszystkie cechy obiektywne niedodmy całego lewego płuca.

Jak wiadomo — niedodma płuca powstać może na skutek uniedroznienia głównego oskrzela z przyczyn bądź zewnętrznych, bądź wewnętrznych. Ucisk od zewnątrz, np. przez gruczolę, płyn opłucnowy, tętniaki, blizny i t. p., nie powoduje nigdy ostrego wystąpienia niedodmy. W tych przypadkach niedodma rozwija się przewlekłe. Niedodma ostra powstaje zazwyczaj na skutek zatkania światła oskrzela przez ciało obce, przez skrzep krwi, przez czop śluzowy lub włóknikowy, przez martwak płucny, przez lipiedol, przez pasożyty, przez uszypułowane polipy, brodawczaki i włókniaki i t. p.. Jednak sam czynnik mechaniczny, sam fakt znalezienia się ciała obcego w oskrzeli nie wystarcza jeszcze do wytworzenia się niedodmy. Drugim ważnym czynnikiem jest zaburzenie w oddychaniu, a więc płytkie, powierzchowne oddychanie czy to na skutek bólu pourazowego, czy też w przebiegu pooperacyjnym. Wreszcie trzeci czynnik — to stan kurczowy oskrzela, odruch obronny, który chwilowo staje się odruchem szkodliwym. Zdarzają się przypadki, w których łatwo jest stwierdzić przyczynę powstania niedodmy. Dzieje się tak w przypadkach niedodmy pokrwtoczej, jak np. w przypadku, opisanym przeze mnie w 33 r.; dzieje się tak w przypadkach niedodmy na skutek połknięcia zębów, mostków zębowych i t. p. ciał obcych. Inaczej jest jednak w danym przypadku. Chory zapewniał mnie, że bezpośrednio przed wystąpieniem niedodmy nie miał nic w ustach, nie mógł być więc nic połknąć. Wobec tego pozostają nam 2 hipotezy. Pierwsza — to skurcz oskrzela odruchowy. P u d o r uzyskiwał niedodmę u ząb na skutek skurczu oskrzela po drażnieniu nerwu błędnego. Tak samo szereg innych autorów mówi o niedodmie odruchowej na skutek jedynie skurczu oskrzela. O ile jednak — zdaniem G l. — niedodmę może spowodować skurcz małych oskrzeli, o tyle wątpliwe, by odruchowemu zaciśnięciu ulec mogło główne oskrzele płuca. Prawdopodobniejsza zatem jest hipoteza druga, a mianowicie — obecność uszypułowanego guza dobrotliwego, który w czasie wysiłku na wdechu wklinował się i zatkał światło oskrzela. Zaznaczyć należy, iż opisane są przypadki niedodmy, w których nie udało się ustalić przyczyny ich powstania. Przypadek taki opisał K n i p p i n g z kliniki B r a u e r a w Hamburgu, gdzie najdokładniejsze badania nie wykryły obecności ciała, zatykającego oskrzele.

Jest rzeczą bardzo ciekawą, że objawy subiektywne niedodmy występują w chwili zatkania oskrzela. Niemal, że natychmiast występuje zaburzenie krążenia i oddychania. Wytwarza się bowiem t. zw. — przez szkołę B r a u e r a — krótkie spięcie, mianowicie krew żylna nie zostaje utleniona i, jako taka, wraca do serca. Objawy rentgenowskie atelektazy ro-

zwijają się całkowicie w ciągu 2 godzin, a zatem objawy subiektywne i objawy mechaniczne, mianowicie przesunięcie serca, śródpiersia, podniesienie przepony oraz zapadanie się klatki piersiowej, wyprzedzają wystąpienie objawów rentgenowskich.

Wysoka ciepłota, jaką obserwowano w danym przypadku, często towarzyszy wystąpieniu ostrej niedodmy. Zjawia się ona na skutek nagromadzenia się przesięku, na skutek obecności zastojów biernego w płucu. Jeśli przesięk ten pozostaje jałowy, ciepłota szybko opada. Do tej grupy przypadków należą prawdopodobnie często opisywane jednodniowe zapalenia płuc. Jeśli przesięk ulegnie zakażeniu, rozwinąć się może ropienie i zgorzel.

Jedną z cech charakterystycznych niedodmy jest znaczne zwiększenie ciśnienia ujemnego wewnątrzopłucnowego. W przypadku danym nie sprawdzono wielkości tego ciśnienia.

Leczenie niedodmy ma na celu udrożnienie oskrzela. Przy zatkaniu oskrzela ciałem obcym znaczną rolę odgrywa, jak już wspomniałem, skurcz oskrzela. Nieraz skurcz ten ustępuje sam, a niedodma cofa się niemal że równie szybko, jak powstała, jak to było w danym przypadku. Nieraz skuteczne są silne środki przeciwkuczrowe, jak morfina lub eukodal, które G. l. podaje z reguły w ciągu pierwszych 24 godzin od wystąpienia niedodmy. Nieraz dobre usługi oddaje nakłucie opłucny i wyrównanie ciśnienia ujemnego. Najpewniejszym środkiem leczniczym jest jednak bronchoskopia. (Streszczenie własne)

W rozprawie R a k o w e r czyni zastrzeżenia w sprawie przypuszczalnej tu etiologii. Dla ustalenia polipa, bądź też innego tworów uszypułowanego w oskrzeli, konieczne badanie bronchoskopowe. Można by tu przypuszczać również inną przyczynę—zamknięcie światła w oskrzeli, a więc wylew podśluzówkowy itp.. Reznikow omawia przyczyny, sprzyjające powstaniu niedodmy płuca. M e s z, wśród innych przyczyn, przytoczył możliwość urazu n. phrenicis, co powoduje uniesienie przepony ku górze. P ł o ń s k i e r—wśród własnego materiału sekcyjnego — stwierdził w 2 przypadkach polipy dużego oskrzela.

Sprawozdanie z posiedzeń w kwietniu r. 1938.

Przewodniczyli P ł o ń s k i e r i R o t s t a d t.

A. Süsswein. Postać wielonerwowa rozszianego zapalenia układu nerwowego z zajęciem nerwów twarzowych. (Z oddz. E. Hermana).

S. K., 34-letnia. 2 tygodnie przed przybyciem do szpitala zaczęła odczuwać palenie i mrowienie w kończynach górnych i dolnych; po tygodniu wystąpiło porażenie twarzy. Jednocześnie odczuła osłabienie kończyn, a na tydzień przed przybyciem do oddziału zamglenie wzroku. Od samego początku

EKSTRALIT

kąpiele

DEFUZOLIT

nacierania

OZONOLIT

kompresy

PAJERSKI

Z PIŚMIENNICTWA — *Dr. J. Raczyński.*

„Jako bardzo ważny moment, popierający wymienione leki (Ekstralit, Defuzolit i Ozonolit), należy podnieść, że dadzą się one zastosować wszędzie, nie tylko w szpitalach i lecznicach, ale także w domu chorych, w mieście i na wsi, gdzie środków innych przegrzewających, jak np. diatermii, nie jesteśmy w możności zastosować“.

silne bóle głowy. Zaburzeń ze strony zwieraczy nie było. Przedmiotowo stwierdzano na początku całkowite porażenie obwodowe lewego nerwu VII-go, w mniejszym stopniu prawego, osłabienie wzroku, obustronnie $\frac{1}{3}$ (po korekcji $\frac{5}{5}$) bez zmian na dnie oczu i mroczków środkowych. Koncentryczne zwężenie pola widzenia dla barw i powiększenie plamki Mariota po stronie prawej. Dość znaczne naoliwienie twarzy. Osłabienie siły mięśniowej kończyn górnych i dolnych bardzo nieznacznego stopnia, bolesność pni nerwowych, zwł. na kończynach dolnych, brak wyraźnych zaburzeń czucia, zwłaszcza głębokiego. Dymetria w kończynach górnych. Chód zlekka paretyczno-ataktyczny. Obustronny Laségue. Odruchy kolano-we i ze ścięgna Achillesa normalne. W płynie mózg.-rdzeniowym bez zmian. Wasserman we krwi i w płynie ujemny. Pobudliwość błędników prawidłowa. Badanie elektryczne nerwów twarzowych i nerwów kończyn dolnych wykazało jedynie zmiany ilościowe. Obraz choroby nasuwał wątpliwości, czy ma się do czynienia z zapaleniem wielonerwowym, czy też z rozsianym nagminn. zapaleniem układu nerwowego. Silne bóle głowy, naoliwienie twarzy, małe zaburzenia czucia, niewybiórcze osłabienie wszystkich mięśni, rzadkie w zapaleniu wielonerwowym zajęcie nerwów twarzowych i objawy oczne,

jak zwięzienie koncentryczne pola widzenia dla barw oraz powiększenie plamki Mariota w oku prawym, przemawiają raczej na korzyść rozpoznanej postaci wielonerwowej rozsianego zapalenia ukł. ner.. Zapalenie rozsiane układu nerwowego poraz pierwszy opisane zostało przez Redlich'a (1927), a dokładnie rozbudowane pod względem klinicznym i anatomicznym przez Flatau'a. Jak wynika z podziału rozmaitych postaci encephalo-myelitis epidemica disseminata, podanego przez Hermana na Zjeździe neurologów w Londynie, postać wielonerwowa jest jedną z siedmiu wymienionych w pracy tego autora podstawowych form tego schorzenia. Przypadek dany jest przykładem tej postaci, przyczym szczególnie charakterystyczne jest obustronne zajęcie nerwów twarzowych, które obok VI-tej pary, rzadziej III, są najczęściej uszkodzone w zapaleniu nagminnym rozsianym układu nerwowego. Diplegia facialis zdarza się dość rzadko. Ostatnio przedstawiali taką postać w zapaleniu rozsianym ukł. nerwowego w szpitalu Sterling, Stein i Wolf. Poza tym zdarza się ona w zapaleniach wielonerwowych. Przypadek taki z oddz. dra Hermana pokazywał Fusswerk. Na posiedzeniu Towarzystwa Neurologicznego Paryskiego w 1935 r. — Alajouanin; 14 przypadków obustronnego zajęcia nerwów twarzowych w zapaleniu wielonerwowym spostrzegął Taylor. Diplegia facialis zdarza się jeszcze w białaczce (Laroche-Chatelin), tężcu, schorzeniach mostu i obustronnych sprawach usznych lub zatok nosowych. — Tu przebieg jest łagodny. Leczenie polegało na naświetlaniu promieniami Roentgena ukł. nerw, podawaniu hemthysalu dożylnie oraz związków sulfamidowych doustnie.

W rozprawie Higier wyraził wątpliwość o możliwości przechodzenia encephalomyelitis w sclerosis multiplex. Sprawa ta pozostaje nieudowodnioną. Herman sądzi, na podstawie prac Flatau i własnego doświadczenia, że rzecza możliwa przejście ostrych zapaleń nagminnych mózgu i rdzenia w różne postaci stwardnienia rozsianego.

Gurfinkiel. Przypadek azotemii hypochloremicznej. (Z oddz. M. Landsberga).

J. S., lat 26 — przebyła w końcu stycznia rb. sztuczne poronienie; przez 2 tygodnie miała dreszcze, bóle brzucha i krwawienie maciczne; w ciągu następnych 2 tygodni tych dolegliwości nie było, uczuła się znacznie lepiej. W końcu lutego wystąpiły nagle bóle całego brzucha i wymioty, trwały dniem i nocą. Po tygodniu takiego stanu — 5.III.38 skierowano ją do szpitala; chora była zamroczone i wciąż wymiotowała. — St. ob.: skóra — sucha, wiotka, błony śluzowe blade. Płuca i serce — bez zmian. Tętno miarowe — 88 na 1', t⁰ — nor-

malna, ciśnienie $100/80$. Brzuch nieco wzdęty i miernie bolesny. Wątroba — powiększona, o szer. 2 palców. Narząd płciowy — bez zmian. We krwi: 266 mgr. % mocznika;

Cl' $\frac{+ \text{ w osoczu } 234,3 \text{ mgr. \%}}{\text{ w krwinkach } 110,05 \text{ mgr. \%}}$ W m o c z u: białka — 1%, urobilogen — znacznie zwiększony; w osadzie: 10—15 leukoc., kilka czerw. ciałek i 5—7 wałeczków ziarnistych w polu widzenia; odczyn Biernackiego 30' wg Linzenmayera.—Rozpoznano azotemię hypochloremiczną i tegoż dnia 5 marca przystąpiono do energeticznego chlorowania i podawanie preparatów wątroby w zastrzykach. — Już następnego dnia była ogromna poprawa; wymioty i zamroczenie świadomości ustąpiły. Przy dalszym pobieraniu NaCl i preparatów wątroby chora z dnia na dzień wyraźnie poprawiała się; wymioty nie powtórzyły się, bóle głowy i brzucha — ustąpiły, ciśnienie krwi podniosło się do $125/80$. Diureza poprawiała się z dnia na dzień.—13 marca zaprzestano dalszego leczenia; wyzdrowiała.

Równoległe do poprawy klinicznej w szybkim tempie co raz bardziej przybliżały się do normy wyniki badań laboratoryjnych. Składniki patologiczne w moczu szybko zaczęły się zmniejszać, a 12 marca mocz był normalny.

Dalsze badanie krwi 7 marca: mocznika — 93.2 mgr. %;

Cl' — $\frac{\text{osocze } 269.8 \text{ mgr. \%}}{\text{krwinki } 127 \text{ mgr. \%}}$; 9 marca: mocznika 29.4 mgr. %

13 marca: Cl' $\frac{\text{osocze — } 365.65 \text{ mgr. \%}}{\text{krwinki — } 195.25 \text{ mgr. \%}}$

Wyniki innych badań: bilirubina we krwi w normie, odczyn Was. i Widal — ujemne; posiewy krwi i moczu — jałowe; próba wodna i sucha — wynik normalny; morfol. bad. krwi: cz. c. $4\frac{1}{2}$, Index. — 0.8. Biał. c. 8000; seg. — 73%, pał.—5%; limf. 20%, mon. — 2% — Była tu więc azotemia hypochloremiczna, powstała niewątpliwie po uporczywych wymiotach i bez udziału pierwotnego czynnika nerwowego. Przeciwno nerkowemu jej pochodzeniu przemawiał: 1) brak nadciśnienia; 2) ustąpienie wszelkich objawów ze strony moczu w bardzo krótkim czasie pod wpływem chlorowania chorej i podawania preparatów wątroby; 3) nieupóźdzona czynność nerek. Trudno tutaj ustalić, co było pierwotną przyczyną niepowsięgłych wymiotów i bólów brzucha. Przypuszczać należy, że punktem wyjścia dla całej sprawy było sztuczne pononienie. Być może, że infekcja umiejscowiła się gdzieś w okolicy prawej nerki lub pęcherzyka żółciowego w pobliżu otrzewnej, co wywołało bóle i wymioty.—Przypadek dany w sposób dobitny świadczy, jaki ma zbawienny leczniczy wpływ w porę rozpoczęte energeticzne chlorowanie i podawanie preparatów wątroby w azotemii hypochloremicznej.

W rozprawie M. Rozen tal sędzi, zważywszy na porównienie, które chora przeżyła przed paru tygodniami, że nie należy tu pominąć — jako czynnika etiologicznego — bliżej nam nieznanymi elementami toksycznymi, związanymi z ciążą. Fejgin podkreśla udział czynnika nerkowego, jako pierwotnego, który w podobnych przypadkach wcześniej czy później udaje się wykryć. Landsberg podkreśla tu tło infekcyjne, częste wymioty oraz płukanie żołądka, jako czynniki etiologiczne, uchwytne w danym przypadku. Udział nerek jest tu niewątpliwy — poza omawianą sprawą — i dlatego nazwa azotemia pozanerkowa znajduje uzasadnienie. — Paw. Goldstein również sędzi, że w podobnych sprawach należy mieć na względzie pierwotne schorzenie nerek, które niekiedy ujawnić się może dopiero w następstwie dłuższej obserwacji i dalszych badań. G. przytoczył przypadek wycięcia pęcherzyka żółciowego, w którym stan chorego po operacji był bardzo ciężki z powodu utraty dużej ilości krwi; przypadek ten był przez G. traktowany — jako azotemia pozanerkowa, gdyż we krwi znaleziono wysoki poziom mocznika obok braku zmian w nerkach. Jednakowoż w ciągu dalszej obserwacji wyjaśniło się, że nerki były znacznie gruźlicą zmienione. Pen son uważa, że omawiany przypadek należy niewątpliwie zaliczyć do azotemii pozanerkowej z następujących względów: — w ciągu 36 godzin, po energicznym chlorowaniu, mocznik we krwi z bardzo wysokiego poziomu wrócił do normy i jednocześnie objawy ogólne intoksykacji cofnęły się. Białko w moczu i wałeczki bynajmniej nie świadczą o pierwotnym zachorzeniu nerek, lecz są jednym z objawów intoksykacji, związanej z chloropenią i azotemią.

B. Jochweds, A. Wertheim i E. Kosman.
Przypadek usunięcia śledziony w przebiegu ostrej atrombocytozy.

Usuwanie śledziony w małopłytkowości przewlekłej należy obecnie do zabiegów stosunkowo częstych, natomiast w małopłytkowości ostrej bywa wykonywane b. rzadko. W piśmiennictwie przypadków takich niewiele; wskazania do zabiegu b. sporne. Toteż dany przypadek zasługuje na uwagę.

24 letni młodzieniec, który całe życie czuł się zdrow, w końcu XI.37 r. zapadł na kaszel z gorączką; trwały przez tydzień. Po tygodniu krwawienie z dziąseł i z nosa; w krótkim czasie punkcikowate wybroczyny na całym ciele. W końcu XII.37 roku smoliste stolce.

3.II.38 chorego przyjęto z powodu obfitego krwawienia z nosa; opanowano je dopiero po tygodniu tamponowania. Krwawiły też dziąsła i podniebienie miękkie. Cała po-



Leciferrina

Ovolecithina z żelazem
Znany środek odżywczy
i wzmacniający

Stosowany:
w osłabieniach, blednicy,
anemii, neurastenii,
w rekonwalescencji

Flakon 1/2 ca. 500,0 Zł. 4.70
" 1/2 " 250,0 " 2.70

Literatura i próby
na żądanie WPP. Lekarzy

SCOTT i BOWNE, Sp. Akc. Warszawa, ul. Okopowa 21 23

wierzchnia ciała, nie wyłączając owłosionej skóry głowy, była gęsto usiana punkcikowatymi wybroczynami. Poza tym w badaniu fizykalnym nie wykryto odchyień od normy (prócz stanu podgorączkowego przez cały czas pobytu chorego na oddziale) — Mocz, kał bez zmian. Krew: Hb = 78%, c. czerw. — 4,7 miliona, retik. 18‰, wsk. barw. = 0,95; c. białych 14.000 (pał. 16%, segm. 65%, mono. — 6%, limf. — 13%).

Płytek brak zupełny. Objaw opaskowy Rumpell-Leede'go; czas krwawienia 10 min, czas krzepnięcia 13 min.

Stosowano w tym okresie coagulen po 10 cc domięśniowo, wapń doustnie i w postaci wstrzykiwań, adrenalinę (2x3/4 mg) i w końcu trzykrotne napromieniania rentgenowskie okolicy śledziony. — Terapia ta była bez wpływu na obraz chorobowy. Krwawienie z nosa zmniejszyło się (tampony?), ale na skórze ciała pojawiały się wciąż nowe punkcikowate wybroczyny.

7.II.38 zupełny brak płytek. Czas krwawienia 45 min.; czas krzepnięcia 12 minut.

10.II. Hb = 50%; c. czerw. 2640000; retik — 56‰. Wsk. barw. = 0,9. C. białych 10500 (pał. 7%, segm. 71%, eoz. 2%, mon. 3%, limf. 19%).

11.II. choremu przetoczono 450 cc krwi—od ojca (grupa B u ojca i syna).

21.II.38 wciąż pojawiają się nowe wybroczyny. C. czerw. 2700000.

W ciągu następnego tygodnia chory otrzymał — oprócz poprzednio już stosowanych leków — przez szereg dni po 500 mg. Cebionu dożylnie.

Wobec braku poprawy postanowiono usunąć śledzionę. — Zabieg w uspieniu eterowym: śledziona mała, leżała wysoko pod przeponą, była zrosnięta licznymi zrrostami z otaczającymi tkankami. Podczas oddzielania śledziona od żołądka trzeba było podwiązać szereg tętnic krótkich tuż przy ścianie żołądkowej. Zabieg, technicznie b. mozolny, trwał 2½ godz. —

Z przebiegu operacji zasługują na wzmiankę następujące szczegóły: pole operacyjne krwawiło niezbyt obficie; bezpośrednio po ukończeniu zabiegu ustąpiło krwawienie z nosa i z dziąseł.

Usunięta śledziona ważyła 125 gr., miała budowę prawidłową, zarówno pod względem makroskopowym jak i histologicznym (prócz nieznacznego rozszerzenia zatok).

W kilka godzin po zabiegu czas krwawienia zmniejszył się do 4 min.; czas krzepnięcia — 12 minut; objaw opaskowy (—). 3-ego dnia po zabiegu ukazały się w preparacie płytki: 27000 w 1 mm³. W erytrocytach nie stwierdzono ciałek Howell-Jolly'ego. — 4 dnia chory zmarł na skutek ropnego zapalenia otrzewnej.

Badanie pośmiertne nie wykazało — poza zapaleniem otrzewnej i starymi wybroczynami — żadnych zmian chorobowych. Histologicznie: szpik prawidłowy; megakariocyty w prawidłowej ilości z nieznacznymi zmianami wstecznymi w zarodki.

W związku z tym przypadkiem nasuwały się następujące zagadnienia:

1. Czy małopłytkowość była samoistna, czy też objawowa? Za tym, że była to sprawa wtórna, przemawiają wywiady, a mianowicie fakt, że chory gorączkował przed wystąpieniem objawów krwotocznych. Natomiast, z drugiej strony, przez cały czas pobytu chorego w szpitalu, nie stwierdzono poza skazą krwotoczną żadnych zmian w narządach, stany zaś podgorączkowe mogły zależeć od zmniejszonej odporności, wzgl. od wchłaniania wybroczyn krwawych.

2. Czy małopłytkowość była ostra, czy przewlekła, obstrzona? Trudno na to pytanie odpowiedzieć zupełnie zdecydowanie, jednakże ogólny przebieg choroby i czas jej trwania przemawiają za tym, że była to sprawa ostra.

3. Czy w patogenezie tego przypadku małopłytkowości chodziło o niedostateczną czynność szpiku, czy o szkodliwe działanie śledziony?

Jeżeli chodzi o szpik, megakariocyty były tu w normalnej ilości, wykazywały jednak pewne zmiany wsteczne w zarodku.

Śledziona była mała, bez zmian histologicznych, jeżeli nie brać pod uwagę rozszerzenia zatok. Mimo to po usunięciu śledziony skaza ustąpiła natychmiast — prawdopodobnie dzięki usunięciu szkodliwego wpływu śledziony na naczynia. Poza tym — po usunięciu hamującego działania śledziony na szpik kostny — zaczęły się stopniowo pojawiać w krwi obwodowej płytki.

4. Podkreślić należy brak zmian w innych narządach, przede wszystkim w narządach wydzielania wewnętrznego i w wątrobie.

5. Czy wskazania do zabiegu operacyjnego były postawione należycie? Trzeba podnieść, że sprawa wskazań do usunięcia śledziony jest jeszcze zagadnieniem spornym. Za wskazanie do splenektomii w małopłytkowości przewlekłej uważana jest niedokrwistość z liczbą ciałek czerwonych niższą niż 2—2,5 miliona, albo względnie zły stan ogólny. Natomiast w małopłytkowości ostrej sprawa jest trudniejsza do rozstrzygnięcia, gdyż większa część przypadków poprawia się samoistnie, i to właśnie wtedy, gdy — jak powiada Morawitz — życie chorego wisi na włosku, ponieważ najsilniejszym bodźcem dla szpiku jest upływ krwi. W naszym przypadku czekano z decyzją trzy tygodnie od chwili przybycia chorego, i przez ten czas stosowano: wapń doustnie, domięśniowo i dożylnie, coagulen, czerwień Kongo, adrenalinę, surowicę normalną oraz cebion (do 500 mg dziennie).

Za najpotężniejszy środek leczniczy w ostrej małopłytkowości uważać należy jednak przetaczanie krwi, przy czym — zgodnie z Englem i Anschützem, a zresztą zgodnie też z doświadczeniem oddz. dr. Jochwedsa — działają dopiero przetaczania wielokrotne. W demonstrowanym przez jednego z nas (B. J.) przypadku małopłytkowości ostrej poprawa nastąpiła dopiero po 4 przetoczeniu krwi; ilość przetaczanej za każdym razem krwi wahała się od 400 do 500 cc. Tu przetoczono jeden raz 450 cc krwi, a ponieważ więcej krwi do rozporządzenia nie było, a stan ogólny chorego pogarszał się z dnia na dzień, i krwawienia nie ustępowały — zdecydowano się w końcu na zabieg.

Plöńskie r. podał wynik badania pośmiertnego.

W rozprawie Goldstein podkreślił, że thrombopenia essentialis oraz icterus haemoliticus są to dwa schorzenia, w których wycięcie śledziony daje doskonały wynik. Na od-

dziale dra Sołowiejczyka wykonywał zwykle cięcie klasyczne, równoległe do lewego łuku zebrowego, które uważa za lepsze niż cięcie, wykonane przez Wertheima. — Fejgin uważa, że w danym wypadku postępowanie, pomimo złego wyniku, było całkowicie usprawiedliwione. F. przytoczył kilka wypadków z własnych spostrzeżeń, w których operacja dała wyniki pomyślne. Jochweds rozróżnia przypadki małopłytkowości przewlekłej i ostrej. Niektórzy autorzy nie radzą operować w przypadkach małopłytkowości ostrej, gdyż nie wyłączone, że sprawy te cofną się samoistnie. Można przypuszczać, że wielokrotnie wykonane przetoczenie krwi przyczyniłoby się do uniknięcia operacji, która w każdym wypadku jest zabiegiem bardzo ciężkim.

H. Jozowa. Rzadka odmiana kurczu torsyjnego.
(Z oddz. W I. Sterlinga).

Chłopak l. 13, urodzony do czasu, siłami natury, ma 3 rodzeństwa zdrowych. Zaczął chodzić, mówić, żąbkować we właściwym czasie. W wieku 5 lat zapalenie płuc. 6 miesięcy po tym zaczął skręcać — odwracać (supinować) — podczas chodzenia stopę lewą. Zalecono wtedy wkładki. Stopniowo noga zaczęła się skręcać coraz bardziej. Ostatnie dwa lata już przykurcze całej kończyny, następnie skręty również stopy prawej oraz ręki lewej. Chód stał się niemożliwy. — Stolce prawidłowe. Sen regularny. Zapalenia mózgu nie było. W rodzinie bez chorób nerwowych. Rodzice zdrowi, niespokrewnieni. Przed rokiem leżał na oddz. nerwowym dra Hermana. — Od tego czasu sprawa wyraźnie się posunęła.

Stan obecny: Twarz lekko amimiczna. W obrębie czaszki, głowy — bez zmian. K.g.pr. przygięta w stawie łokciowym, dłoń w ułożeniu daszkowatym i nieco odchylna w str. łokciową — ułożenie „smyczkowe“. Ten układ wikła jeszcze bardziej szereg ruchów palcami oraz szarpnięć całej ręki. K.d.pr.: Stopa w pozycji koślawej (usztywnionej). Do tego przylączają się ciągle szarpnięcia, nawracające stopę jeszcze bardziej lub wzmagające jej sklepienie. Ruchy te są niemal nieustanne. — Zupełnie odmienny obraz przedstawia kończyna dolna lewa; ta znajduje się w stałym maksymalnym zgięciu w stawie biodrowym i kolanowym do tego stopnia, że udo przylega do brzucha a pięta do pośladka. Z tego szczyrkowego układu, którego ze względu na wielkie napięcie na ogół przyzwyciężyć nie sposób, noga nagle — jakby strzała — prostuje się, staje się zupełnie wiotka, aby po chwili wrócić znowu do poprzedniego bezruchu i stężenia w zgięciu. W ułożeniu na brzuchu, zgięcie to rozluźnia się momentalnie, kończyna prostuje się, udaje się wówczas czynnie i biernie ustawić ją

NOWY PREPARAT KRAJOWY

BROMCALCIUMTHEOSAN

jest oryginalnym i jednorodnym
związkiem chemicznym:

Theobrominum Calcium Bromatum „Wander“

Bromcalciumtheosan jest szczególnie skuteczny przy hipertonii na tle neurogenicznym i miażdżycy ogólnej oraz w zaburzeniach kardiowaskularnych.

Bromcalciumtheosan obniża znacznie i trwale ciśnienie krwi i poprawia szybko samopoczucie.

**Fabryka Chemiczno-Farmaceutyczna
DR. A. WANDER, SPÓŁKA AKCYJNA, KRAKÓW**

w dowolnym kierunku. Kończyna prawa wtedy zgina się (choć nie zawsze) w stawie kolanowym.

Odruchów patologicznych nie ma. Encephalogram stwierdza asymetrię komór.—Mając tu do czynienia z zaburzeniami kinetyczno-dystonicznymi — bez objawów piramidowych—J. rozpoznaje tu sprawę pozapiramidową. Ze względu na brak tu ogólnego stężenia, drżenia, zmian w wątrobie, obwódki Freichnera, upośledzenia inteligencji, oraz zważywszy na wystąpienie sprawy dopiero w późnym dzieciństwie — wyłączyć tu można chorobę Wilsona, Westphala, Halleworden-Spatza, atetose double, wreszcie i chorobę Littla. To też oddział rozpoznaje tu kurcz torsyjny. — Chory jest pokazany ze względu na niezwykle i stały układ lewej kończyny dolnej, trwale usztywnienie w określonej pozycji kończyny prawej oraz całkowitą zmianę układu kończyn pod wpływem przełożenia na brzuch (p. w.).

W związku z tym ostatnim zjawiskiem Jozowa omawia wpływ bodźców extero- i proprioceptywnych na napięcie mięśniowe oraz pogląd na kurcz torsyjny, jako na zespół dezintegracji harmonii proprioceptywnej (Marinesco, Orbelli i inni).

Sprawozdania z posiedzeń w maju i czerwcu r. 1938.

Sterling, Jozowa i Stein. Przypadek późnego nawrotu śpiączkowego zapalenia mózgu z modyfikacją objawu Rosenbacha. (Z oddziału I neurologicznego).

Stein przedstawia 40-letniego osobnika, który, po przebyciu śpiączkowego zapalenia mózgu, zaczął od 32 roku życia zdradzać objawy zeszytwnienia pozapiramidowego. Stan ten pozostawał niezmiennym w ciągu ostatnich kilku lat. 12 marca b. r. w czasie pracy nagle chorego ogarnęło znużenie i senność. Chociaż był to rano, przerwał pracę i położył się do łóżka. Gdy wieczorem przebudził się, stwierdzono bezwład prawostronny. W istocie, gdy chory drugiego dnia po zachorowaniu przybył na oddział, stwierdzono wyraźny niedowład i to dużego stopnia, który z dnia na dzień następnie zmniejszał się, zdradzając cechy niedowładu piramidowego. Obok tego stwierdzono u chorego typowy zespół parkinsonowski, zaburzenie ruchów gałek ocznych ku górze, osłabienie czucia powierzchniowego na całej prawej połowie ciała, brak odruchu Achillesa. Poza tym Sterling stwierdził modyfikację objawu Rosenbacha. Modyfikacja polega na tym, że przy mocnym zaciśnięciu powiek nie tylko, że trzepotanie powiek nie znika, a propaguje się na mięśnie sąsiednie. Jest to objaw dość stały w parkinsonizmie. St. ocenia niedowład, który zjawił się u chorego i szybko ustąpił, jako późną recydywę śpiączkowego zapalenia mózgu. Tego rodzaju przypadki podali Economo, Leonhard, Stern, Hold, Husen i inni.

H. Goldfarb. Przyczynek do terapii ciężkiego pogrypowego, obustronnego zapalenia płuc. (Z oddz. M. Fejgina).

U 53-letniego zecera, cierpiącego od roku na cukrzycę, stwierdzono w dniu przybycia stan bardzo ciężki. Wyraźna sinica błon śluzowych, palców i koniuszka nosa. Liczba oddechów 40/m; tętno 120, miękkie.

W płucach, po za rozedmą (na którą chory cierpiał jakoby dawniej), obustronne od kąta łopatki w dół odoskrzelowe zapalenie płuc. Chory odpluwa \pm 120 cm. trójwarstwowej czysto ropnej płwociny. — OB — 23'; WR — ujemny. Leukocytoza 7200, segmentow.—71%. Mocznik—0,59. Bilirubina pośrednia—0,8 jednostki. Cukru w krwi—0,1. M o c z: białka — 0,66, cukru — 0, urobilinogen ++.

Na podstawie danych fizykalnych i charakteru płwociny rozpoznano obustronne, odoskrzelowe zapalenie płuc pogrypowe, ze skłonnością do ropienia i rozwoju rozstrzeni oskrzeli. Rtg.

w zupełności rozpoznanie to potwierdził. Wobec braku efektu leczenia w ciągu 2 tyg. przy zastosowaniu wszystkich znanych nam środków, jak alkohol i będzwinian sodu dożylnie, będzwinian sodu doustnie i w ławatywkach. Calcinapht, środki naserkowe i t.d., przystąpiono za przykładem autorów amerykańskich i rosyjskich do leczenia promieniami Roentgena w odstępach 2-dniowych; ogółem 4-krotnie à 160 r na pole (dr M e s z).

Już po II naświetleniu gorączka, dotychczas o typie heptycznym, spadła do $37^{\circ}2$, a po następnych 2 naświetleniach zupełnie ustąpiła. Ilość płwociny z $\pm 120 \text{ cm}^3$ zmniejszyła się do 30 cm^3 na dobę, przy czym stała się śluzową. Chorego wypisano w stanie zupełnie dobrym.

F e j g i n, uzupełniając pokaz, zwrócił uwagę na okresowe spostrzeganie szczególnie ciężkich przypadków zapaleń płuc pogrypowych, odoskrzelowych, w kierunku powikłań ropnych. Czynniki, wywołujące te powikłania, jest nieuchwytny. Stosowanie bezsprzecznie wartościowych niekiedy środków leczniczych, jak alkohol i lędzwinian sodu, tu zawodzi; dlatego należy próbować stosowania innych metod leczniczych, a mianowicie naświetlań prom. R e n t g e n a, zalecanych przez autorów amerykańskich i rosyjskich. Tu skutek okazał się dobry; zachęca to do powyższej metody, nie przedstawia ona też żadnego niebezpieczeństwa. S z o u r podkreślił, że trudno tu orzec, czy podobne przypadki są ropne od początku choroby, czy też jest to powikłanie późniejszego przebiegu cierpienia. Prace autorów wymienionych zalecają jednak ostrożność w formułowaniu wniosków terapeutycznych. — G o l d k o r n uważa, że przypadek nasuwa pewne wątpliwości. Niema tu danych, bezwzględnych do rozpoznania sprawy pogrypowej; referent nie wspominał o objawach wstępnych grypowych, poprzedzających schorzenie płucne (ból mięśniowo-kostny, objawy niezbytowe górnych dróg oddechowych itd.). Z kolei brak dowodów, że rozstrzenie oskrzelowe na zdjęciu R t g. są charakteru ostrego. Można by tu z niemniejszą słusnością rozpoznać ropne schorzenie miąższu płucnego na tle starych bronchektazji, t. zw. ropni bronchektatycznych. Trudna też tu ocena stosowanych metod leczniczych. Efekt leczniczy należałoby raczej przypisać nie naświetlaniu pr. R., lecz terapii bezpośrednio poprzedzającej, t. j. iniekcjom będzwinianu sodu. Zachodzi wreszcie możliwość wyleczenia samoistnego. J o c h w e d s uważa, że w każdym ciężkim przypadku pogrypowego powikłania, w postaci ropnego odoskrzelowego zapalenia płuc, należy próbować zalecane nowe środki, gdy nie pomogły dotychczas stosowane. Wynik dobry uzyskany tu potwierdza słusność takiego postępowania. R o t s t a d t przypomniał, że w podobnych sprawach już dawniej stosowano diatermię kl. piersiowej z dobrym wynikiem; należy, rozumie się, robić to b. ogólnie.

W odpowiedzi Goldfarb podkreśla, że o polipragmazji nie może tu być mowy, gdyż poszczególne środki były stosowane w odpowiednich dawkach i odpowiednio długo, lecz bez efektu. Do rozpoznania starych rozstrzeni nie mieliśmy tu ani danych obiektywnych, ani danych w wywiadzie. Przypadek był niewątpliwie ciężki, dotyczył osobnika z cukrzycą. Zachęciły nas do stosowania Roentgena wyniki, uzyskane przez amerykańskich autorów Eugene i Powol'a oraz rosyjskich — Mandelsztama, Minca, Brila, Olchowskiej, którzy w 50% b. ciężkich, niepoddających się terapii przypadków, uzyskali dobre wyniki przez zastosowanie prom. Roentgena. — G. podkreśla, że oddział bynajmniej nie generalizuje tych wyników, lecz powinny one zachęcić kolegów do próbowania tej metody, szczególnie w tych przypadkach, gdy wszelka inna terapia zawodzi.

Br. Karbowski i Fiszhaut. Przypadek raka płaskokomórkowego krtani.

Chory, lat 38, przybył dnia 26.IV. rb. z powodu silnej duszności. Pięć miesięcy temu zaczął odczuwać bóle gardła oraz odpluwać krwawą plwocinę. Poddany był wówczas operacji podśluzowej rezekcji przegrody nosa. Bóle gardła w ciągu dalszych tygodni nie ustępowały, zjawiała się natomiast chrypka. Zgłosił się ponownie do lekarza, który stwierdził zmiany w gardle (nacieczenie nagłośni) i polecił choremu wykonać zdjęcie rentgenowskie płuc oraz zbadać krew na WR.. Badanie płuc i zdjęcie rentgenowskie żadnych zmian nie wykazały (chory przez cały czas choroby nie kaszle). WR. we krwi ++. Wobec dodatniego odczynu WR. przeprowadzona została kuracja przeciwluetyczna. Stan chorego się jednak nie poprawiał, duszność i chrypka nasilały się, jednocześnie wystąpiły bóle połykowe. W tym czasie zgłosił się do ambulansu oddziału. Przy badaniu stwierdzono nagłośnię zmienioną, jak gdyby dwurozną. Przypuszczano początkowo, że ma się do czynienia z lipomatem. W dniu 21.IV. rb. ponownie zgłosił się do ambulatorjum, stwierdzono znaczniejsze zmiany nagłośni oraz nacieczenie fałdów nalewkowo - nagłośniowych, pobrano z guzowato zmienionej nagłośni 3 wycinki próbne i przesłano do zbadania anatomo-patologicznego.

Ze strony płuc i serca żadnych nigdy dolegliwości nie miał. W roku 1919 przebył zakażenie kiłowe. Otrzymał w ciągu kilku lat 7 kuracji, przez ostatnie pięć lat kuracji nie brał. Innych chorób nie przechodził. Żona i 2 dzieci zdrowe (WR. —).

Przedmiotowo w dniu 26.IV. stwierdzono: wzrostu niskiego, budowa ciała słaba, odżywienie średnie. Żrenice reagują na światło i zbieżność. Gruczoły chłonne wyczuwalne na

szy po obu stronach wzdłuż mięśni mostkowo-sutkowo-obojczykowych. Po stronie lewej jeden, wielkości dużej fasoli. Gruczoły twarde, niebolesne. Łokciowe bardzo drobne. Głos silnie ochrypnięty.

Laryngologicznie: uszy, nos, gardło, nosogardło bez zmian. Krt ań: nagłośnia w postaci guza kalafiorowatego; w kilku miejscach powierzchowne owrzodzenia. Nagłośnia zasłania całkowicie wejście do krtani. Obustronn: nacieczenie fałdów nalewkowo-nagłośniowych. Po stronie prawej nacieczenie obejmuje zatokę gruszkowatą. Struny głosowe niewidoczne.

W zakresie płuc serca i narządów jamy brzusznej odchyłeń od stanu prawidłowego nie stwierdza się. Odruchy kolanowe zachowane.

Wobec nasilającej się duszności dokonano w dniu 28.IV. 1938 r. dolnego rozcięcia tchawicy i założono rurkę. Przebieg pooperacyjny normalny. Wynik badania anatomopatologicznego wycinków, nadesłanych w dniu 30.IV., stwierdza Ca planoepitheliale. W ciągu następných dni stwierdza się stały szybki wzrost guza, który przylegał do języka.

Dnia 11.V. dokonano całkowitego wycięcia krtani wraz z częścią dolnego gardła. Stan pooperacyjny bardzo dobry; szwy częściowo puściły; rana ziarninuje dobrze. Odżywianie chorego odbywa się sondą przez nos. 13-go dnia po operacji chory zaczął przyjmować sam pokarmy płynne łyżeczkami; wymawia cicho niektóre wyrazy.

Obecnie, w miesiąc po operacji, rana jest całkowicie zagojona, chory przyjmuje samoistnie wszystkie pokarmy; otrzyma jeszcze kilka naświetlań promieniami Rentgena i zostanie wypisany ze szpitala.

Dr Karbowski: Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na trudności rozpoznawcze.

Młody wiek chorego, dodatni WR. i symetryczne nacieczenie obu więzadeł nalewkowo-nagłośniowych nie przemawiały za Ca laryngis. Raczej można byłoby przypuszczać cierpienie gruźlicze, o charakterze przerostowym — tuberculoma. Badanie bioptyczne ustaliło, że mamy do czynienia z Ca planoepitheliale. Co do wyboru metody leczniczej, nie mieliśmy wątpliwości, gdyż rozmiary nowotworu, nieznaczna promieniczulość raków o utkaniu płaskokomórkowym, nie zachęcały do leczenia energią promienną, natomiast wiek chorego przemawiał na korzyść leczenia radykalnego, chirurgicznego. Choremu wyłuszczyłem krt ań wraz z częścią gardzieli i pomimo konstytucji kilowej chory zabieg zniósł wyjątkowo dobrze. Wykazał niezwykłą żywotność, albowiem już po 2 tygodniach, mając jeszcze zgłębnik noszołodkowy, przyjmował pokarmy stałe przy otwartej jeszcze gardzieli. Przed tygodniem zamknąłem gardziel; wynik operacji jest bardzo dobry. Zwracam uwagę na to,

ze jest to już drugi przypadek, w którym zastosowałem metodę operacyjną Wojaczeka; polega ona na zachowaniu prawie wszystkich mięśni zewnętrznych krtani.

B. Karbowski i M. Wolfson. Guz przerzutowy (Carcinoma) gruczołów chłonnych szyjnych, uciskający zwój współczulny górny.

Chory W.B, lat 68, z zawodu majster masarski, cierpi od 5-iu mies. na uporczywą chrypkę, od miesiąca na duszność, bóle w prawym uchu i w okolicy potylicy po stronie pr. oraz guz na bocznej ścianie szyi. Przed 2 mies. miał pobrany wyecinek z krtani, w którym rozrostu nowotworowego nie znaleziono. Upřednio, jak podaje, nigdy nie chorował.

Chory krępy, budowy piknicznej, Skóra dobrze ukrwiona. Oddycha ze szmerem zwężeniowym. W płucach objawy rozedmy. W krtani obrzmienie pr. nalewki. Kalafiorowate cwrzodzenie na pr. strunie głosowej. Struna w fonacji nieruchoma. Na szyi, pod kątem zuchwy po stronie głosowej pr, twardy guz wielkości mandarynki, na częściowo ruchomej podstawie. Skóra nad guzem przesuwalna, niezmiennona. — Wasserman ujemny.

W chwili przybycia na oddział chory skarżył się na duszność oraz przede wszystkim na silne bóle głowy (w pr. uchu i w okolicy potylicy). Jako zabieg odbarczający, mający na celu jedynie usunięcie bólu i ewent. przygotowanie chorego do usunięcia krtani — dokonano wyluszczenia guza szyjnego.

Guz kalafiorowaty, częściowo pokryty torebką, częściowo wewnątrz rozpadły — wychodził z głębokich gruczołów szyjnych i zrosnięty był z pochewką wielkich naczyń, przerastając żyłę szyjną. Górny biegun guza sięgał mięszu ślinianki podusznej. Tylny leżał przy kręgosłupie, uciskając zwój współczulny górny. Przed całkowitym wyluszczeniem guza wypręparowane zostały: tętnica szyjna, nerw błędny oraz pień nerwu współczulnego wraz ze zwojem karkowym górnym. (gl. cervicale superius) n. współczulnego. Guz wyjęto razem z przerosniętą żyłą szyjną.

Chory zabieg zniósł bardzo dobrze. Po tygodniu rana zagojona per primam. Anatomopatologiczne badanie guza wykazało — Carcinoma planoepitheliale. W miarę obserwacji chorego na oddziale zauważono jednak nasilającą się duszność krtaniową i powiększenie głębokich gruczołów szyjnych. Ze względu na wiek chorego (68), nie zdecydowano się na całkowite wyluszczenie krtani. Dokonano dolnej tracheotomii. Gdyby chory zniósł zabieg dobrze, można byłoby ewent. krtan wtórnie wyluszczyć. Niestety chory tracheotomię zniósł źle. Chory kaszle, dużo odpluwa, ma stany podgorączkowe, jest bardzo osłabiony. O wyluszczeniu krtani tymczasem niema mowy. Bóle ucha i potylicy ustąpiły jednak całkowicie.

Obecnie chory leczony jest na oddziale energją promienną.
Badanie neurologiczne.

Nieznaczna niedomoga dolnej gałązki pr. n-twarzowego.

Przy próbie diatermicznej: (2 elektrody jednakowej wielkości na małżowinach usznych) uczucie ciepła w małżowinie i w przylegającej części skóry na twarzy występuje po stronie lewej wcześniej i intensywniej w czasie trwania próby niż po stronie prawej.

K a r b o w s k i. Drugi przypadek demonstrowany jest wręcz odmienny. Chory jest w wieku starszym, ma daleko posuniętą rozedmę płuc. Przecięcie krtani zniósł źle, tym samym nie kwalifikuje się do tak ciężkiego zabiegu, jakim jest doszczętne wyluszczenie krtani. Niejednemu z obecnych mogło się wydawać dziwne, że zdecydowano się na usunięcie tak dużego przerzutu do gruczołów. Kto obserwował chorych z przerzutami do górnych głębokich szyjnych gruczołów chłonnych w ostatnim okresie choroby, kto przyglądał się tej rozpaczliwej sytuacji chorych z powodu strasznych, istotnie piekielnych, bólów, ten nie będzie się wahał wykonać operację nawet gdyby miała się ona skończyć zejściem na stole operacyjnym. Jakie są przyczyny tak dokuczliwych bólów? Zdarzają się one wyjątkowo rzadko, chyba w destrukcyjnych sprawach u foram. lacerum posterius? — Otóż drogi chłonne z przedsonka krtani prowadzą do gruczołu, który znajduje się na rozdwojeniu żyły jarzmowej i twarzowej i do gruczołu, leżącego znacznie wyżej w najbliższym sąsiedztwie zwoju górnego współczulnego. W miarę rozrostu gruczołu zaczyna on uciskać dogłową część n. błędnego, skąd idą trzy gałązki: ramus meningeus —, ramus auricularis, ram. communicans sympaticis. Otóż ucisk na te gałązki jest przyczyną tych strasznych bólów*).

Komunikat Koła Dermatologów.

(Przewodniczący: Dr St. Markusfeld).

Od 1/V. 37 do 1/V. 38 odbyło się na oddziale dermatologicznym dra *Merlenlendera* 39 posiedzeń naukowych. Demonstrowano 131 chorych z miasta i z innych oddziałów Szpitala.

Między innymi pokazano: 27 przypadków przymiotu w różnych okresach — w tym jeden przypadek kily drugorzędowej z zajęciem kręgosłupa, jeden kily drugorzędowej z zajęciem stawów kolanowych, jeden — współistnienia kily drugorzędowej ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym; jeden — współistnienia kilaków ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym; przypadków rzeźączki powiklanej, w tym jeden posocznicy rzeźączkowej; 6 przypadków wrzodów wenerycznych; 25 przypadków zmian gruźliczych skóry — w tym 12 przypadków wilka rumieniowatego, 6 przypadków gruźlicy wilkowej, 2 — ziarniniaka obrączkowatego, 3 — gruźliczaków grudkowo-zgorzeliowych, 1 — gru-

*) Następny numer *K w a r t a l n i k a* — potrójny — zawierać będzie artykuły oryginalne ze wszystkich działów szpitala oraz sprawozdania za 2-ie 1/2-roczcie r. 1938.

źlicy wrzodziejącej języka, 1 — gruźlicy stwardniałej Bazina — stomatitis et pharyngitis tuberculosa ulcerosa benigna; 6 przypadków łuszczycy (dwa — artropatii łuszczycowej); 9 — pęcherzycy pospolitej, 2 pęcherzycy brodawkującej, 1 — pęcherzycy złuszczejącej; 2 — ch. Dühringa; 4 — liszaja czerwonego płaskiego; 1 — sclerodermii typu Gougerota. 1 — «rosclerosis Selleya»; 8 nabłoniaków skóry (jeden z przerzutami do kręgosłupa), 5 — dermatitis allergica, 2 — erythrodermii posalwarsanowej; 5 — sycozis staphylogenes, 3 — trichophytiae generalisatae, 1 — Kerion Celsii, 2 — alopeciae gravis; 2 — alopeciae, areatae. 3 — atrophiae cutis Picka — Herxheimer'a 2 — prurigo Hebrae, 1 — prurigo diathésique, 1 — urticaria pigmentosa, 1 — actinomycosis. 3 — neurodermitis, 3 — cheilitis, 4 — vitiligo, 1 — diphteria vulvae, 1 — gangraena vulvae, 1 — craurosis penis, 1 — priapismus, 1 — induratio penis plastica, 1 aspermatismus; 1 — ch. Recklinghausena. 1 — uleryathema sycoisiforme, 4 — znamion barwikowych, 1 — ch. Pageta, 1 — lchtyosis nitida, 1 — acrodermatitis continua Hallopeau, 1 — epidermo-dermitis Gougerota.

Streszczeń z piśmiennictwa krajowego i zagranicznego odczytano 57.

Referaty wygłosili:

Dr Rywlin — Leczenie rzeżączki u nieletnich.

Dr Weksler — O naświetlaniu lampą Perihel

Dr Merenlender (junior) — Priapismus.

Dr Gurwicz — Wrażenia z klinik francuskich.

Dr J. Merenlender — Wrażenia z klinik zagranicznych (Wiedeń, Paryż, Szwajcaria).

Dr Rywlin — Uliron w leczeniu rzeżączki.

Dr Brandman — O postępach chemoterapii rzeżączki.

Dr Guzman — Leczenie drożdżami piwnymi.

Sekretarz Koła Cytryniki.

Od Redakcji.

Prace oryginalne i streszczenia powinny być pisane **na maszynie**, na jednej stronie arkusza, z pozostawieniem marginesu. — Streszczenia krótkie artykułów oryginalnych w języku francuskim (wzgl. angielskim, niemieckim) zawierać mogą najwyżej 10 wierszy druku.

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

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

TREŚĆ.

A. Krakowski. O roli wybitnej terapii kąpielowej w leczeniu klinicznym niektórych chorób nerwowych.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych w r. 1937/38.

SOMMAIRE.

Krakowski. Sur l'importance de la thérapie balnéaire dans le traitement clinique de certaines maladies nerveuses.

Comptes rendus des séances cliniques.

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: M. Bornsztajn, I. Dworecki, M. Landsberg, N. Mesz, H. Stabholz, Wł. Sterling, J. Szwajcer, A. Wertheim.

Adres Redakcji i Administracji:

Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapii Fizycznej, tel. 29076. Dr. J. Rotstadt.

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

WACŁAW TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE w WŁOCŁAWKU

Przy
wszelkich
zabiegach
operacyjnych,

przy
niedostępnym
krwawieniach

przyśpiesza

fizjologiczne krzepnięcie krwi

COAGULEN

„CIBA”

Czynny czynnik hemostatyczny,
wydzielony z krwi zwierzęcej



Pabianicka Spółka Akcyjna Przemysłu Chemicznego, Pabianice.

**W mobilizowaniu sił obronnych ustroju,
zdatnych do walki z zarazkiem
lub z jego jadowitymi produktami**

z a l e c a m y
s z c z e p i o n k ę

SISTOFEBRIN

zawierającą z jednej strony niechorobotwórcze grzybki, z drugiej (n. b. zabite) ciała gronkowców, paciorkowców i pneumokoków (w zawieszynie).

Co drugi lub trzeci dzień po 1 — 2 ampułek domięśniowo.

C O M B R O L

**Combretum, Boldo, Evonymus, Poligonium,
Podophylin**

**Energiczny środek żółciopędny
i regulujący czynność wątroby.**

Dawkowanie: 3 razy dziennie po 20—30 kropli w $\frac{2}{3}$ szklanki ciepłej wody pół godziny przed jedzeniem i na noc.

CHOLE - COMBROL

(Pilulae Cacao Obductae)

Combrol w połączeniu z czynnym pierwiastkiem żółci

**Wybitny środek żółciopędny, łączący
w sobie korzystne działanie Combrolu
z działaniem żółci.**

D a w k o w a n i e: 3 razy dziennie po 1 — 2 pigułek.

Chemiczno-Farmaceutyczne Zakłady Przemysłowe

Fr. Karpiński, S. A.

Warszawa, ul. Wolność 79.