

ROK 1938
TOM XVII

LIPIEC — GRUDZIĘN
ZESZYT III — IV

KWARTALNIK KLINICZNY SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

Vol. XVII No 3 — 4

July — December 1938

THE QUARTERLY CLINICAL

of

THE JEWISH MUNICIPAL HOSPITAL IN WARSAW.

Founded 1922.

GEOPHYLLIN

diureticum cardiale

NIE ZAWIERA RĘCI
MAKSYMALNIE ROZSZERZA
NACZYNIA WIĘNCOWE
SPROWADZA POTĘŻNĄ
DIUREZĘ

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

OPAKOWANIA:

Geophyllin intramuscular.
pudełka 5 amp. po 0,48 w 2 cm.
Geophyllin intravenos.
pudełka 5 amp. po 0,24 w 10 cm.
Geophyllin tabletki.
rurki po 10 tabletki a 0,10 gr.
Geophyllin pulvis.
do receptury.

Fabryka Chem. Farm „GEO” Warszawa, Żelazna 56

ANALEPTOL KLAWE

KROPLE

AMP. 2 c.c.
20 c.c.

DRAŻETKI



Nowy

środek analeptyczny
do pobudzenia
oddechu i krążenia

CIŚNIENIE

TEMPERATURA

DEPIRYNA-ASMDAR

(SULFOSALICYLAN AMIDOPIRYNOSTRONTOWY)

Środek przeciwgorączkowy i przeciwbólowy,
nie obniżający ciśnienia krwi, w postaci
tabletek i proszku do receptury.

CENY DLA APTEK: pudełko po 3 tabl. zł 0,85
(dla publ. zł 1,25), pudełko po 12 tabl. zł 2,00
(dla publ. zł 3,00), flakony po 25 a proszku zł 5,00

ASMDAR • WARSZAWA • GRZYBOWSKA № 88

ANGIOXYL**Dr ROUSSELA**

WYCIĄG Z TRZUSZKI, POZBAWIONY INSULINĄ

Dusznicza bolesna • Wszelkie stany
skurczowe naczyń • Nadciśnienie
łętnicze • Miażdżyce łętnic • Migreny
Zaburzenia okresu przekwitania

AMPULKI: 1-3 ampulki domięśniowo (leddo-
racjonal - SYROP: 3 łyżki do barbaty delectate

NIE POSIADA PRZECIWWSKAZAŃ

Najskuteczniejsze leczenie anemii
złośliwej oraz wszelkich postaci nie-
dokrwestości pierwotnej i wtórnej.

EXHEPATIUM

AMPUŁKI.

SYROP.

Odbiałczony wyciąg ze świeżej wą-
troby cielęcej.

Regulator czynności wątroby
i dróg żółciowych

CHOLOPEPTON

PEPTONY MAGNEZU
i GLIKOCHOLAN SODU

Wskazania:

Niedomoga wątroby, zaburzenia trawien-
ne, żółtaczka, stany zapalne dróg żół-
ciowych.

Dawkowanie:

Po 1 łyżeczce od herbaty 3 razy dziennie
przed posiłkiem w $\frac{1}{4}$ szklance wody.

Chemiczno - Farm. Zakłady Przemysłowo - Handlowe
L. NASIEROWSKI, Warszawa 22, ul. Kaliska 9

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE
WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

From the laryngological and otological Service of the Municipal Hospital
at Czyste, Warsaw.

Dr B. Karbowski, Chief.

The treatment of the intrasellar tumors of the hypophysis by means of the radium-rays, based on observation of ten years.

BY

Br. Karbowski

The treatment of the hypophysial tumors does not give good results. The surgical way, as well as the x-ray therapy, prevents the absolute blindness only in 70% of cases. The author has applied the following treatment in those cases, in which the Roentgen-therapy has not given any improvement. An approach to the region of the turcic sell has been given by the method of Hirsch. After the healing of the intranasal wound, a radium-charge containing 10 mmgr. of radium in 1 mm. of platinum-filter and 1 mm. of coutchuk-filter there was lead under the turcic sell. The charge remained under the turcic sell from 48—96 hours. Very often improvement was observed after only one application of radium-rays.

Several series of radiotherapy given in intervalls of three months showed in 40% of cases a steady improvement lasting

W N-rze tym wydrukowaliśmy wszystkie streszczenia po angielsku i przed artykułami, gdyż zamierzamy N. przesłać na Wystawę Międzynarodową w Nowym-Jorku.

6 years and even more, in 40% we could prevent the development of the morbid process.

Basing on an experience of ten years, the author comes to the following conclusions:

1. The surgical treatment with following radiotherapy gives 0% of exitus.

2. Before the radiotherapy a puncture on the tumor can be executed in order to control whether we have not to do with a cyst.

3. By surgical withdrawing of the septum between the sinus, and removing the bottom of the saddle in cases in which the anatomic conditions are advantageous — a decompression is created by the operation alone. The tumor is translocated in the direction of the sinus, and the pressure on the chiasma can decrease.

4. The radiotherapy gives good results in cases, in which the x-rays treatment deceives completely.

Z Oddziału oto-laryngologicznego.

(Ordynator: B. Karbowski).

**W sprawie leczenia wewnątrzsiodełkowych guzów
przysadki mózgu napromienianiem radowym —
na zasadzie 10-letniego doświadczenia.**

PODAŁ

B. Karbowski.

Leczenie chirurgiczne guzów przysadki mózgu nie daje dobrych wyników. Frazier i Cushing, którzy mają największe doświadczenie w leczeniu operacyjnym, podają, że w 70% udaje się zapobiec zupełnej utracie wzroku. Josefow, Czerny, Heinisman stosowali wyłącznie naświetlania Roentgenem i w zależności od umiejscowienia i charakteru guza otrzymywali różne wyniki, na ogół nie gorsze niż ci, którzy stosowali metody wyłącznie chirurgiczne. Z przytoczonych w piśmiennictwie statystyk wynika, że w obecnej chwili trudno jest wnioskować ostatecznie co do wyższości metod chirurgicznych nad metodami leczenia energią promienną. Zarówno chirurdzy — jak i zwolennicy

nicy leczenia energią promienną — podają wyniki względnie pomyślne. Nie ulega wątpliwości, że umiejętnie przeprowadzone leczenie prom. Roentgena w odpowiednio dobranych przypadkach może mieć wpływ dodatni na przebieg choroby. Nie należy też wątpić, że leczenie operacyjne w pewnym odsetku przypadków daje poprawę.

Jeżeli jednak rozpatrzeć krytycznie statystyki zwolenników leczenia prom. Roentgena i zwolenników leczenia chirurgicznego, to bardziej przekonującymi są statystyki chirurgów. Nie należy zapominać o tym, że w 20% przypadków guzy przysadki są torbielami (Bourquet), na które naświetlania nie mają żadnego wpływu; są też gruczolaki, które nie poddają się leczeniu energią promienną, toteż czas stracony na leczenie jest stratą nie do powetowania, albowiem zabieg operacyjny może się okazać spóźnionym. Należy też pamiętać i o tym, że naświetlanie nowotworów przysadki mózgu nie zawsze jest zabiegiem obojętnym. Ostry obrzęk tkanki nowotworowej w następstwie naświetlań może pogorszyć stan ogólny chorego, zwłaszcza ucierpieć może wzrok, dochodzi niekiedy do zupełnej utraty wzroku tam, gdzie przed zastosowaniem leczenia energią promienną narząd wzroku był jeszcze czynny. Na specjalną uwagę zasługują te przypadki, w których ciśnienie wewnątrzczaszkowe jest bardzo wysokie. Przypadki takie wymagają uprzedniej operacji dekompresyjnej, albowiem pod wpływem naświetlań mogą się nasilić objawy ogólnomózgowe i spowodować utratę przytomności i drgawki epileptyczne. Przy obecnym stanie środków rozpoznawczych nie zawsze łatwo się zdecydować na to lub inne leczenie guza przysadki. Gruczolaki kwasochłonne nie nasuwają większych trudności rozpoznawczych; nie trudne też jest rozpoznanie gruczolaków zasadochłonnych, których symptomatologię opracował Cushing. Inaczej rzecz się ma z gruczolakami barwikoopornymi, które nie posiadają czynności wydzielniczej. W tych przypadkach duże trudności nasuwa różnicowe rozpoznanie między gruczolakiem barwikoopornym a guzami, wychodzącymi z wewnątrzsiodełkowej grupy komórek nabłonkowych płodowego kanału gardzielowo-czaszkowego (ductus craniopharyngeus), lub z nabłonka, wyścielającego szparę Rathke'go.

Na specjalną uwagę zasługują t. zw. oponiaki. Guzy te, wychodzące z rynienki nerwów wzrokowych i rozrastające się

w przedniej jamie czaszkowej, powodują obniżenie lub zniesienie wężu, przez ucisk zaś na nerw wzrokowy jego zanik pierwotny; oponiaki, umiejscowione w rowku skrzyżowania nerwów wzrokowych (sulcus chiasmaticus), wywołują obustronne niedowidzenie skroniowe bez zniszczenia siodełka tureckiego i bez objawów przysadkowych (Syndrome chiasmaticque simple). Oponiaki nie są promienioczułe i nie nadają się do leczenia energią promienną. Nadają się one natomiast do leczenia metodami chirurgicznymi drogą zewnętrzną przez przedni dół czaszkowy (metoda Krauze'go, Frazier'a, Cushing'a). Dostęp do oponiaków jest nietrudny, przypadki te dają najlepsze wyniki i małą śmiertelność 5%. Guzy kieszonki Rathke'go są również odporne w leczeniu energią promienną i nadają się raczej do leczenia chirurgicznego. Natomiast gruczolaki kwasochłonne są promienioczułe, mniej gruczolaki zasadochłonne.

W roku 1928 przy współpracy radiologów F l o k s z t r u m p f a, G ą d k a i M e s z a zastosowałem leczenie promieniami radowymi w przypadkach, w których leczenie promieniami R o e n t g e n a nie tylko nie dało poprawy, lecz—pomimo leczenia—stan chorych się pogarszał.

Celem doprowadzenia aplikatorów radowych możliwie najbliżej nowotworu dokonana została operacja H i r s c h a. Transseptalnie usunięto przegrodę wraz z lemieszem, a po usunięciu przednich ścianek zatok klinowych usunięto też przegrodę między zatokami. We wszystkich przypadkach z obu zatok klinowych utworzona została jedna przestrzeń, dno zaś siodełka usuwano tylko w tych przypadkach, w których technicznie było to możliwe, t. zn. w przypadkach dostatecznie upowietrzonych zatok. Aplikatory, zawierające 10 miligr. radu w filtrach platynowych 1-milimetrowych, często —1-milimetrowych kauczukowych, umieszczone zostały tuż pod siodełkiem. Rad pozostawał na miejscu od 48 do 72 godzin. Dawka wahała się między 60 a 90 millicurie godzin. Chorzy znosili aplikację radu dobrze. Bóle głowy nie były bardzo dokuczliwe. U większości chorych ciepłota podnosiła się do 38°. Po usunięciu aplikatorów ciepłota szybko wracała do normy. Miejscowo stwierdzono przekrwienie i obrzmienie błony śluzowej. Oparzenia II stopnia w postaci szarawo-mlecznych nalołów stwierdziliśmy dwa razy. W tych przypadkach śluzówka wykazywała stale zmiany w postaci suchości błon śluzowych

z tworzeniem się strupów zlečka cuchnących. W wielu przypadkach występowały w obrębie górnej szczęki dość dokuczliwe bóle, które ustępowały po kilku tygodniach.

Wynik leczenia można było już stwierdzić po kilku tygodniach. Maksymalną poprawę wzroku stwierdzono po wielokrotnym zastosowaniu napromieniania w 3-miesięcznych odstępach czasu. Najmłodszy pacjent, u którego zastosowana została ta metoda, miał 11 lat; najstarszy 65 lat. U trzech chorych stwierdzono wybitne objawy akromegalii; w dwóch przypadkach objawy dystrophiae adiposo-genitalis. W pozostałych dominowały objawy oczne.

Jak wynika z zebranego piśmiennictwa, pierwsze próby napromieniania radem robił Hirsch. Zarówno sposób stosowania, jako też dawkowanie, było różne. W jednej z dawniejszych prac Hirsch podaje, że wprowadzał 4,7 mgr. radiumbromidu na $\frac{3}{4}$ godziny co drugi dzień; następnie pozostawiano tę samą ilość radu w ciągu jednej godziny raz na 4 dni; łącznie chorzy Hirscha otrzymali 20 millicuriegodzin.

Hirsch — jak widzimy — stosował małe dawki i to w odstępach 2 i 4-dniowych.

Metoda nasza polega na stosowaniu znacznie większych dawek przy stosowaniu nieprzerwanym od 48 — 96 godzin. Metoda ta była stosowana w 30 przypadkach.

Pozwolę sobie podać w skróceniu kilka historii chorób przypadków, które są pod obserwacją ponad 8 lat.

I przypadek. 16-letnia R. F. cierpi od 3 lat na za burzenia wzroku, bóle głowy. Od $1\frac{1}{2}$ roku nieprawidłowe miesięczkowanie. Badanie wzroku 16. I. 30 r. wykryło: Vis. oc. d. — liczy palce z 2 metrów. Vis. oc. s. — liczy palce z $\frac{1}{2}$ metra. Pole widzenia prawe wybitnie zwężone, po lewej stronie nie fiksuje. — Leczenie rentgenowskie nie dało poprawy. — 10. IV. 30 r. po operacji przygotowawczej metodą Hirscha otrzymała chora 480 millicur. godzin — 3,6 m. c. d.

Taką samą dawkę otrzymała w lipcu 1930.

Badanie wzroku (Dr Zamenhof) 10. VII. 30 r.: Vis. oc. d. 5/35. Vis. oc. s. — palce z $\frac{1}{2}$ metra.

II przypadek. Pacjentka 48 lat, Chr. Dąbr. cierpi na bóle głowy od 15 lat. Przed 3 lata wystąpiły zaburzenia wzroku. Leczenie rentgenowskie, wielokrotnie przeprowadzone, nie dało poprawy. Badanie rentgenologiczne stwierdziło po-

szerzenie i pogłębienie siodła, ścięczenie i pochylenie grzbietu ku tyłowi.

Badanie wzroku (Dr Endelman) 16. X. 1928 r.: Vis. oc. d. — liczy palce z 1 metra; Vis. oc. s. — liczy palce z 2 metrów.

Po utworzeniu na drodze chirurgicznej dostępu do siodła u chorej dwukrotnie zastosowano leczenie radem. Dawka 960 millic. godz. 7,2 m. c. d. (P. fig. 1).

Badanie wzroku (Dr Endelman) 3. IX. 1934 r.: Vis. oc. s. 5/10. Vis. oc. d. 5/15. Pole widzenia: dla ruchów i przedmiotów zupełnie odsłonięte w skroniowych połowach. Barwy poznaje w skroniowych połowach, lecz pole wyraźnie zwężone.

III przypadek. 65-letnia Ch. Pis. Od 4 lat hemianopsia bitemporalis. Nigdy nie cierpiała na bóle głowy. Badanie wzroku (Prof. Noiszewski) 15. V. 1930 r.: Cataracta incipiens. Tarcze n. wzrokowych blade. Vis. oc. d. 5/9 + 3,0°. Vis. oc. s. — widzi ruchy ręki przed okiem od strony nosowej. Badanie Rtg.: pogłębienie i poszerzenie siodła; dno zniszczone, o granicach zatartych, nierównych. Operacja w znieczuleniu miejscowym. Na 6-ty dzień po operacji przy zupełnie dobrym samopoczuciu wystąpił nagle silny ból głowy; w ciągu kilku godzin doszło do zupełnej utraty wzroku, która trwała 6 dni na skutek wylewu krwawego do guza (badanie 18/VI 1930 r.) Chory otrzymał 1200 mgr. godzin radu — 9 m. c. d. Stopniowo wzrok zaczął się poprawiać i 25. XI. 1930 r. (Dr Pines): Vis. oc. d. 5/36; wypadnięcie tylnego dolnego odcinka. Vis. oc. s. — liczy palce z odległości metra. Badanie 15/V. 1937 r. Chory czuje się dobrze. Z powodu bardzo podeszłego wieku — 74 l — chory nie chciał się udać do lekarza celem dokładnego badania wzroku. Chory widzi nie gorzej. Prowadzi sam swoje księgi handlowe.

IV przypadek. Pacjentka Kag., 36 lat. Od 3 lat bóle głowy, od roku zaburzenia wzroku. Leczona była niejednokrotnie naświetlaniami Rntg. bez poprawy. Badanie Rntg. ustaliło pogłębienie i poszerzenie siodła. Proc. clivoidi i grzbiet zniszczone. Badanie oczu 10/XII. 1929 r.: Vis. oc. s. — nie widzi palców przed okiem; Vis. oc. d. — 3/10 25. I. 1930 r. Po utworzeniu szerokiego dostępu do siodła chora otrzymała 1440 mgr. godz. — 10,8 m. c. d. — 11. V. 1930 r. otrzymała 960 mgr. godz. — 7,2 m. c. d. 11. X. 1930 r. otrzymała 480 mgr. godz. — 3,6 m. c. d. 11. XI. 1930 r. Badanie ostrości wzroku (Dr Endelman): Vis. oc. s. — liczy palce z 2,5 metra; Vis. oc. d. — bez zmian 3/10. Chora do dnia dzisiejszego pracuje jako dentystka; czuje się dobrze. (P. fig. 2).

V przypadek. B. Ler., 18 lat. Od kilku miesięcy bóle głowy i zaburzenia wzroku. Była niejednokrotnie leczona naświetlaniami promieni Rntg., które nie dały poprawy — przeciwnie wzrok się pogarszał. 25.IV.1938 r. Badanie ostrości wzroku (Dr Arkin): Vis. oc. d. 5/60; Vis. oc. s.—nie widzi palców przed okiem. Po operacji Hirscha stwierdzono poprawę wzroku lewego oka — liczenie palców z 3 metrów. 26.VI.1928 r. otrzymała 960 mgr. godzin 7,2 m.c.d.; 7.II.1929 r. otrzymała 9 millicurie emanacji. 20.IV.1931 r. Badanie oczu (Dr Arkin — oddział Dra Zamenhofa): Vis. oc. d. 5/60; Vis. oc. s. 5/10. Pole widzenia: po stronie lewej przechodzi na niewidzące dotychczas skroniowe odcinki, po prawej, poza tym, na trzecią część dolnego skroniowego odcinka. Badanie oczu 25/I. 1936 r.: Vis. oc. s. 5/10; Vis. oc. d. 5/60. W 1937 roku chora urodziła dziecko; czuje się dobrze.

Podane w skróceniu 5 przypadków należą do materiału klinicznego, spostrzeganego przezemnie od 1928 do 1932 roku. W tym czasokresie miałem w leczeniu 14 przypadków. Jedna chora zmarła na skutek raka IV komory w 6 tygodni po otwarciu siodła i wielokrotnym opróżnianiu torbieli; w jednym przypadku nie udało się zebrać danych co do dalszego przebiegu cierpienia. Wyniki leczenia radem w tych 12 przypadkach, które były i są pod stałą obserwacją, przedstawiają się w sposób następujący:

1. Obiektywnie stwierdzono poprawę w 5 przypadkach. 2. Subiektywna poprawa w 1 przypadku. 3. Stan bez zmiany w 4 przypadkach. 4. Pogorszenie w 2 przypadkach. To sta. nowi: 41,7% z obiektywnie stwierdzoną poprawą; 41,7% st. idem; 16,4% pogorszenie.

Jezeli zestawimy wyniki, otrzymane za pomocą metody naszej, polegającej na utworzeniu dostępu do siodła tureckiego z następczym napromienianiem dużymi dawkami radu, z wynikami, otrzymanymi przez Hirscha, to na korzyść naszego postępowania leczniczego przemawia brak śmiertelnych przypadków przy nie mniejszym procencie długotrwałej poprawy. Ta sama metoda, stosowana od roku 1932 do dnia dzisiejszego w 16 przypadkach, dała mniej więcej analogiczne wyniki lecznicze.

Dr. J. Choróbski w swojej pracy: „O leczeniu guzów przysadki mózgowej i nowotworów przysiodłkowych“ (Medycyna Nr. 1, 1936), wspominając o leczeniu gruczolaków przysadki radem wypowiada się o tej metodzie leczenia w sposób następujący: „Jest to sposób leczenia, który w praktyce nie wykazał do-

tać żadnych szczególnych zalet. To zadanie bowiem, jakie w przypadkach gruczolaków przysadki stawiamy radowi, spełniają nierównie pewniej promienie Roentgena, których stosowanie opracowane jest dzisiaj do najdrobniejszych szczegółów, czego nie można powiedzieć o leczeniu radem“.

Nadmienić należy, że we wszystkich przeze mnie leczonych przypadkach radem leczenie uprzednie promieniami Roentgena nie tylko nie dało poprawy, lecz—przeciwnie—pogorszenie się stanu chorych. Jeżeli można mieć pewne zastrzeżenia co do aparatury roentgenowskiej i co do techniki, stosowanej przed 8 -- 10 laty, to pozwolę sobie podać w skróceniu przypadek, który spostrzegam od 3 lat wspólnie z D-rem R u s z k o w s k i m .

Chora K. zakonnica, cierpiała na silne bóle głowy; w październiku 1933 r. Dr R u s z k o w s k i stwierdził zwężenie pola widzenia na oku prawym. Po naświetlaniach Roentgenem nastąpiła tylko czasowa poprawa. W maju 1934 roku, pomimo wielokrotnych naświetlań (40 seansów) przez p. Doc. Z a w a d o w s k i e g o — zwężenie pola widzenia w oczach o charakterze skroniowym zaczęło szybko postępować; bóle głowy znacznie się wzmogły i wystąpiły zniekształcające objawy akromegalii. Roentgenologicznie: stwierdzono znaczne pogłębienie i poszerzenie siodła, zarówno jak odchylenie grzbietu; siodło o kształcie kulistym; wyrostki tylne i przednie zmienne. Na zlecenie D-ra R u s z k o w s k i e g o i D-ra L a n d a u a — po dokonaniu wstępnej operacji metodą H i r s c h a — zastosowano napromienianie radem pierwszy raz 3.VII. 1934 r. Już po dwu tygodniach Dr R u s z k o w s k i stwierdził znaczną poprawę pola widzenia. Po czterokrotnym napromienianiu radem w odstępach 4-miesięcznych pole widzenia rozszerzyło się do normy, pozostało jedynie nieznaczne zwężenie od góry i z zewnątrz w oku lewym. Siła wzroku normalna. Bóle głowy ustąpiły prawie zupełnie. Objawy akromegalii również znacznie złagodniały. Stan ten utrzymał się przez 4 lata. W roku bieżącym znów wystąpiło nieznaczne zwężenie pola widzenia. Chora po 2-letniej przerwie znowu poddana została napromienianiu radem. — Obecnie czuje się zupełnie dobrze.

Przypadek ten jest pouczający z tego względu, że był naświetlany przez jednego z najwybitniejszych u nas roentgenologów, którego aparatura stoi na wyjątkowo wysokim poziomie. Pomimo to leczenie Roentg. zawiodło, leczenie zaś napromienianiem radem dało wynik doskonały.

Czy napromienianie przysadki mózgu dużymi dawkami radu może mieć wpływ ujemny na układ nerwowy? W dostępnym mi

piśmiennictwie znalazłem pracę doświadczalną na myszach Prof. W. Grzywo - Dąbrowskiego: „Wpływ promieni radu na ośrodkowy układ nerwowy myszy“. Z pracy tej wynika, że promienie radu (sól bromowa radu), po wyeliminowaniu promieni α za pomocą filtru w postaci blaszki glinowej grubości 0,06 mm., wywołują zmiany w komórkach nerwowych nawet przy krótkotrwałym naświetlaniu. Powstają wtedy zmiany wsteczne, powodujące przy dłużej trwającym naświetlaniu rozpad i zanik komórek oraz włókien nerwowych i glejowych. Przy zastosowaniu blaszki ołowianej 0,5 mm., która zatrzymuje promienie β , promienie γ , żadnych zmian w tkance nerwowej nie wywołały. W roku bieżącym zastosowałem nabój radowy, zawierający 10 mgr. w filtrze platynowym i kauczukowym, który wkłuty został do guza pozasiodełkowego na 48 godzin. Wobec tego, że jest to pierwsze i jedyne spostrzeżenie tego rodzaju, pozwolę sobie w streszczeniu podać odnośną historię choroby.

Przypadek dotyczy pacjentki 40-kilkoletniej, która od 4 lat nie widzi na lewe oko i cierpi na bóle głowy. Od $\frac{1}{2}$ roku trwa postępujące osłabienie wzroku oka prawego. Badanie oczu (Dr P i n e s): oko lewe — Visus O; Tarcza całkowicie odbarwiona. Oko prawe: Correctio — 6D sferycznych — 2D cylindrycznych; Vis. 5/60. Tarcza różowa w postaci leżącego owalu. Pod tarczą stożek dolny biały.

Zdjęcie Rentg. wykazało nieznaczne pogłębienie i poszerzenie siodła tureckiego. Badanie neurologiczne (Dr H e r m a n) wykryło jedynie obniżenie węchu po stronie lewej.

Z przebiegu choroby i obrazu klinicznego wynikało, że mamy w danym przypadku do czynienia z guzem — oponiakiem, wychodzącym z rynienki n. węchowego, który na początku rozrasta się w przedniej jamie czaszkowej.

Na zaproponowany zabieg od zewnątrz chora nie zgodziła się. Wobec tego została wykonana operacja H i r s c h a. Podczas usuwania przegrody między zatokami nadłamana została część blaszki rynienki węchowej i wgłobił się twór elastyczny wielkości fasoli, zasłaniając zatokę klinową. Nabój radowy, zawierający 10 milligr. radu w filtrze milim. platynowym, po dwóch tygodniach został wkłuty w guz. Nabój pozostawiony został przez 48 godzin. Po wprowadzeniu naboju bóle głowy wzmogły się i była sztywność karku. Pomimo ciężkich objawów chora była w stanie euforii i starała się być dowcipną. W płyn. mózg. rdz.

pleocytoza — 56 elem; ilość białka 0,48. Po nsunięciu naboju radowego stan podrażnienia opon i zmiany psychiczne utrzymywały się jeszcze przez 3 tygodnie. Stopniowo ustąpiły bóle głowy i znikła też euforia. Chora — badana po 3 miesiącach — wykazała obiektywną poprawę wzroku oka prawego w postaci znacznego rozszerzenia pola widzenia. Samopoczucie chorej dobre. Z załączonego roentgenogramu widać, że aplikator znajduje się w przedniej jamie czaszkowej. (p. fig. 3).

Kilka miesięcy później opublikowali P a t t i s o n i S w a n (The Lancet, June 4. 1938 r.) pracę, w której podają, że w 2 przypadkach zespołu Cushinga, gdzie leczenie Roentgenem nie dało poprawy, po dokonaniu operacji od zewnątrz—wprowadzili do przysadki naboje, zawierające rad. W jednym przypadku stosowali 4 millicurie, w drugim 9 millicurie z dobrym efektem leczniczym.

Na zasadzie 10-letniego doświadczenia w leczeniu guzów wewnątrzsiodłkowych metodą skombinowaną, tj. metodą chirurgiczną, która stwarza szeroki dostęp do siodła drogą transseptalną, z następczym wielokrotnym napromienianiem radem, dochodzimy do wniosku, że metoda ta daje długotrwałe dobre wyniki w dużym odsetku przypadków, w których leczenie Roentgenem zawodzi.

Metoda lecznicza, wyżej wymieniona, ma następujące zalety:

- 1) Zabieg chirurgiczny z następczym napromienianiem daje 0 umiæralności.
- 2) Przed napromienianiem można w wielu wypadkach dokonać nakłucia guza i przekonać się, czy nie mamy do czynienia z guzem torbielowatym. Opróznienie torbieli wielokrotnie wykonałem. Nie należy jednak zaniechać leczenia radem, albowiem możemy mieć do czynienia z częściowym zwyrodnieniem gruczolaka. —
- 3) Usuwając na drodze chirurgicznej przegrodę między zatokami i usuwając dno siodła w przypadkach, w których pozwalają na to warunki anatomiczne, stwarzamy przez sam zabieg odprężenie; guz przemieszcza się w kierunku zatoki i tym samym ucisk na skrzyżowanie nerwów może się zmniejszyć, ewentualnie ustąpić. W takich przypadkach ustępują również bóle głowy.

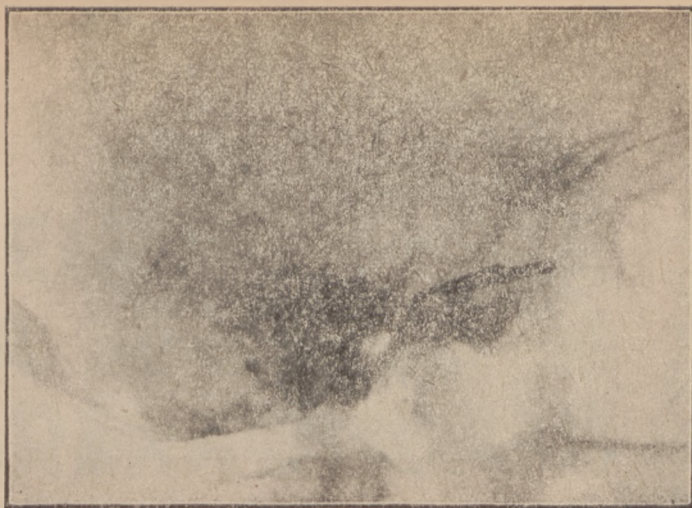


Fig. I.

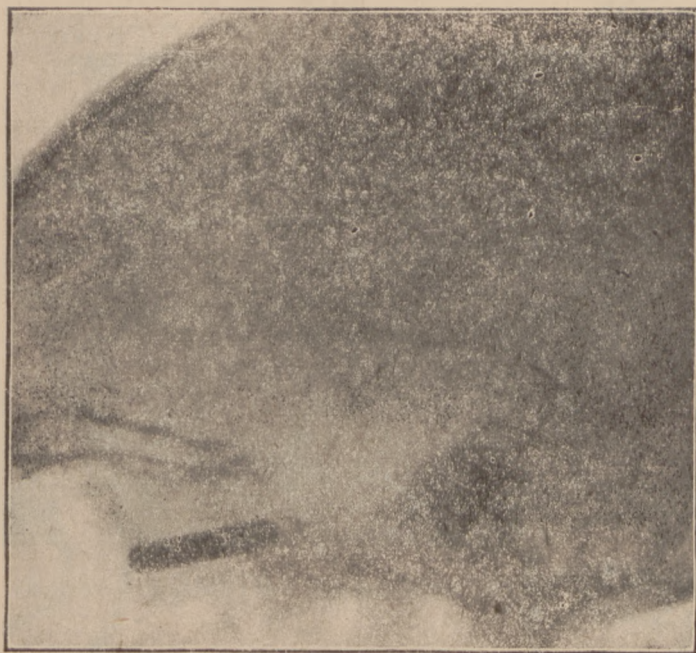


Fig. II.

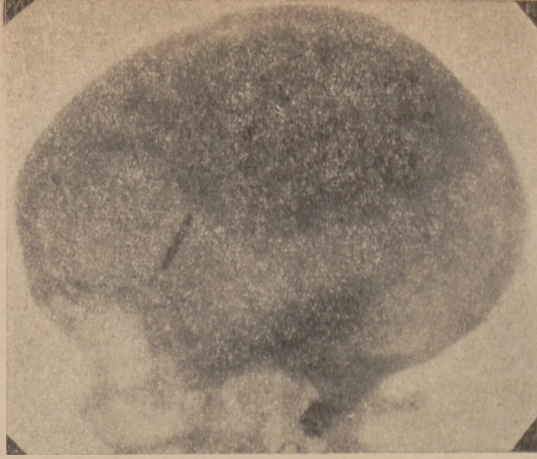


Fig. III.

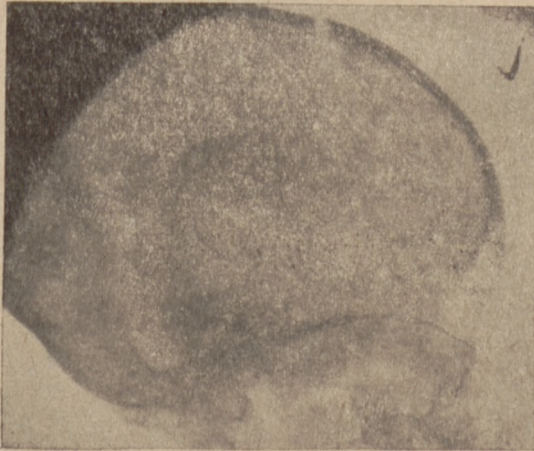


Fig. IV.

Aplikator radowy zastosowany u 9 letniej dziewczynki.

CHEMOTERAPIA ZAKAŻEŃ ZIARENKOWCAMI

A K T Y W N A
N I E T O K S Y C Z N A
B E Z B A R W N A



S

EPTAZIN



From the Department of Dermatology of the Warsaw
Municipal Hospital „na Czystem”
(Chief J. Merenlender).

Histamine and her application in Dermatology.

by

J. Merenlender and H. Gabay.

According to the present international bibliography, concerning a {very actual problem of Histamine, either from the pathophysiological or therapeutic standpoint — the authors procede to own investigations and are of the opinion, that Histamine has a double way of therapeutic action:

- 1) in the area of allergic symptoms
- 2) as well at the same time and separately — as an action on the peripheric nervous system (neurotropic).

The authors accomplished histamine intracutaneous tests in 20 cases of different dermatoses (1 miligr. without Novocain).

In all the cases, typical urticaria blisters arose, on an average of 1½ minutes after injection, except cases of urticaria in which the reaction appeared very rapidly, already after 30 seconds. The duration time of the Histamine blister was more or less one and the same in all the cases — the blisters cleared out entirely after an average of hour and half.

In two cases of vesicular diseases (M. Dühring and Dishydrosis manum) the lesions have increased notably next day after performing the intercutaneous tests — in form of an erythema and eruption of many recent vesicles. Except those 2 cases, the authors could not catch sight of a provoking or allergic action of histamine in dermatoses.

The authors tested the Histamine cure on a material of 30 cases: 8 cases of craurosis vulvae, 4 — pruritus ani, 1 — pruritus scroti, 6 — neurodermitis circumscripta, 2 — endarteritis obliterans, 3 — pruritus generalisatus (sine materia), 3 — urticaria e frigore, 1 — sclerodermia generalisata and 2 — arthritis gonorrhoeica.

On the ground either of clinical and experimental investigations, mentioned above, or in therapeutic results of histamine cure — the authors came to following conclusions:

- 1) Histamine is a harmless remedy

- 2) Absence of provoking or allergic action of Histamine
- 3) The double — way of action
- 4) The most favorable therapeutic results were obtained in limited skin itching.

Z Oddziału Dermatologicznego.
(Ordynator: I. Merenlender).

Histamina i jej zastosowanie w dermatologii.

PODALI

I. Merenlender i H. Gabay.

Pośród hormonów tkankowych, którym ostatnio poświęca się coraz więcej uwagi, na pierwsze miejsce wysuwa się histamina i ciała histaminopodobne, które znajdują się prawie we wszystkich substancjach, bogatych w białko, w narządach, stosunkowo zaś w wielkiej ilości w skórze.

Ackerman w 1910 r., Berthelot i Bertrand w 1911 r., otrzymali histaminę, czyli β — imidazolethylaminę przez dekarboksylację (odszczerpienie CO_2) histydyny za pomocą mikro-bów (bacillus aminophyllus, bacterium colli). Histamina powstaje również z histydyny przez działanie promieni pozafioletkowych.

W rozmaitych stanach chorobowych histamina i ciała histaminopodobne mogą występować w nadmiernej ilości i powodować poważne zaburzenia. W dziedzinie dermatologii objawy alergiczne, pokrzywkowe, porażenia słoneczne, zatrucie przy rozległych oparzeniach, a szczególnie różne stany zapalne wiążą się z nadmiernym powstawaniem tych ciał w ustroju. Alechinsky podaje, że surowica, pobrana z ogniska, gdzie wywołano obrzęk przez podrażnienie środkami fizykalnymi i wstrzyknięta następnie w zdrową skórę lub świnie morskiej, wywołuje objawy podobne do działania histaminy. Artom wykazał obecność histaminy w sztucznie wywołanych bąblach. Również Voss stwierdził, że w rozsianych stanach zapalnych skóry wytwarza się znaczna ilość histaminy, która wpływa na wzmożone wydzielanie soku żółdkowego. Według Looza w ognisku zapalnym ilość histaminy powiększa się 8-krotnie, w ognisku ropnym 20-krotnie w stosunku do ilości histaminy w zdrowej skórze. Histamina powoduje *in vitro* fagocytozę leukocytów.

Ravina przypuszcza, że histamina działa za pomocą kontaktu z zakończeniami nerwowymi, a więc posiada własności neurotropowe. Obserwacje Dale'a i jego współpracowników wykazały, że histamina działa bezpośrednio na naczynia włosowate, porażając je, i za pomocą włókien, które mają powinowactwo do histaminy i rozszerzając na tętnice, powodując w następstwie skurcz naczyń.

Działanie to, odwrotne do działania tyrozyny i adrenaliny, podobne jest, ale nie identyczne, do działania parasympatycznego.

Menkin i Kuznietzowski zaobserwowali, że niektóre substancje białkowe, barwiki, bakterie zatrzymywane są szczególnie w wielkich ilościach przez tkanki uprzednio podrażnione bądź to przez proces chorobowy naturalny, bądź też sztucznie. Znane też jest w dermatologii mocne zabarwienie bąbli w żółtacze. Powstało stąd pytanie, czy zjawisko to nie pozostaje w związku z powstawaniem w tych ogniskach histaminy. Doświadczenia na królikach wykazały znacznie większe gromadzenie się barwika w ogniskach, gdzie wstrzyknięto histaminę z barwikiem, niż roztwór fizjologiczny z barwikiem. Barwik, początkowo wolny w tkance, ulegał po kilku godzinach szybko przebiegającej fagocytozie. Przyczyną zatrzymania i następnej fagocytozy barwika był prawdopodobnie miejscowy obrzęk, wywołany przez histaminę, zaś cele — zatrzymanie w jednym miejscu szkodliwych dla organizmu substancji, które ulegały fagocytozie w ogniskach, nie szerząc się w ustroju. Doświadczenia, gdzie użyto zamiast barwika drobnoustrojów, są jeszcze w toku.

Histamina wstrzyknięta podskórnie w dawce średniej powoduje kongestię powłok skórnych, silny ból głowy, ślinotok, łzawienie, zwiększa wydzielinę nosowo-oskrzelową, powoduje też skurcz mięśni gładkich, przypomina więc działanie pilokarpiny. Tę ostatnią osobliwość podkreślili Popielski i Koskowski, potwierdzili również Rothlin i Gundlach. Histamina pobudza również skurcz mięśni macicy i znajduje się obok tyraminy w sporyszu. Wprowadzona doskórnie histamina wywołuje klasyczną triadę Lewisa: 1) zaczerwienienie miejsca wstrzyknięcia, 2) odruchowe zaczerwienienie szerok. od 3 do 7 cm i 3) bąbel szerokości 12 — 20 mm., który występuje po 2 — 3 minutach i utrzymuje się 1 — 2 godziny. Według Roussy'ego

pierwsze zjawisko występuje z powodu bezpośredniego działania histaminy na naczynia w skórze; drugie — z powodu rozszerzenia naczyń, a trzecie z powodu wzmożonej przepuszczalności naczyń. Wprowadzona dożylnie histamina powoduje wstrząs histaminowy podobny do wstrząsu hemoklazycznego, a mianowicie gwałtowny spadek ciśnienia, zaburzenia sercowo-oddechowe oraz niepokój.

Histaminę można również wprowadzić do skóry drogą skaryfikacji, metodą Chazanowa, stosowaną z powodzeniem przez Steina u nas na oddziale neurologicznym.

Järnecke zajmował się specjalnie przemianą histaminowo-histydynową w żywej skórze przez działanie promieni pozafioletkowych. Wiele doświadczeń wskazywało na to, że rumień słoneczny związany jest z powstawaniem histaminy lub histaminopodobnych substancyj. Wychodząc z tego założenia, autor wstrzykiwał w pewne odcinki skóry 1% roztwór histydyny, przy czym obserwował w tych odcinkach bardzo znaczną przewagę rumienia słonecznego, podczas gdy inne aminokwasy, względnie sól fizjologiczna albo wcale nie wywoływały rumienia, albo bardzo słaby.

Przemiana histaminowo-histydynowa jest zjawiskiem bardzo złożonym; z histydyny powstaje nie tylko histamina; zresztą przy dłuższym naświetlaniu histamina zostaje rozłożona, o czym świadczy to, że dalsze naświetlanie nie wywołuje nasilenia rumieniowego.

Również przez podawanie per os substancyj bogatych w histydynę lub samej histydyny udawało się wywołać po naświetlaniu wzmoczony rumień.

W ostatnich czasach wskazuje się na związek pomiędzy histaminą a niektórymi hormonami, jak na przykład hormonem nadnercza. Kollaway i Covell spostrzegli, że dekapsulacja wzmaga toksyczność, a Schenkowi udało się przez jednoczesne wstrzyknięcie 1,5 mgr. adrenaliny nie dopuścić do wstrząsu, pomimo zastosowania tak dużej dawki jak 35 milligr. histaminy.

Jest rzeczą pewną, że organizm wpływa na przemianę histydynowo-histaminową bądź drogą zacyznową, bądź drogą hormonalną. Mechanizm tego działania nie jest zupełnie jasny.

Od kilku lat histamina jest coraz bardziej wprowadzana do lecznictwa. Weissenbach i Perlés od 1936 r. stosują ją z powo-

dzeniem w nerwobólach, zapaleniach stawów i goścu mięśniowym. Falk zaobserwował dobre wyniki jontoforezy histaminowej w schorzeniach, towarzyszących zylakom. Carnot i Libert stosują histaminę w leczeniu chorób żołądka celem pobudzenia jego sekrecji.

Jeżeli chodzi o zastosowanie histaminy w dermatologii, to Touraine, Soullignac i Picquart stosowali z powodzeniem histaminę w bólach współistniejących, względnie następczych, w półpaści, Ravina i Cain w świądzie odbytu, Tzank, Sidi i Lewi — w swędzących chorobach skóry; sprawami tymi zajmiemy się bliżej.

Cain specjalnie interesował się uporczywymi przypadkami swędzenia odbytu, przy czym brał pod uwagę tylko swędzenie samoistne, niewywołane ani krwawnicami, ani glistami, ani też nieżytem jelit. Spostrzeżenia swe autor opiera na 66 przypadkach opornych na leczenie ogólnie przyjętymi środkami; niektóre przypadki trwały 20 — 30 lat.

Ravina stosuje również z dużym powodzeniem histaminę w świądzie samoistnym odbytnicy czy też uwarunkowanym krwawnicami.

Co się tyczy postępowania leczniczego, to po dezynfekcji skóry jodyną aplikuje się wstrzyknięcia doskórnie w odległości od kilku millimetrów do 2 cm. od odbytu, w zależności od promieniowania światła. Wybiera się przeważnie punkty, które sam pacjent wskazuje, jako najbardziej swędzące; w przeciwnym razie stosuje się od 3 — 6 wstrzyknięć w postaci korony na 1 posiedzeniu. Wstrzyknięcia histaminy należy stosować codziennie (z roztworu $\frac{1}{2}$ milligr. w 1 cm^3), aż do zniknięcia swędzenia; po ustąpieniu swędzenia należy w dalszym ciągu w przerwach 2—3 dniowych prolongować je. Wpuszczanie płynu do skóry wywołuje dosyć żywy ból, który wkrótce ustępuje. Należy rozpocząć od bardzo nieznacznych dawek w celu sprawdzenia tolerancji chorego. W 10% przypadków Ravina spostrzegł odczyn ogólny (co prawda słaby): nawał, ślinotok, wymioty, pokrzywę, i t. d.) wstrząs histaminowy, odpowiadający wstrząsowi hemoklasyicznemu. Nieraz już po 1-ym wstrzyknięciu swędzenie i bóle ustępują, przeważnie zaś po 4-ch wstrzyknięciach. Nawroty, występujące niekiedy po kilku miesiącach, znikają po 2—3 wstrzyknięciach.

Zachęceni dobrymi wynikami, otrzymanymi przez Cain'a i Ravinę w leczeniu histaminą swędzenia odbytu, Tzank, Sidi i Leni zaczęli stosować ten sam środek w różnych chorobach skóry, przeważnie swędzących. W swędzeniu ograniczonym autorzy stosowali miejscową infiltrację (nastrzykiwania), wstrzykując w ognisko chorobowe zawartość ampułki histaminy ($\frac{1}{4}$ milligr.) rozcieńczoną w 5 cm³ roztworu soli fizjologicznej. Wstrzyknięcia te stosowano 3 razy tygodniowo, ogółem od 10—12.

W swędzeniu ogólnym (zapaleniu wypryskowym skóry, liszaju płaskim, pokrzywce) autorzy stosowali wstrzyknięcia śródskórne, używając do tego $\frac{1}{4}$ lub $\frac{1}{2}$ ampułki histaminy (0,00025) do 3-ch ukłuć w okolice ramieniową, również 3 razy tygodniowo, ogółem 10—12.

Objawy ogólne po wstrzyknięciu są rzadkie, jednak w jednym przypadku wstrzyknięcie wywołało wstrząs u chorego, co zmusiło do przerwania leczenia. Natomiast stale występuje odczyn miejscowy.

Co się tyczy wyników leczenia, to autorzy otrzymali bardzo zachęcające w przypadkach ograniczonego swędzenia, krótkotrwałe polepszenie w liszaju pospolitym przewlekłym, wyniki nieznaczne w wyłysieniu; w zapaleniu wypryskowym skóry, w liszaju płaskim, w łuszczycy, histamina znacznie łagodzi swędzenie już po pierwszych wstrzyknięciach, natomiast na samą chorobę wpływu niema; w pokrzywce pochodzenia pokarmowego nie daje dobrego wyniku, jak również pozostaje bez efektu w świerzbie.

Touraine, Soullignac i Picquart zastosowali ten sposób leczenia w 3 przypadkach półpaśca w bólach wczesnych lub też następczych, które ustępowały bardzo szybko, nieraz w kilka minut po wstrzyknięciu. Zabieg powtarzano w razie nawrotu, wystarczało jednak 3 dni do zupełnego wyleczenia.

Do wstrzyknięć używa się 1-gramową strzykawkę i krócej ściętą krótką igłę.

Joltrain stosował histaminę w postaci jonizacji w 2 przypadkach półpaśca, w jednym — z wynikiem dodatnim, w drugim z krótkotrwałą poprawą. Nie należy zdaniem jego zbyt szeroko stosować tego sposobu leczenia, gdyż — niezależnie od wprowadzonej do ustroju dawki — można wywołać wspomniany wstrząs histaminowy w razie nietolerancji chorego i w przypadkach niewyrów-

niania wad serca. Wiadome jest, że nieszkodliwa histydyna, znajdująca się w organizmie ludzkim, może pod wpływem różnych czynników przejść w szkodliwą histaminę.

W e i s s e n b a c h uważa histaminę za jeden z najlepszych środków w leczeniu półpaśca zarówno w bólach, występujących jednocześnie z wysypką lub ją nawet wyprzedzających, jako też w następnych po ustąpieniu wysypki.

Również J a u s i o n miał dobre wyniki przy leczeniu histaminą bólów następnych po półpaścu. Spostrzegł on, że wago-tonicy ze skazą wysiękową reagują bardzo intensywnie na histaminę.

Ze względu na to, że za przyczynę w wielu schorzeniach uważano histaminę (astma, pokrzywka, obrzęk Quincke'go, migrena), zaczęto stosować próby odczuleniuowe względem histaminy, którą wprowadzono do ustroju bądź w postaci wstrzyknięć śródskórnych, bądź też w postaci jonizacji, leczenie dawało wyniki zadowalające. U chorych ze skłonnością do wysięków odczynu po próbach były wcześniejsze, silniejsze, trwalsze, zwłaszcza u blondynów.

Próby histaminowe u ras kolorowych wykazały, że odczyn nie jest zależny od stopnia pigmentacji skóry, lecz jest w związku ze skłonnością u chorych do wysięku.

Stosowanie histaminy w wypadkach swędzenia pozwoliło T z a n k ' o w i, S i d i ' e m u i D o b k i e w i t c h ó w n i e stwierdzić również jej działalność uaktywniającą. Autorzy opisują 3 przypadki swędzącego wypryskowego zapalenia skóry, wywołanego w 2 przypadkach przez farbę do włosów, w 3-im — przez krem kosmetyczny. W celu stwierdzenia uczulenia u chorych zastosowano próby płatkowe z powyższych produktów, co do których istniało przypuszczenie, że wywołały chorobę; próby te jednak wypadły ujemnie. W celu uspokojenia swędzenia w 1-ym przypadku chorej wstrzyknięto histaminę, po czym w miejscach, gdzie przed dwoma tygodniami zastosowano próby płatkowe, wystąpiły objawy wypryskowego zapalenia skóry; w następnych przypadkach autorzy już celowo wstrzyknęli histaminę, co również dało ten sam wynik. Możliwe, że w działaniu histaminy w grę wchodzi inne jeszcze uboczne związki, a histamina odgrywa rolę głównego jądra, jak to podkreśla J a u s i o n .

Nawiązując do podanych wyżej danych dotychczasowego wszechświatowego piśmiennictwa o bardzo aktualnym obecnie zagadnieniu histaminy, zarówno z punktu widzenia patofizjologii, jak i leczniczego, przystąpiliśmy do własnych badań, na których podstawie wysuwamy koncepcję dwutorowości działania leczniczego histaminy: z jednej strony, w płaszczyźnie zjawisk alergicznych, z drugiej — zarówno równocześnie, jak i odrębnie, jako działanie na obwodowy układ nerwowy (neurotropowe).

Przeprowadziliśmy próby doskórne w 20 przypadkach różnorodnych dermatoz za pomocą histaminy (1 mgr. bez Novocainy). We wszystkich przypadkach stwierdzono typowe bąble pokrzywkowe, które występowały przeciętnie w 1 $\frac{1}{2}$ minuty po wstrzyknięciu za wyjątkiem pokrzywy, w której odczyn występował bardzo szybko, bo już po 30 sekundach! Jeżeli chodzi o czas utrzymania się bąbla histaminowego, to był on mniej więcej we wszystkich dermatozach jednakowy i ustępował przeciętnie po 1 $\frac{1}{2}$ godziny. W dwóch przypadkach schorzeń pęcherzowych (choroba D ü h r i n g a i Dishydrosis manuum) stwierdzono nazajutrz po dokonaniu wspomnianych prób doskórnych wybitne pogorszenie się zmian chorobowych w postaci zaczerwienienia skóry i wystąpienia licznych świeżych pęcherzy. Poza tymi dwoma przypadkami nie mogliśmy stwierdzić prowokacyjno-allergicznego zadziałania histaminy w dermatozach.

Wypróbowaliśmy poza tym leczenie histaminą w 30 przypadkach, z nich 8 przypadkach *caurosis vulvae*, 4 przypadki *pruritus ani*, 1 — *pruritus scroti*, 6 — *neurodermitis circumscripta*, 2 — *endarteriitis obliterans*, 3 — *pruritus generalisatus*, (*sine materia*) 3 — *urticaria e frigore*, 1 — *sclerodermia generalisata*, 2 — *arthritis gonorrhoeica*.

Posługujemy się następującym roztworem histaminy w 1 cm ampułce: histaminy 0,0005, novocainy 0,01, adrenaliny $\frac{1}{1000}$ 1 gtt.

Podawanie czystej histaminy, bez środka znieczulającego, zarzucono ze względu na bóle. Wstrzykujemy doskórnie dookoła ogniska chorobowego, zakładając 4 — 6 bąbli, co 2 — 4 dni, łącznie 6 razy. W razie uporczywości cierpienia — a ustalonej skuteczności histaminy — powtarzamy zabiegi po 3—6 tygodniowej przerwie. Najlepsze wyniki lecznicze, wyraźny wpływ zarówno symptomatycznie, jak i objawowo, uzyskaliśmy w *caurosis vulvae*, *pruritus ani* i *arthritis gonorrhoeica*. W 4-ch przypadkach

spozrzegliśmy objawy wstrząsu hemoklazycznego (2 przypadki urticaria i 2 przypadki neurodermitis).

Pełną serię wstrzyknień, według wskazanego postępowania, stosowaliśmy w 20 przypadkach, w pozostałych 10 leczenia nie mogliśmy ukończyć; 4 chorych, u których stwierdziliśmy dobry wynik leczniczy, jest nadal pod obserwacją; nie wykazują nawrotu cierpienia.

Streszczając, stwierdzamy, że sposób leczenia histaminą jest niewątpliwym postępowaniem w leczeniu w ogóle, a w dermatologii w szczególności.

Na podstawie wspomnianych badań kliniczno - doświadczalnych, jak i w zakresie leczenia histaminowego, doszliśmy do następujących wniosków: 1) środek ten jest nieszkodliwy; 2) brak alergicznie prowokującego działania histaminy; 3) dwutorowość jej działania; 4) najlepsze wyniki lecznicze dają się zauważyć w ograniczonym świądzie skóry.

Dans ce travail il a été question de l'état actuel de la science concernant le problème de l'histamine, en particulier en dermatologie.

Ce traitement a été essayé au Service dermatologique de l'hôpital Czyste sur 30 malades, dont 8 cas de craurosis vulvae; 4 cas de pruritus ani, 1 cas de pruritus scroti, 6 cas neurodermitis circumscripta, 2 cas endarteritis obliterans, 3 cas pruritus generalisatus (sine materia), 3 cas urticaria a frigore, 1 sclerodermia generalisata, 2 cas arthritis gonorrhoeica. On a obtenu les meilleurs resultats chez les malades atteints de pruritus circumscriptus.

P I Ś M I E N N I C T W O .

1) *Alecibiŏsky*. Zbl. B. 46, str. 161 i 701, 1933. 2) *Artem*. Zbl. B. 51, str. 176, 1935. 3) *Baroum and Gaddum*. Zbl. 56, str. 468, 1937. 4) *A. Cain*. Bul. de derm. et de syphil. Nr. 2, 1938. 5) *Falk*. Zbl. B. 46, str. 488, 1933. 6) *Govaerts*. Zbl. B. 48, str. 613, 1935. 7) *B. Gutowski*. Medycyna dośw. i społ. t. V z 1—2. 1925. 8) *Järnecke*. Zbl. B. 57, str. 485, 1937. 9) *Jarnecke*. Arch. f. D-ie B. 177. 10) *Jausion, Giard, Bousset et Che Tchou Ching*. Bull. de derm. et de syphil. Nr. 4. 1937. 11) *Loos*. Zbl. 51, str. 176, 1935. 12) *Loos*. Zbl. 57, str. 485, 1937. 13) *Loos*. Arch. f. D-ie B. 177. 14) *Touraine, Soullignac et A. Picquart*. Bull. de derm. et de syphil. Nr. 3, 1937. 15) *A. Tzank, E. Sidi et S. Levi*. Bull. de derm. et de syphil. Nr. 3 1938. 16) *A. Tzank, E. Sidi et M-elle Dobkiewitch*. Bull. de derm. et de syphil. Nr. 3, 1938. 17) *W'eissenbach et Perles*. Extr. des Bull. et Membre de la Soc. med. des Hôpitaux de Paris. 18) *Voss*. Derm. Woch. Nr. 38, 1938.

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 opracowa-
nemu 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.

From the Institute of Pathology (Dr Dworecki, Chief) and the Internal Service (Dr Fejgin, Chief) in the Municipal Hospital at Czyste, Warsaw.

A case of Proteus — and Coli — septicemia.

by

I. Dworecki and J. Goldfarb.

The authors describe a case of mortal Septicemia due to Escherichia Coli and B. Proteus. Man, aged 52, was suffering of abdominal pain, diarrhoea, occasional vomiting, icterus, hectic fever, and progredient secondary anemia. The disease lasted 7 weeks and ended fatally. As it was stated on post mortem examination, the primary focus seemed to be represented by suppurative lesions of duodenum, which were complicated by thrombophlebitis of V. portae and multiple abscesses of the liver. Hemoculture made intra vitam and bacteriological post mortem examinations of the purulent foci and of the enlarged spleen gave identical results: everywhere there were found 2 species of microorganisms — 1) Escherichia Coli communior and 2) varietas of Proteus vulgaris, namely Proteus intermedius (Magath).

Z pracowni analt. Szpitala Starozakonnych na Czystem—dra I. Dworeckiego i z oddz. chorób wewn. tegoż szpitala—dra M. Fejgina.

Przyczynę do zakażeń ogólnych pałeczką odmienia (Proteus vulg).

PODALI

I. Dworecki i J. Goldfarb.

Pałeczka odmienia (Bac. proteus vulgaris), jeden z najbardziej rozpowszechnionych drobnoustrojów, bierze — jak wiadomo — na równi z beztlenowcami wybitny udział w procesach gnilnych, które stanowią jeden z ważnych etapów przemiany materii w przyrodzie. Wszędobylski, niezwykle ruchliwy, niewybredny w sensie pożywienia, łatwo przystosowujący się do zmienionych warunków — jakkolwiek bezzarodnikowy — odmieniec wykazuje dużą zachłanność „in vitro“: energicznie rozkłada białka i cukrowce, oraz — szybko rosnąc — zasnuwa w sposób „mgła-

wicowy“ całą powierzchnię pożywki, prawie zawsze pokrywając sobą napotkane po drodze kolonie innych bakterii. W przeciwieństwie do tego nader charakterystycznego zachowania się odmienia ca poza organizmem, nie przejawia on zazwyczaj wydatniejszej tendencji do inwazyjności w stosunku do tkanek ustroju, w którym fizjologicznie (głównie w jelicie grubym) saprofituje.

To znamienne przeciwieństwo w zachowaniu się odmienia „in vitro“ i „in vivo“ występuje szczególnie jaskrawo w porównaniu z pałeczką okrężnicy (*Escherichia*, wzgl. *Bact. Coli*), stałym sąsiadem i współzawodnikiem odmienia w warunkach fizjologicznych. Udział bowiem pałeczki okrężnicy w patologii ludzkiej jest znacznie bogatszy, składając się — jak wiadomo — na bardzo urozmaicone i dość pospolicie występujące przejawy „kolibacillozy“ ogniskowej lub ogólnej. W odróżnieniu od *Bact. Coli* — chorobotwórczość odmienia polega przeważnie nie na pierwotnie wzmożonej zaczepności w stosunku do makroorganizmu, ale na wnikaniu schorzeń, wywołanych już przez inne bakterie: ziarenkowce ropotwórcze, pałeczki okrężnicy lub duru, beztle nowce.

Odmieniec najczęściej usadawia się na terenie, już przez pierwotne zakażenie zmienionym i nadaje procesowi chorobowemu charakter zgorzelinowy i gnilnopośokowaty (odmienicowe powikłania błonicy gardzieli, nieżyty cuchnącego nosa, zapalenia ucha środkowego, ropni płuc, zakażeń i zatruc pokarmowych, zapalen dróg moczowych, ran powłok zewnętrznych, odleżyn itp.). W warunkach tych, jak to się często zdarza — odmieniec, będąc tylko czynnikiem wnikającym — może następczo wysunąć się na plan pierwszy, maskując pierwotne tło bakteryjne, co jest tym więcej zrozumiałe, że odmieniec — jak już zaznaczyliśmy — w zwykłych warunkach diagnostyki hodowlanej przerasta inne szczepy bakterii. Zresztą we wszystkich omawianych tu zakażeniach wtórnych zjadliwość odmienia — pod wpływem współżycia z innymi drobnoustrojami (jak to wykazują badania doświadczalne *Berthelota* i obserwacje kliniczne) wzrosnąć może nie tylko pozornie, ale rzeczywiście, i wtedy odmieniec wystąpić może nawet jako jedyny czynnik ogólnego zakażenia, przybierającego postać kliniczną ciężkiej posocznicy lub ropnicy.

Poza tym najczęstszym mechanizmem ujawniania się chorobotwórczości odmienia — drobnoustrój ten w pewnych schorzeniach

występuje per se, jako jedyny zarazek. Tak nieraz mieliśmy sposobność stwierdzać w ropnym osadzie moczu — w przypadkach uporczywego zapalenia miedniczek lub pęcherza moczowego liczne pałeczki gramoujemne, które okazywały się czystym szczepem odmienia — i to w kilkakrotnych badaniach świeżo oddanego moczu tegoż chorego. Zawsze w badaniach tych — w uwzględnieniu własności szczepów odmieńcowych — osad moczu był rozsiewany na płytki agaru żółciowego, na których charakter mgławicowy wzrostu odmienia był zahamowany, co umożliwiało wykazanie ewentualnej obecności również pałeczki okrężnicy lub innych bakterii. W tych jednak przypadkach stwierdzałem — powtarzam — wyłączność *B. Proteus* ponad wszelką wątpliwość. Wprawdzie i w cierpieniach dróg moczowych — a przypadków takich obserwowałem ponad 30 — *B. Proteus vulgaris* występował najczęściej wespół z gronkowcem, paciorkowcem, enterokokiem, a raz nawet z gonokokiem — co zgadza się zresztą z danymi piśmiennictwa. Tutaj nie będziemy zatrzymywali się dłużej ani na odnośnych przebiegach klinicznych, ani na historii innych zapaleń ogniskowych, wywołanych przez *B. Proteus*, pośród których obserwowaliśmy między innymi 2 przyp. zapalenia opon mózgowych i jeden ropnia mózgu. Przejdę natomiast do cierpienia względnie rzadkiego, jakiego przypadek niedawno miałem sposobność spostrzeżać, mianowicie do ogólnego zakażenia krwi, wywołanego przez odmienia. Według *Karwackiego* — jeśli odrzucimy bakteriemie odmienia w przebiegu durów brzuszno i plamistego — to w całym piśmiennictwie światowym naliczyć można około sześćdziesięciu kilku przypadków przyżyciowego wyhodowania *B. Proteus* z krwi, z tego zaledwie około 20 przypadnie na posocznico-ropnice.

Dany przypadek, obserwowany wspólnie z *drem Goldfarbem* z oddz. wewn. *dra M. Fejgina*, przebiegał — jak następuje:

Chory *W. I.*, l. 21, seminarzysta, wyzn. mojż. Przybył do Szpitala dn. 3.IV.1938 z powodu ogólnego osłabienia, niewielkiego kaszlu, bólów w jamie brzusznej oraz gorączki, dochodzącej do 40°. Choroba obecna datuje się od roku. Z chorób przebytych podaje częste anginy. W lecie roku ubiegłego chory poczuł silne bóle w jamie brzusznej — bez wymiotów i biegunki. Temperatura podskoczyła do 39°. Po dwóch dniach bóle uspokoiły się i temperatura opadła bez dreszczy i potów. Stany

takie powtarzały się pięciokrotnie, mniej więcej raz na tydzień. Podczas późniejszego sześciotygodniowego pobytu na letnisku chory czuł się dobrze, nie miał bólów i nie gorączkował. W jakiś czas później chory się przeziębził. Bolało go gardło; temperatura dochodziła do 37°. Po kilku tygodniach bóle brzucha i gorączka powtórzyły się. Chory leczył się kolejno w szpitalu w Międzyrzeczu i Lublinie. Przez cały czas gorączkował do 39°, uległ wyniszczeniu i stracił łaknienie. Od czterech tygodni gorączka nabrała charakteru heptycznego, z poprzedzającymi dreszczami. Wobec braku poprawy chory został skierowany do Warszawy.

Wyniki badań szpitala w Lublinie:

- 1) Rentgen — serce i płuca bez zmian.
- 2) Dwukrotny posiew z krwi — ujemny.
- 3) Odczyn Widala — ujemny.
- 4) Dno oka — objawy wtórnej anemii.
- 5) Badanie gardła — stan zapalny migdałków, ropne czopy i pojedyncze zrogowacenia (Parakeratosis).
- 6) OB — 40.
- 7) Morfologia krwi: Hb. — 52%. c. czerw. 3820000, In-dex — 0,7, c. biał. 11200.

Wzór:	Pał.	Segm.	Limf.	Mon.
	6.	73	17	4

8) Mocz: ślad białka, urobilinogen + + +, osad 4-6 c. biał. w p. w. — Pojed. nabłonki. —

Stan obecny: Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, wybitnie wyniszczony, skóra z odcieniem brązowym. Śluzówki blade. W pachwinach wyczuwalne drobne gruczolki chłonne.

Czaszka: Kształt prawidłowy, w obrębie nn. czaszkowych zmian nie stwierdza się.

Język: zlekka obłożony, brzegi czerwone, wilgotny.

Gardziel: Tylne ściana zaczerwieniona, pokryta ropiastą wydzieliną; migdałki nie duże, obrzękłe.

Klatka piersiowa: Wąska, długa, kąt międzybrowy ostry. Przestrzenie nad i podobojczykowe zaznaczone.

Płuca: Granice w normie, ruchome. Opukowo: nad obojczykami odgłos nieco skrócony. Osluchowo: od tyłu szmer oddechowy pęcherzykowy, nieco zaostrowy z wydechem wydłużonym, szczególnie nad prawym szczytem. Od przodu pod prawym obojczykiem lekkie zaostrowienie wydechu.

Serce: Obmacywanie: wyraźny pomruk koci o charakterze przedskurczowym.

Granice serca:

	P	L
II	1 ¹ / ₂	4
III	2	5
IV	2	7
V	2	8

Osluchowo: na koniuszku szmer rozkurczowy z kłapiącym I tonem i II rozdwojonym. W p. Erba szmer rozkurczowy. Szmer nie giną na szczycie oddechu i promieniają do pachy. Nad tętnicą płucną I ton pokryty lekkim szmerem, II kłapiący. Akcja serca miarowa, 90/min. Tętno średnio napięte i wypełnione.

J a m a b r z u s z n a: Brzuch równomiernie wysklepiony. Płynu wolnego nie stwierdza się. Wątroba wystaje o 1 palec, śledziona o 3 palce, brzeg ostry, spoistość niezbyt twarda.

Kończyny dolne: bez obrzęków.

Układ nerwowy: odruchy fizjologiczne zachowane, patologicznych niema.

Badanie moczu: C. gat. 1023, barwa pomarańczowa, odczyn — zasadowy, B. — 0,033%, Cuk. —, Aceton i kw. acetooc. — Urobilinogen + + +, Indykan wzmożony. Diazo —, Kwasy i barw. żółc. —. Osad: pojed. leukoc. i nabłonki, liczne fosforany bezpostaciowe.

Morfologia krwi: Hb. — 60%, c. cz. 2410000, Index 1,2; cb. 9800.

Wzór:	Pal.	Segm.	Limf	Monoc.
	14	58	22	6

Objaw Rumpel-Leeda: ujemny.

Czas krwawienia: 4'15".

„ krzepnięcia: pocz. —4'20", koniec: 7'

5.IV. — Badanie oto-laryngol.: Śluzówki różowe. Migdałki rozpulchnione, płaskie, z licznymi kryptami. Z krypt pod uciskiem wydobywa się ropa. Uszy: Błony bębenkowe matowe, zbliżowaciale; części charakterystyczne niewidoczne.

Rozpoznanie: Tonsillitis chronica purulenta. Residua post otitidem med. — Kwalifikuje się do tonsillektomii.

W południe wystąpiły silne dreszcze, po których temperatura podskoczyła do 40° i wśród zlewnych potów opadła do 37°.

6.IV. T. — 36°, chory osłabiony, tętno 120/min, słabo wypełnione i napięte. Pobrano mocz na posiew.

Bilirubina we krwi: bezpośr. +, pośr. 0,9 jedn. H. v. d. B.

8.IV. T. — 36,2 — 37,8°, tętno 100/min, średnio napięte i wypełnione. Chory otrzymuje natr. salicyl. dożylnie i 6 tabl. Antistreptiny dziennie.

9.IV. Posiew moczu — jałowy. Z krwi wyhodowano *B. Coli* i *B. Proteus*, aglutynujący z surowicą w stosunku 1 : 320.

Wśród gwałtownych dreszczów temp. podskoczyła do 39°, by następnie wśród zlewnych potów opaść nad ranem do 37,5°.

10.IV. Brzuch lekko wzdęty, w okolicy pępka bolesny. Chory skarży się na zimno i osłabienie. Twarz cierpiąca, blada.

11.IV. Badanie kału. Makroskopowo krwi ani śluzu nie stwierdza się. Mikroskopowo: jaj ani pasorzytów nie stwierdzono. Liczne kryształki kw. tłuszczowych. Lugol (—), Sudan (—), Benzydyna (+).

12.IV. Temperatura o tendencji do ponownego narastania — 37,6—38,8°. — Chory blady i osłabiony. W obrębie śródbrzusza przelotne bóle połączone z rozwolnieniem. Śledziona macalna na 2 palce. Nieznaczny obrzęk w okolicy kostek.

13.IV. Chory miał ponownie dreszcze. T.—37,6—38,6°C. Dziś rano wystąpiły wymioty. Z posiewu krwi wyrosły pałeczki okrężnicy i pałeczki odmienne. Obydwa szczepy zlepiają się surowicą chorego — 1:320. Posiew z moczu ujemny.

14.IV. Z posiewu kału wyhodowano pałeczki okrężnicy i dwoinki gramododatnie typu enterokokowego.

15.IV. Chory b. osłabiony. T. — 36,6 — 38,4°. Tętno 105/min. Dreszczów ani wymiotów nie było. Krew chorego należy do grupy A.

16.IV. T. — 40,2 — 38°. Wymioty.

18.IV. Wieczorem T—39°, rano — 36,4°. Potów i dreszczy nie było. Samopoczucie nieco lepsze. Tętno około 100/min. Brzuch niebolesny, zlekka wzdęty. Chory kilkakrotnie w ciągu nocy miewa napady rozlanych bólów.

Morfologia krwi:

Hb—40%, c. cz. — 1340000, Index — 1, c. b. — 7400.

Wzór:	Pał.	Segm.	Limf.	Mon.
	6	86	8	—

W obrazie czerwonych ciałek krwi anizo- i poikilocytoza.

20.IV. Onegdaj dreszcze z podskokiem temp. do 40°. Chory skarży się na ból gardła. Obrzęków nie ma.

21.IV. Chory otrzymał heterohemoterapię. Wahania temp. — 36,8—38,4°. Dokonano zastrzyku Hydrargyrofluoresceiny — 20 cm³ dożylnie. Kontrolny posiew z krwi — ujemny.

Posiew z nalołów gardła: W posiewie z nalołów gardła stwierdzono pałeczki odmienia. Stan chorego bez zmian.

23.IV. Przetoczono 350 cm³ krwi. Chory zmarł.

Rozpoznanie anatomopatologiczne:

Abscessus multiplices hepatis. Thrombophlebitis venae portae. Tbc. caseosa lymphoglandularum mediastini anterioris et posterioris, mesenterii et retroperitonei praecipue in reg. hili hepatis. Fistula pericholecystoduodenalis. Cicatrices duodeni. Endocarditis verrucosa valv. mitralis. Cicatrix renis sin.. Tumor lienis subacutus. Hydrothorax, hydropericardium. Ascites.

Jak widać z powyższego opisu, chory w ciągu 20 dni pobytu w szpitalu — od przybycia na oddział do zejścia śmiertelnego — zdradzał stale objawy ciężkiej posocznicy z częstymi napadami gorączki o charakterze heptycznym, którym zazwyczaj towarzyszyły dreszcze i zlewne poty. Jak wykazało dwukrotne badanie krwi, wykonane za życia, czynnikiem zakaźnym były tu pałeczki okrężnicy i pałeczki odmienia, który to zespół drobnoustrojów stwierdzony był zresztą na autopsji z posiewów zarówno krwi, wziętej z serca, jak i z mięszu powiększonej śledziony i ropnych ognisk w wątrobie. Niewątpliwie *B. Proteus vulgaris* nadał całej posocznicy piętno wyjątkowej ciężkości. Ze odmieniec odgrywał rolę czynną, a nie był tylko drobnoustrojem, towarzyszącym pałeczce okrężnicy („Begleitbakterien“, „microbes de sortie“), wnioskujemy nie tylko z faktu powszechnego jego wykrycia w narządach i przerzutach ropnych, ale i z dość wysokiego miana zlepnej surowicy krwi chorego względem tego drobnoustroju: odczyn zlepnny bowiem z zawiesiną wyhodowanego szczepu *B. Proteus* wystąpił w rozcieńczeniu 1:320 surowicy chorego, przy ujemnym odczynie w kontrolach z roztworem fizjologicznym soli i z 2 surowicami innymi. Jeśli chodzi o punkt wyjścia tego zakażenia, to — wedle pierwotnego przypuszczenia — mogłoby wchodzić w grę ognisko gardzielowo, tym bardziej, że w ropiastej wydzielinie, wydobywającej się z krypt śluzówki, również stwierdzono pałeczki odmienia. Jednak całokształt przypadku każe przypuszczać, że wrotami zakażenia był zapalnie

zmieniony odcinek jelita cienkiego, zwłaszcza dwunastnicy, w obrębie której sekcyjnie stwierdzono — poza bliznami powrzodowymi — ujście przetoki, drążącej do ogniska okołopęcherzykowego. Stąd przypuszczalnie zarazki przeszły do krwiobiegu, powodując zatorowe zapalenie żyły wrotnej i liczne ropnie wątroby. Taka patogeniza posocznicy w naszym przypadku ujawniała się klinicznie uporczywymi bólami śródbrzusza i zaburzeniami przewodu pokarmowego (wymioty, biegunki). Omówiony tu punkt wyjścia dla posocznicy odmieńcowej stanowi wyjątkową rzadkość — co głównie skłoniło nas do ogłoszenia tego przypadku; w znacznej bowiem większości opisanych odmieńcowych zakażeń ogólnych notowano — w charakterze wrót infekcji — zapalne ognisko w uchu środkowym (Henschen i Reestierna, Kobra, Uffenorde, Libman, Jochmann i inn.) i nieco rzadziej — zapalenia w obrębie narządów moczowych (Lenhartz, Desbons, Neumann). Analogiczne do spostrzeganych w naszym przypadku zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (bole brzucha, wymioty, biegunki, stany żółtaczkowe) podaje Karwacki, powołując się na przypadki Znajewskiej, Bottkaya, Assisa i swoje własne. Ze względu na typ przebiegu ciepłoty Karwacki zalicza je do „postaci durowej“ posocznicy odmieńcowych, co wydaje się tym więcej uzasadnione, że w pewnych przypadkach (jak np. Bottkaya) stwierdzono owrzodzenie jelitowe, a w innych szereg momentów klinicznych upoważniał do przypuszczenia, że posocznica odmieńcowa nawarstwiała się na dur plamisty, jako na cierpienie pierwotne.

Nasz przypadek stanowiłby — w odróżnieniu od przytoczonych przez Karwackiego — przykład, nie znajdujący, zdaje się, dla siebie analogii w piśmiennictwie posocznicy odmieńcowej, która nawarstwiała się nie na dur (brzuszny lub plamisty), lecz na jelitopochodną kolibakterię, przy tym typ przebiegu ciepłoty w naszym przypadku odpowiadałby najbardziej postaci „wrzeczomozimniczej“, tak charakterystycznej dla kliniki wielu przypadków posocznicy, wywołanej przez pałeczkę okrężnicy.

W zakończeniu kilka słów o stronie bakteriologicznej przypadku. Cechy szczepów, wyhodowanych ze krwi za życia i z ognisk oraz narządów po śmierci, nie budziły żadnych wątpliwości rozpoznawczych. A więc pałeczki okrężnicy, zaliczone do *Escherichia Coli communis*, ze względu na ich własności morfologiczne, barwność i wzrost na podłożach zwykłych oraz na podstawie

cech biochemicznych, które ujawniały się w produkowaniu indolu oraz w zakwaszaniu i wytwarzaniu gazu w pożywkach Barsiekowa, zawierających laktozę, dekstrozę, mannit, maltozę i sacharozę.

Pałeczki odmienia posiadały typową postać „H” o wybitnie zaznaczonym „mgławicowym” wzroście na podłożach stałych. Jako ruchliwe pałeczki, wyraźnie gramoujemne, szczepy nasze należy odgraniczyć przede wszystkim od pokrewnych *Bac. Proteus Zenkeri* i *Bac. Zopfii*, wzgl. *Zopfius* wedł. nowej nomenklatury. Pozostaje różnicować tedy pomiędzy typowymi *Bac. Proteus vulgaris* Hausera a pewnymi odmianami pokrewnymi (naprz. *Prot. Morgani*). Protokół badania cech biochemicznych naszego szczepu przedstawia się w sposób następujący:

laktoza	glukoza	sacharoza	maltoza	mannit	indol	H ₂ S	Zelatyna (rozrzedz.)	
—	kg	— odb	— odb	—	—	+	+	— brak zmiany w pożywce + odpowiednia zmiana w pożywce kg: wytwarzanie kwasu i gazu odb — odbarwienie pożywki

Jak widać z powyższego, szczep nasz posiada zdolność zakwaszania glukozy i wytwarzania siarkowodoru, przy braku działania na laktozę: są to cechy charakterystyczne dla całej grupy szczepów *Proteus*. Stwierdzony dalej w naszym szczepie stosunek do maltozy i żelatyny oraz niezdolność wytwarzania indolu odpowiadają również własnościom znacznej większości typowych szczepów *Proteus vulgaris*. Jedna tylko cecha — niezakwaszanie sacharozy — zbliża nasz szczep częściowo do pokrewnego gatunku *Proteus Morgani*: wobec czego gwoli ścisłości klasyfikacyjnej musimy wyhodowany w tym wypadku — w charakterze zarazka posocznicy — szczep uznać nie za zupełnie typowy *Proteus vulgaris*, a za *Proteus intermedius*, analogiczny do szczepu, wyhodowanego przez Magatha (1928) w przypadku nieżyty pęcherza moczowego.

WYRÓB POLSKI

URICEDIN

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

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

W L A S N O Ś C I:

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.

W S K A Z A N I A:

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 łyżeczkę 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, RWY 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.

From the obstetric and gynecological Service of the Municipal Hospital at Czyste.
Warsaw.
(Dr W. Szenwic, chief).

A report of a case of inversion of uterus.

BY

Dr Alina Brewda.

This case is reported as an example of a occurrence of the inversion of the uterus. The literature while mentioning the possibility of the inversion discloses 374 such cases. Polish literature has collected hither to only a limited number, namely 7 cases.

In the above said case, we had to do with a patient A. K., a 22 year old country woman, who was admitted to the gynecological service of the Hospital at Czyste on 3 November, 1938, eight months after delivery.

The patient declared that a peasant woman at the delivery pulled the nanal string in order to remove the placenta. In this moment the patient felt a very acute abdominal pain, fainted and when recovered her senses literally „swam“ in blood. During the next eight days after delivery she could neither urinate, nor bowel movements were regular; the temperature fell to normal level and the patient did not bleed. After having left the bed, the patient felt that while walking there was something disturbing.

After her admission to the hospital it was stated by gynecological examination the following: a perineum rupture of II degree, a firm smooth mass in size of a small apple was protruding upright the cervix. The cervical ring around the corpus was palpable. Using a colposcope the above said mass was seen covered with mucus, quite red and highly bleeding by touch. We had not succeeded to observe the Fallopian tubes openings. The corpus of uterus not palpable, while examining the abdomen, as well as the funnel so characteristic for the inversion of the uterus.

A transfusion of 360 ccm of whole blood was given to the patient on 19 November. The patient was operated upon by Dr S z e n w i c on the 2 December according to K ü s t n e r's

method modified by Westermarck, Berelius and Piccoli. The patient was discharged 17 days after the operation in good health. Gynecological examination showed a very small rupture on the left side of the cervix, the corpus of uterus in the ante-flexio small, hard, and painless, the cervical opening, slitted adnexes and parametrium without any visible changes. Though operation like inversion mostly give as a consequence adherent retroflexio of the uterus — yet in literature are known many cases of pregnancy and even delivery of a living child after such an operation.

Z oddziału ginekologiczno-położniczego Szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: Wilhelm Szenwic).

Przypadek wycisowania macicy.

PODAŁA

Alina Brewda.

Przypadki wycisowania macicy należą dzisiaj do zjawisk bardzo rzadkich, zwłaszcza w miastach, gdzie personel lekarski i pomocniczy jest odpowiednio szkolony. Wycisowanie macicy zdarza się jeszcze na wsiach, bądź głębokiej prowincji.

Thorn i Zangemeister zebrali w literaturze wszechświatowej 339 przypadków wycisowania macicy (w tym 139 przypadków samoistnego wycisowania i 200 przypadków powstałych po porodzie).

Najnowsza statystyka Mason i Rucker'a na 50 przypadków — podaje 17 samoistnych, 16 — naskutek pociągnięcia za pępowinę, 14 — po zabiegu Credé'go i 3 podczas ręcznego wydobywania łożyska.

Częstość występowania wycisowań przedstawia się następująco: w Niemczech na 400.000 porodów — 76 przypadków, Mason i Rucker na 1.600.000 porodów — 13 przypadków, t. j. plus minus 1:125.000, Weponer dla Triestu i okolicy 1 przypadek wycisowania na 35.000 porodów.

Klinika Brauna i Spätha we Wiedniu na 250.000 porodów ani jednego przypadku wycisowania, to samo w klinice Krassowskiego w Petersburgu na 200.000 też ani jednego przypadku (Grzankowski).

Co pewien czas zostają ogłoszone pojedyncze przypadki; niektórzy autorzy wycisowania macicy po porodzie nie widzieli nigdy, jak np. *Stöckel*, który przejrzał olbrzymi materiał kliniczny i szpitalny. *Bechman* podaje, że wycisowania powstają częściej u pierwiastek, bo 1 przypadek : 200.000 porodów, podczas gdy u wieloródek tylko 1 przypadek : 600.000 porodów. Wycisowanie macicy, t. zn. wywrócenie macicy wewnętrzną powierzchnią na zewnątrz, może być różnego stopnia. Może tylko dno i tylna, bądź przednia, ściana macicy wpuklić się do jamy macicznej — będzie to dopiero wpuklenie ściany do jamy (wg. *Rosnera inversio partialis*); może ściana trzonu wpuklić się i wydostać poprzez rozszerzoną szyjkę maciczną i leżeć w pochwie — będzie to właściwe wycisowanie macicy (*inversio totalis*), ale bez wypadnięcia, i może wycisowana macica sterczeć przed szparą sromową — jest to wycisowanie z wypadnięciem.

Najczęściej następuje wycisowanie bezpośrednio po porodzie, bądź przy zbyt silnie wykonanym zabiegu *Crédé'go* na miękkiej nieobkurzonej macicy, bądź też przez pociąganie za pępowinę celem odklejenia łożyska.

Wycisowanie samoistne po porodzie może wystąpić, gdy kobieta rodzi w pozycji stojącej, a płód, spadając szybko, naciąga pępowinę i łącznie z łożyskiem wyciąga ścianę macicy. Ostre napady kaszlu, silny uraz jamy brzusznej mogą spowodować wycisowanie macicy po porodzie. Znane są przypadki, gdzie w porodach pośmiertnych gazy w brzuchu powodowały wycisowanie ścian macicy, a nawet wycisowanie całkowite. Bardzo krótka pępowina lub kilkakrotnie okręcona może spowodować wycisowanie macicy, jak np. w słynnym przypadku *Dyrenfurth'a* 3½ cmetrowej pępowiny.

Neugebauer opisał przypadek, gdy pęknięta macica w czasie porodu uległa wycisowaniu. Podobne przypadki podali *Zweifel*, *De Snoo*, *Schütte* i inni.

W bardzo rzadkich razach notowano wycisowanie macicy i po poronieniu, przy czym mechanizm we wcześniejszych i późniejszych miesiącach ciąży jest najprawdopodobniej ten sam, co po porodzie: niedowład ścian macicy i wzmożone ciśnienie w jamie brzusznej (tłocznia) lub pociąganie z dołu, np. wskutek popłya łożyskowego (przypadek *Holmaiera*).

Bernard opisał przypadek poronienia w piątym miesiącu ciąży i częściowego wycicowania macicy wskutek przyrośniętego łożyska, usadowionego w rogu i przyczepionego częściowo w okolicy macicznego ujścia jajowodu.

Zdarzają się wycicowania przy rodzących się guzach podśluzowych, mięśniakach lub mięsakach, bardzo rzadko i rakach. Guz nie wytworzył szypuły, a wypychany skurczami macicy schodzi wdół poprzez szyjkę, pociągając i tę część ściany, w której tkwi. Najrzadsze wypadki wycicowania są to t.zw. wycicowania samorodne u kobiet, które nigdy nie rodziły, ani też żadnych guzów nie miały.

Przypadek O l s h a u s e n a—wycicowanie macicy 18-letniej dziewczicy bez jakichkolwiek bądź innych anomalii narządu rodniego.

Stephen znalazł w całej literaturze 17 takich przypadków, w tym 11 zupełnego wycicowania. Etiologia takiego wycicowania nie jest znana.

Objawy kliniczne wycicowania są bardzo różnorodne: krwotok, wstrząs, niemożność oddania moczu, stolca, zatrzymanie wiatrów, ucisk w pochwie itp. Objawy te mogą również przebiegać skrycie, albo też dają o sobie znać późno w połogu; często zdarza się, że pacjentka odrazu ginie z wykrwawienia lub wstrząsu. Przy świeżym wycicowaniu może w ogóle nie być krwawienia, ponieważ macica jest jakby przeciągnięta poprzez obrączkę szyi, występuje jej uwięźnięcie, zaciśnięcie naczyń, obrzęk i zastój w trzonie. W daleko posuniętych przypadkach może wystąpić zgorzel ścian macicy. Nieraz na śluzówce wypadniętej macicy wytwarzają się owrzodzenia, a po dłuższym czasie śluzówka pokrywa się wielowarstwowym nabłonkiem płaskim (epidermizacja), która dopiero po odwróceniu macicy ustępuje zwykłej regenerującej się śluzówce macicy.

Na ogół wycicowania macicy dają tak groźne objawy, że nie zostają przeoczone; zmusza to lekarza do natychmiastowego wkroczenia. Są także opisane wypadki, w których kobieta wkraça w połóg z wycicowaniem, co daje znać o sobie później. Są takie przypadki, w których wycicowania nie było, albo prawdopodobnie było tylko częściowe, a stało się całkowite w połogu. Croft, Ferré, Lepage i Scheffen donieśli o samodzielnym wycicowaniu, które wytworzyły się, względnie dały o so-

bie znać, w pierwszych dniach połogu. White — Cooper — Griffith widzieli przypadek, w którym piętnastego dnia po kleszczowym porodzie u pierwiastki nastąpiło po gwałtownym kichnięciu wycisowanie macicy i obfity krwotok. Podobny przypadek podał Ferre, gdy wycisowanie wystąpiło na szósty dzień w związku z parciem po ławatywie.

Przypadek, którego przebieg niżej podajemy, dotyczy chorej A. K., lat 22, ze wsi Zawada, gmina Chlebotki.

Pacjentka podaje, że w kwietniu 1938 r. urodziła siłami natury dziecko płci żeńskiej. „Babka”, asystująca przy porodzie, pociągnęła za pępowinę, celem wydobycia łożyska, w tym momencie chora poczuła silny ból brzucha, utraciła przytomność, a gdy się ocknęła „tonęła”, jak podaje, we krwi. Przez osiem dni po porodzie nie oddawała samoistnie moczu ani stolca. Mocz cewnikowała sprowadzana akuszerka, stolce i wiatry odchodziły po ławatywie. Przez te osiem dni chora nie krwawiła i jakoby nie odczuwała podwyższonej temperatury (nie mierzyła). Dziewiątego dnia wstała z łóżka i wówczas poczuła, że coś jej przeszkadza w chodzeniu. Ponieważ była bardzo osłabiona i wykrwawiona, zgłosiła się do szpitala w Łomży, gdzie rozpoznano wycisowanie macicy. Chora na operację się nie zgodziła i wróciła do siebie na wieś. Dziecko nie karmiła; zmarło w czwartym miesiącu życia.

Cztery miesiące po porodzie zjawiała się pierwsza miesiączka, bardzo krwotoczna i bolesna; odtąd regularnie co miesiąc bardzo obfita, bolesna, trwająca 2—4 dni.

Przybyła na oddział ginekologiczny szpitala na Czystem 5 XI 1938 r., t. j. osiem miesięcy po porodzie.

Chora wzrostu wyżej średniego, bardzo blada, śluzówki blade z odcieniem żółtawym. Płuca opukowo i osłuchowo bez zmian. Lekki szmer skurczowy nad koniuszkiem serca. Wątroba i śledziona niemacalne. Ciepłota normalna. Tętno 76, średnio napięte i wypełnione. Badanie ginekologiczne oburęczne: pęknięcie krocza II go stopnia, pochwa dość obszerna, z szyi sterczy twór wielkości małego jabłka, twardy, gładki. Obrączkę szyjki macicznej wyczuwa się dookoła trzonu. Poprzez zwierznik (patrz rys. 1 i rys. 2, 3 i 4) widzi się twór wyżej opisany, pokryty śluzówką, żywo-czerwony, krwawiący silnie z dotyku. Otworów, ujść jajowodów nie udało się zauważyć. Poprzez brzuch trzonu macicy nie wymacuje się; lejka, tak charakterystycznego dla wycisowania macicy, nie wyczuwa się. Badanie morfologiczne krwi z dn. 5/XI wykazało: 3.400.000 czerwonych ciałek krwi. Odczyn Biernackiego — Linsensmeyer a > 2h.

Chora, należąca do grupy krwi B, otrzymała 19 XI transfuzję 360 cm³ krwi; liczba ciałek czerwonych wzrosła do 3.600.000 z wyraźną anizo- i-poikilocytozą. Po transfuzji chora gorączkowała do 38°8' przez tydzień.

Dnia 2 XII 1938 r. przystąpiono do operacji według metody K ü s t n e r a, zmodyfikowanej przez W e s t e r m a r k a, B o r e l i u s a i P i c c o l i. Operował dr S z e n w i c w uspieniu eterowym.

Po założeniu wzierników i uchwyceniu trzonu macicy i tylnej wargi szyjki w kulociągi, nacięto tylne sklepienie i otworzono jamę D o u g l a s a cięciem poprzecznym (Rys. 5). Po włożeniu palca do lejka w trzonie rozcięto na palcu tylną ścianę macicy na przestrzeni około 5 cm. (Rys. 6) i próbowano macicę wycisowaną odwrócić. Ponieważ to się nie udawało, przedłużono cięcie aż poprzez szyjkę maciczną (Rys. 7). Wówczas macicę odwrócono za pomocą 2 kciuków (Rys. 8a), odprowadzono do tyłozgięcia, następnie wyciągnięto poprzez rozcięte sklepienie tylne do pochwy, po czym zeszyto oddzielnie mięsień macicy szwami węzłkowymi, dając na to drugie piętro szwem ciągłym (Rys. 8, 9, 10, 11, 12). Macicę odprowadzono do jamy otrzewnej. Na otrzewną założono dwa szwy, pozostawiając mały otvorek. Między otrzewną a ścianę pochwy założono sączek, dotykający otworu w otrzewnej (Rys. 13). Pojedyncze szwy na śluzówkę pochwy.

Bezpośrednio po operacji wypuszczono mocz zupełnie czysty.

Sączek usunięto trzeciego dnia; chora dwa dni po operacji oddawała samoistnie mocz, dopiero trzeciego dnia podskok temperatury do 39 i niemożność oddawania moczu, która to dolegliwość minęła pod wpływem doustnego podawania 2 gr. dziennie urotropiny. Na piętnasty dzień po operacji chorą wypisano do domu w stanie dobrym. Badanie ginekologiczne przy wypisywaniu wykazało: nieznaczne rozdarcie szyjki po stronie lewej, ujście szparowate, trzon macicy w przodozgięciu, mały twardy niebolesny. Przydatki przymacicza bez uchwytanych zmian. Obraz morfologiczny krwi: białych ciałek 7.900 (lymfoc. 32%); czerwonych ciałek 3.440.000; Hb 46%.

Zastosowana tu przez nas metoda lecznicza na drodze operacyjnej nie jest jedynym sposobem leczenia wycisowania macicy.

Zasadniczo metody lecznicze wycisowania macicy dzielimy na: bezkrwawe i krwawe.

Zdawałoby się, że najlepszym leczeniem jest natychmiastowe odprowadzenie wycisowanej macicy, ale okazało się według niektórych autorów, że odprowadzenie natychmiastowe daje o wiele

większy odsetek śmiertelności. Według Philipsa śmiertelność przy natychmiastowym odprowadzeniu wyniosła 30%, przy metodzie wyczekującej tylko 5%. Thorn i Zangemeister podają ogólną śmiertelność w przypadkach wycięcia macicy na 14,8% (ogólna liczba przypadków 374). French zebrał 614 przypadków, a śmiertelność wyniosła 40%. Ręczne odprowadzenie natychmiastowe macicy wyciętej jest łatwiejsze, wykonuje się je według jednych autorów w ten sposób, że odprowadza się macicę, uciskając na dno (Rosner), według innych należy najpierw uciskać na dolne części macicy, a dopiero pod koniec na dno.

Odwroćenie macicy może okazać się trudne, o ile idzie o zadawnione wycięcie. Zabiegu należy dokonać w uśpieniu i ostrożnie, aby nie rozerwać pochwy. Küstner poleca umocowywać wargi szyjki kulociągami lub grubymi nitkami jedwabnymi; ostrzega przed wyrwaniem części pochwowej.

Odwroćenie macicy może być również wykonywane przez trwałą ucisk od dołu. Ucisk kolpourynterem. (wypełnionym 1—2 kg. rtęci), pacjentka z lekko uniesionym krzyżem. Hoffman zaleca mocną tamponadę jałową gazą. Metody te nieraz prowadzą do dobrego wyniku (przypadek Grzankowskiego).

Oczywiście, że odprowadzać macicę można tylko w tych przypadkach, gdzie niema wyraźnych przeciwwskazań, jak rozpoczynająca się zgorzel, wyraźne objawy zakażenia lub wielkie uszkodzenie macicy, powstałe podczas usiłowania odprowadzenia jej. W takich przypadkach macicę należy usunąć przez pochwę.

Do metod krwawych, operacyjnych, należy operacja Küstnera, podana przez niego w 1893 r, polegająca na przecięciu tylnej ściany trzonu macicy, a zmodyfikowana przez Borelius, Westermarck i Piccoli, którzy oprócz trzonu nacinali i szyjkę macicy.

Inni autorzy, jak Polk, Spinelli, Kehrler, Thorn-Oui, przecinali po uprzednim odsunięciu pęcherza przednią ścianę trzonu macicy. Operacja taka jest daleko niebezpieczniejsza, przedłuża czas jej trwania i grozi uszkodzeniami pęcherza nasłutek manipulacji w jego okolicy. Gaillard, Thomas operowali wycięcie macicy drogą brzusznią, a Everke metodą pochwowo - brzusznią.

Czyżewicz zmodyfikował nieco metodę Küstnera, gdyż, po przecięciu tylnego sklepienia, przeciął najpierw tylko szyjkę macicy i dolny odcinek. Co prawda był to przypadek operowany już 13 godzin po wycicowaniu.

Küstner podaje, że aczkolwiek operacje odprowadzania wypadniętej macicy na ogół dają, jako zejście, silne tyłozgięcie macicy z przyrośnięciem (*retroflexio uteri fixata*), to znał przypadki zajścia w ciążę i urodzenia żywego dziecka siłami natury po operacyjnym odnicowaniu macicy.

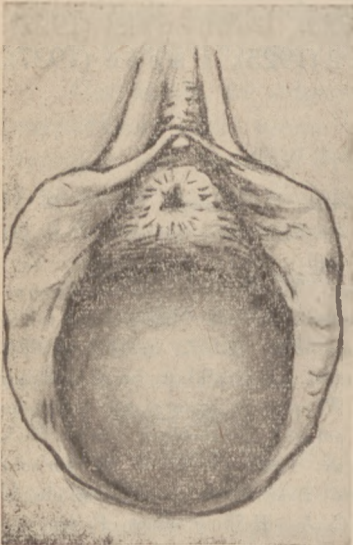
Küstner sam podaje taki przypadek. Thorn, Neugebauer, Mars po jednym przypadku, a Kleiman dwa przypadki donoszonej ciąży. Tu również, wobec szybkiego wyzdrowienia naszej chorej, jest nadzieja, że, ponieważ jest to kobieta z ludu i bardzo młoda, to i ona ma też możliwość zajścia w ciążę i urodzenia żywego dziecka. — Przypadek ten pozwalamy sobie podać ze względu na małą liczbę ogłoszonych w piśmiennictwie polskim prac na temat powyższy.

Pierwszą pracę z zakresu wycicowania macicy podał w polskim piśmiennictwie Mikołaj Mianowski w 1825 r. Poza tym ogłoszono w piśmiennictwie polskim 7 przypadków: Śląski (1913), Wasilewski (1923), Bocheński (1922), Czyżewicz (1925), Ostrowski (1925), Papée (1927), Pióro (1928).

P I Ś M I E N N I C T W O .

Prof. Dr. A. Rooner. Ginekologia *Kunster.* Gynäkologie *Prof. Dr. J. Halban und Prof. Dr. L. Seitz.* Biologie und Pathologie des Weibes. T. III, T. VII/1, T. VIII/1, T. VI/2, T. IV, T. VII/1 i T. VIII/1. *Prof. Dr. J. Halban.* Gynäkologische Operationslehre. *Prof. H. Marlius.* Die Gynäkologischen Operationen. *Prof. M. Metzger.* L'accoucher moderne. *Bock A.* Puerperale totale Uterusinversion. Zentralblatt für Gynäkologie. 1933, T. 57, str. 468 — 471. *Bobm S.* Beitrag zur Entstehung der Inversio uteri. Zentralblatt für Gynäkologie. 1937, T. 61, str. 76—81. *Czyżewicz A.* W sprawie opanowania krwotoku z powodu całkowitego wycicowania macicy w pologu. Ginekologia Polska, 1925, T. IV, str. 197. *Dunkel W.* Inversio uteri grav. mens. IV durch Winter'sche Abortzange. Modifikation dieses Instrumentes. Zent. alblatt für Gynäkologie. 1927, T. 51, str. 3237—3238. *Fljebtenmacher C. Jr.* Heilung eines Falles von 8 jähriger Inversio uteri puerperalis durch kombinierte vaginalabdominale Operation. Zentralblatt für Gynäkologie. 1931, T. 55, str. 163—165. *Grzankowski B.* Przypadek przewlekłego poporodowego wycicowania macicy, wyleczony tamponowaniem, gazą i balonem gumowym. Ginekologia Polska. 1927, T. 6, str. 417. *Haselbord G.* Lebensrettende Wirkung einer zweimaligen Bluttransfusion bei

einer kompletten Inversio uteri puerperalis. Zentralblatt für Gynäkologie. 1927, R. 51, str. 910—913. *Heinrichl F.* Inversio uteri puerperalis. Zentralblatt für Gynaekologie. 1935, T. —, str. 2746—2748. *Ho-Dac-Di.* Inversion uterine complete et chronique. La Presse Médicale. 1931, T. —, str. 1186. *Papee A.* Kilka uwag o wyciowaniu macicy podczas porodu Polska Gazeta Lekarska. 1928, T. 7, str. 9—11. *Pińro J.* Przypadek wyciowania macicy w III okresie porodu. Ginekologia Polska. *Pollak R.* Ein Fall Inversio uteri post partum. Medizinische Klinik. 1928, T. 24, str. 974—975. *Rabau E.* Zur Actiologie der puerperalen Uterusinversion. Zentralblatt für Gynäkologie. 1929, T. 53, str. 2470—2473. *Sebockaert R.* Inversion uterine datant de vingt ans et compliquée de cancer corporeal et de pyosalpinx Bruxelles medical. 1933, T. 13, str. 609—612. *Schulze G. K.* Die Ermüdungswebenschwache als Ursache der inversio uteri puerperalis. Zentralblatt für Gynäkologie. 1933, T. 57, str. 1421—1424. *Sigwart W.* Ein Fall von ontogenetischer Totalinversion des Uterus. Zentralblatt für Gynaekologie. 1936, T. 60, str. 622—625. *Wasilewski Roman.* Przypadek zadawnionego wyciowania macicy. Ginekologia Polska. 1924, T. 11, str. 198.



Rys. 1.



Rys. 2.

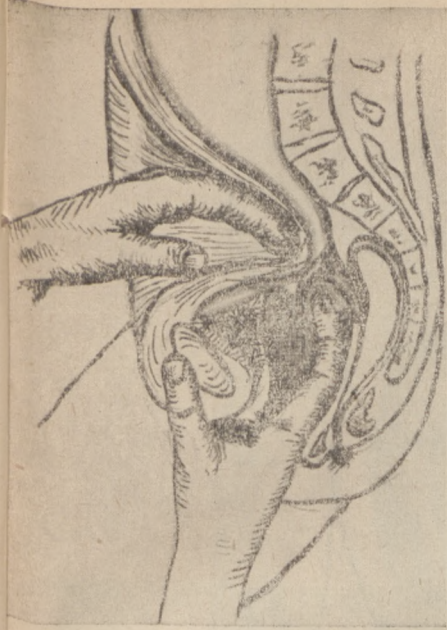


Fig. 3.

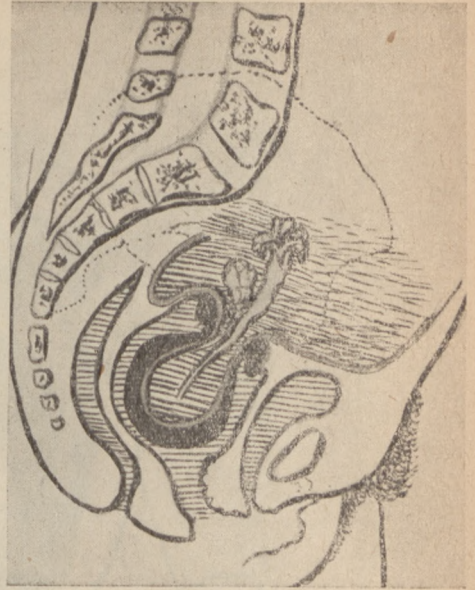
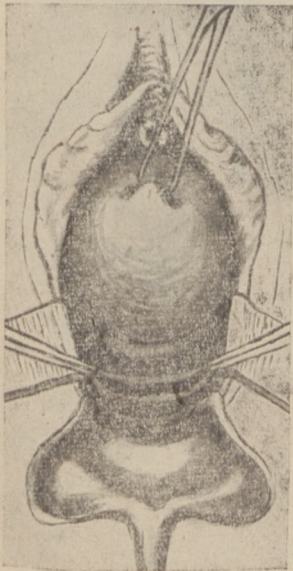


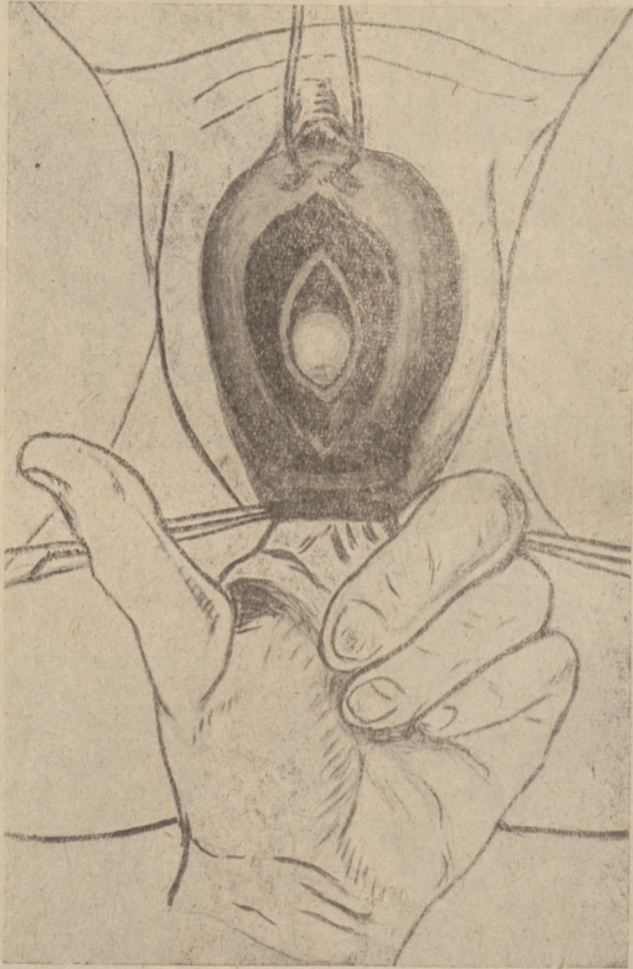
Fig. 4.



Rys. 5.



Rys. 7.



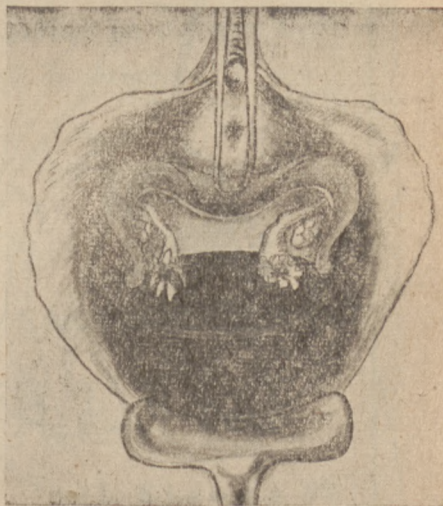
Rys. 6.



Rys. 9.



Rys. 8a.



Rys. 8b.



Rys. 10.



Rys. 11.

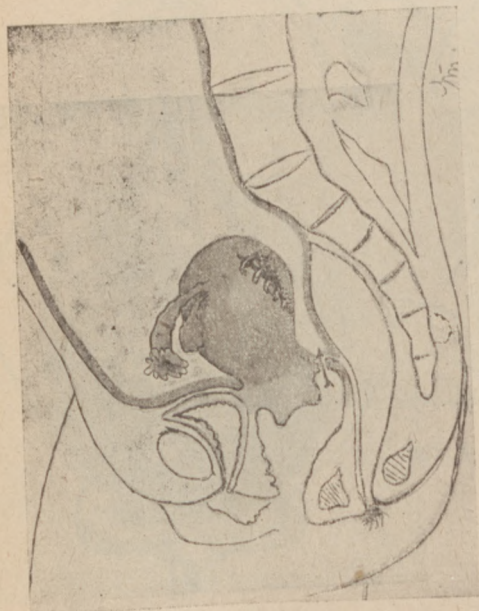


Fig. 12.

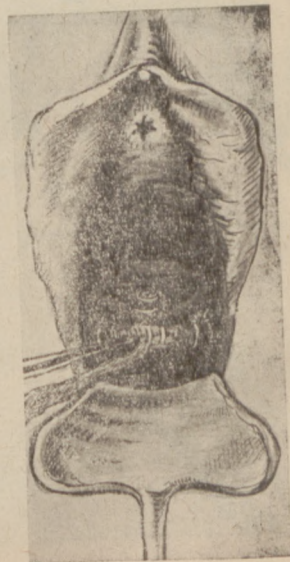


Fig. 13.

Nowy lek nasercowy i moczopędny

Camphostenin

(Theobromino-Calcium camphoricum)

Wskazania:

niedomoga serca, dławica piersiowa, zawał serca, dychawica oskrzelowa, nadciśnienie, chrokanie 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

A P. KOWALSKI

Warszawa 1.

ul. Sienna 39.

(From the Institute of Radiology in the Municipal Hospital at Czyste. Warsaw.
Natan Mesz, Director).

About the displacement of the stomach in the abdomen.

by

Dr. Med. N. Mesz.

S u m m a r y.

The authors observations lead to following conclusions:

1) The position as well as the shape of the stomach in the abdomen depends on the surrounding organs (the liver, the pancreas, the intestine and colon) and on the tension of the stomach wall.

2) The site of fixation of the stomach that is to say the region of the cardia and pylorus considered as fixed points may be displaced under certain conditions.

3) In pathological conditions the stomach may be versed at an angle of 180° around the axis distending from the left to the right along the entero-cardial direction (the direction of the diagonal).

4) The interpretation of the version of the stomach as a congenital abnormality is erroneous: the alterations which take place in the surrounding organs being secondary, symptoms of some primary troubles are responsible for this displacement.

5) The permanent or temporary character of the version of the stomach depends on the stability or on a temporary character of these changes.

Z oddziału radiologicznego szpitala na Czystem.
(Kierownik. N. Mesz).

O przesuwalności żołądka w jamie brzusznej.

podał

N. Mesz.

W kwietniu 1927 r. pokazywałem w Polskim Tow. Radiologicznym r-gram, na którym żołądek, obrócony około podłużnej osi o 180° , znajdował się całkowicie po stronie prawej kręgosłupa. Komora powietrzna i część wpustowa znajdowały się pod

lewą przeponą na miejscu zwykłym, trzon zaś żołądka obrócony był dużą krzywizną w stronę prawą, a małą w stronę lewą, gdzie znajdowały się też część oddźwiernikowa i XII. Przypadek ten nazwałem skrętem (volvulus) żołądka. Miałem sposobność badać tę chorą po roku z wynikiem takim samym, co dowodzi, że nie-normalne położenie żołądka było zjawiskiem stałym.

W październiku tegoż roku obserwowałem taki sam przypadek, pokazany w Tow. Gastrologicznym. W pierwszym przypadku obok skrętu stwierdziłem przepuklinę przeponową poprzecznicy, w drugim zaś guz esicy, zamykający zupełnie jej światło z rozszerzonymi ad maximum przez gazy wyżej ułożonymi pętlami jelit. Pierwszy przypadek uważałem wówczas za wrodzoną wadę rozwojową, zgodnie z zapatrywaniami autorów, którzy podobne przypadki przede mną opisywali. Przyznać jednak muszę, że już w pierwszym przypadku takie tłumaczenie nie trafiało w całości do mego przekonania. Umocniłem się zaś w tym mniemaniu później tym bardziej, że zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku, obok takiego ułożenia żołądka stwierdziłem obecność cierpienia organicznego. Cierpienie to było w obrazie chorobowym dominujące, nieprawidłowe zaś ułożenie żołądka występowało, jako objaw towarzyszący, nie powodujący żadnych objawów dla chorego. Dopiero badanie rentgenologiczne wykryło ciekawe to zjawisko. Postawiłem więc sobie za zadanie zbadać mechanizm powstawania takiego ułożenia, a to na zasadzie obserwowania przesuwalności żołądka, oddźwiernika i XII-cy i wykrycie tych momentów, które sprzyjają powstawaniu różnych przemieszczeń żołądka do skrętów włącznie. Uprzytomnijmy sobie najpierw te czynniki anatomiczne, które powodują normalne ułożenie żołądka w jamie brzusznej. Wchodzi tu w grę, z jednej strony, umocowanie żołądka w części wpustowej przez przełyk i lig. gastro-phrenicum, a w części oddźwiernikowej przez lig. hepato-gastricum i lig. hepato - duodenale, z drugiej strony, równowaga wzajemna w ułożeniu wszystkich narządów jamy brzusznej i wreszcie napięcie samej ściany żołądka (tonus), nadające żołądkowi stosownie do warunków ten lub inny kształt. Jak się poniżej przekonamy, żaden z tych czynników nie jest stały, wszystkie są raczej zmienne. Już Frorier i Simons, słynni anatomopatologowie, powiedzieli że „w żołądku jedynie zmienność jego kształtu i położenia jest zjawiskiem stałym”.

I rzeczywiście już co do samego kształtu żołądka toczy się spór pomiędzy poszczególnymi autorami. Niektórzy, ze *Stille*rem na czele, widzą wybitną różnicę pomiędzy żołądkiem rentgenowskim - „kontrastowym”, a fizjologicznym, różnicę, spowodowaną jakoby działaniem *Riederowskiego* śniadania na skurcz mięśniówki żołądka i uważają żołądek „gazowy” (rozszerzony za pomocą mieszanki *Kellinga*) za normalny, zbliżony do żołądka „trupiego” anatomopatologów. W sprzeczności z takim poglądem jest słynne doświadczenie *Groedla* i *Seybertha* na żołądku psa, u którego za pomocą uprzedniej operacji wszyto do dużej i małej krzywizny szereg perełek srebrnych. Zwykły pokarm mięsny i pokarm z domieszką kontrastowych soli nie zmieniały kształtu żołądka. Przemawiają za tym również i spostrzeżenia *Hessego*, który wprowadził śniadanie kontrastowe z domieszką sproszkowanych kości. Na tym nie kończy się jednak spór o kształt żołądka normalnego; znamy normalny kształt żołądka *Riederowskiego* (hakowaty), *Holzknechta* (rogu), *Groedla* (syfonu) i odpowiednie do ich kształtu ułożenie w jamie brzusznej. Przeważnie jednak większa część obrazu żołądka, wypełnionego kontrastowym pokarmem, znajduje się po stronie lewej kręgosłupa, a tylko część odźwiernikowa leży na kręgosłupie, lub po jego stronie prawej na poziomie trzonów $L_1 - L_2$.

Również godny jest uwagi fakt, że dwa punkty żołądka, uchodzące za jego miejsce przymocowania, nie są punktami stałymi, lecz zmiennymi, nawet w żołądku normalnym. Oczywiście, że granica ich przesuwalności jest mniejsza, niż przesuwalność części, leżącej pomiędzy tymi punktami, to jest trzonu. Na zdjęciu czołowym komora powietrzna leży, jak wiadomo, tuż pod przeponą więcej ku tyłowi, odźwiernik zaś więcej ku przodowi.

Należy pamiętać, że już warunki fizjologiczne mają wpływ na kształt i położenie żołądka. A więc płęć (żołądek męski i kobiecy *Groedla*), położenie przepony (głęboki wdech lub wydech, lub wciąganie brzucha — metoda *Chiladiti*), wreszcie zmiana położenia ciała (żołądek *Groedla* w kształcie sandału — w pozycji leżącej na brzuchu lub na plecach). Według niektórych autorów zmiana położenia ciała może wpłynąć również na przesuwalność odźwiernika, przeciętnie do 9,2 cm. (badania *Wydlera* z kliniki de *Quervaina*).

W końcu stan wypełnienia jelit wpływa na uniesienie lub opadnięcie dużej krzywizny żołądka i odźwiernika na szerokość 1—2 dłoni. Znaczny wpływ na kształt żołądka, na napięcie jego ścianek, które ze swej strony jest zależne od ogólnej konstytucji (*habitus asthenicus*) z długim żołądkiem, uważanym przez niektórych za „przedpotyliczny“. *Gastroptosis*, czyli żołądek opadnięty, który różni się od wydłużonego tylko stopniem wydłużenia i zakresem przesuwalności, jest również wyrazem wrodzonej konstytucji.

Nie wchodząc w szczegóły różnych teorii powstawania tego cierpienia (teoria rozciągania *Stillera* i *Rozenfelda*, teoria rozrostu *Bonnigera* lub wreszcie *Forsella* — zmiany w mięśniówce), chciałbym zwrócić uwagę tylko na okoliczność, że opadnięciu żołądka towarzyszy przeważnie opadnięcie odźwiernika, powstałe przez rozluźnienie więzadeł, *lig. hepato-gastricum* i *lig. hepato-duodenale*. *Groedel* natomiast uważa opadnięcie odźwiernika za istotne i opadnięcie żołądka za następwy, towarzyszący objaw. Opadnięty odźwiernik ma również szeroki zakres przesuwalności, co możemy obserwować bezpośrednio na ekranie przy uciskaniu ręką lub wymierzeniu odległości pomiędzy badaniem w stojącej pozycji i ułożeniu na plecach (*Groedla*), lub na prawym boku (*Schlesingera*). Zakres przesuwalności (*Schlesingera*) jest bardzo obszerny i równa się szerokości 2—3 trzonów (normalnie 1—1½ trzona).

Często przy opadniętym żołądku istnieje opadnięty wpust, powstały wskutek osłabienia mięśniówki przełyku i wydłużenia bardzo mocnego więzadła żołądkowo-przeponowego lub niskiego ustawienia samej przepony, często obserwowanego przy opadniętym żołądku. O takim opadnięciu wpustu, między innymi, świadczyć może kierunek osi koinory powietrznej żołądka, na który dotychczas mało zwracano uwagi i co jest widoczne na rysunkach *Schlesingera*, na których zaznaczona jest oś komory normalnego żołądka, przechodząca w kierunku przekątnej opadniętego żołądka w linii prostopadłej i wreszcie oś obróconego na lewo żołądka. Na te dwa momenty, to jest na przesuwalność wpustu, zwracam uwagę po pierwsze dlatego, że przed tym uważano te części żołądka za punkty stałe, w których żołądek jest umocowany, a powtóre dlatego, że dzięki przesuwalności punktów przyczepu więzadeł jesteśmy w stanie wyjaśnić

nie jedno zjawisko, przed tym dla nas niezrozumiałe. Zawsze jednak należy mieć na uwadze kierunek osi normalnego żołądka, która — jak przekątna — biegnie idealnie przez środek wpustu od góry i z lewej strony od środka odźwiernika, ew. do flexura s. angulus subhepaticus, tj. kąta pomiędzy poprzeczną a zstępującą częścią XII, ku dołowi i na prawo do anatomicznego miejsca przyczepu lig. hepato-duodenale.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że naokoło takiej osi ruchy żołądka w jamie brzusznej, lub też ucisk ze strony sąsiedniego narządu, mogą spowodować zmianę w ułożeniu żołądka właśnie naokoło takiej osi. Dookoła tej osi chirurg unosi podczas operacji żołądek do góry w celu obejrzenia tynej jego ściany lub wykonania tylnego zespolenia z jelitem, obraca bez najmniejszego trudu żołądek o 180°, skręca go dużą krzywizną na prawo, nadając mu kształt zupełnie podobny do sylwetki żołądka, opisanej jako *volvulus ventriculi*.

Ale przesuwalnymi są w większym lub mniejszym stopniu nie tylko różne części żołądka, są nimi również prawie wszystkie odcinki XII z wyjątkiem angulus duodeno-jejunalis, jak tego dowiodły badania anatomiczne *Glenarda* na trupach, jeszcze w roku 1885. Natomiast badania rentgenologiczne nad tą kwestią, zapoczątkowane przez *Holzknechta* dowiodły, że stałym nieruchomym miejscem XII jest lig. hepato-duodenal. na poziomie XII, to znaczy angulus (s. flexura) subhepaticus, miejsce zagięcia górnej poprzecznej i zstępującej. Przy opadniętym odźwierniku powstaje większe lub mniejsze wydłużenie górnej poprzecznej XII, która nieraz przyjmuje nawet położenie pionowe, co najlepiej ilustruje podany u *Holzknechta* rysunek.

Takie opadnięcie XII *Chiladiti* nazywa I stopniem opadnięcia — *ptosis partialis duodeni*, zaś opadnięcie samej flexurae subhepaticae, nieraz do poziomu 4–5 L, wraz z częścią zstępującą — II stopniem. W przypadku, opisanym przez *Desterna*, opadnięcie flexurae subhepaticae wynosiło 15 cm., a leżała ona niżej niż flexura duodeno-jejunalis.

W przypadkach tak daleko posuniętych przesuwalność XII może być ujawniona metodami, stosowanymi w badaniu przesuwalności żołądka, a więc przez uciskanie lub wciąganie brucha, przez zmianę położenia ciała itp. —

W stanach chorobowych żołądka, XII-cy, lub narządów sąsiednich normalna przesuwalność żołądka może być ograniczona lub zupełnie zniesiona, czy to wskutek zrostów (periduodenitis, pericholecystitis, ulcus ventr. s. XII, perigastritis), czy skutek spraw naciekowych (guzy).

Wzmoczone ciśnienie w jamie brzusznej — pneumoperitoneum, wysokie lub niskie ustawione przepony, zmniejszenie pojemności jamy brzusznej (meteorismus, ascites, guzy sąsiednich narządów, ciąża) wpływają na ułożenie żołądka, przesuając go stosownie do warunków ku górze, ku dołowi, na prawo, lub na lewo, ku przodowi i ku tyłowi — najłatwiej jednak na prawo, skręcając go naokoło osi przekątnej.

W zależności od takiego przemieszczenia zmienia się i kształt żołądka, który znów ma niepośledni wpływ na nasze rentgenologiczne rozpoznanie. Należy jeszcze uwzględnić przemieszczenie żołądka w wadach rozwojowych wrodzonych, jak np. eventratio diaphragm., w przepuklinach przeponowych, pępkowych, lub nawet pachwinowych, kiedy cały żołądek może się przesunąć do worka przepuklinowego. Skoro przesuwalność żołądka jest dowiedziona, to jej granice muszą być zależne w prostym stosunku od czynników, umożliwiających tę przesuwalność, innymi słowy, im lepsze będą warunki, sprzyjające przemieszczeniu, tym większe będzie samo przemieszczenie.

W 2 moich przypadkach skrętu żołądka istniały dostateczne momenty dla takiego przemieszczenia. To samo odnosi się do przypadku Rubinrota, gdzie skręt trzonu żołądka o 180° jest tylko zjawiskiem pobocznym w chorobie zasadniczej — Hirschprunga.

Nie ulega dla mnie żadnej wątpliwości, że w przypadkach Weissa, Meiselsa i w przypadku ostatnio opisanym przez Eisensteina, z kliniki uniwersytetu moskiewskiego (w którym wcale nie było badania kiszek), skręt żołądka powstał wskutek jakiegoś cierpienia organicznego, przez autorów nieujawnionego, jako zmiana wtórna. Teoria częściowego odwrotnego ułożenia wrodzonego żołądka nie wytrzymuje żadnej krytyki; skręt żołądka jest tylko wyższym stopniem przemieszczenia przesuwalnego żołądka na prawo i obrotu naokoło osi przekątnej o 180° .

Jeżeli więc w niektórych przypadkach skręt żołądka obserwuje się stale, w innych zaś tylko czasowo, to tłumaczy się to tylko zmiennością objawów chorobowych. W jednym z moich przypadków skręt musi być stały dlatego, że przepuklina przeponowa stale uciska na tylną ścianę żołądka. W drugim przypadku natomiast nie ulega żadnej wątpliwości, że badanie powtórne tego skręcenia nie ujawniłoby. Wystarczyłaby bowiem okoliczność, żeby znikła bębница, a tym samym warunki do powstania skrętu. Na podstawie tego dochodzę do wniosku, że:

1) Położenie żołądka w jamie brzusznej i jego kształt zależne są od warunków, jakie wytwarzają narządy otaczające (wątroba, trzustka, jelita cienkie i grube; wzajemne ułożenie narządów jamy brzusznej, i od napięcia samej ściany żołądka).

2) Miejsca przymocowania żołądka, to jest wpust i odźwiernik, uważane za punkty stałe, mogą w pewnych warunkach ulec przesunięciu;

3) Żołądek w warunkach patologicznych ulega skręceniu o 180° około osi, biegnącej od strony lewej i od dołu ku przodowi (kierunek przekątnej);

4) Dotychczasowe tłumaczenie powstawania skrętu żołądka, jako wady rozwojowej, jest błędne. Jedynie zmiany, zachodzące w narządach otaczających, sąsiadujących z żołądkiem, będące objawem wtórnym jakiegoś schorzenia pierwotnego, powodują to patologiczne jego położenie;

5) Zależnie od tego, czy zmiany te będą trwałe, czy też przemijające, skręcenie żołądka występuje stale lub też tylko czasowo.

HEPACTIN

PELNOWARTOŚCIOWY
 STEŻONY WYCIĄG
 WĄTROBOWY
 SZYBKE I SKUTECZNE
 DZIAŁANIE
 BEZBOLESNOŚĆ
 WSTRZYKIWANIA

Pod ścisłą kontrolą P.Z.H.
 Do wstrzykiwań domięśniowych i wg wskazań lekarza

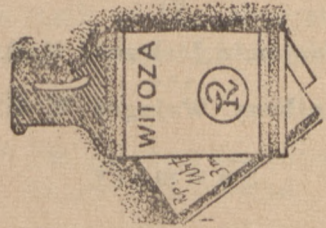
Pudełko zawiera 5 amp. a 2 cc.



WITOZA

WYCIĄG Z DROŻDŻY PIWNYCH

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



3 RAZY DZIEŃ.
 PO 20-30 KROP.
 PRZED JEDZ.
 NA 15 MINUT.
 WYDAJE SIĘ
 Z PRZEPISU
 LEKARZA

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

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

From the third department of medicine in the Municipal
Hospital at Czyste - Warsaw.
(B. Jochweds — Director).

Clinical investigations on the velocity of blood circulation.

BY

Benjamin Jochweds M. D.

and

Anthony Wajngot M. D.

S u m m a r y.

We carried on examinations on velocity of blood circulation by the Lian and Facquet's sacharinic method at 310 objects among which 105 affected with circulation insufficiency. By objects not suffering from cardiac insufficiency the „sacharinic time“ was from 12 to 16 sec. In cases of circulation insufficiency this time was prolonged eminently, after the recovery was abbreviated, but even in period of relative insufficiency was longer, than at healthy objects. In the course of diffused myocarditis the circulation swiftness slackening was as a rule more prominent than in organic diseases of the heart valvulas.

The isolated insufficiency of the left ventricule, as well acute as chronic, demonstrated normal or only lightly increased numbers.

The effort made by the objects with heart diseases slackened the „sachariniic time“ eminently, but did not do the same by healthy people.

In the course of hyperthyreosis the blood circulation velocity was strongly accelerated, in hypothyreosis slackened; the clinical recovery induced the return to normal values.

The other circulation diseases, as Bürger's disease, periphric collapsus, acrocyanosis — had no influence on sacharinic time. Also restricted breathing surface (tuberculosis, pleural liquid, pneumothorax, tumors) and inhalation narcosis, as well as infectious diseases had no influence on sacharinic time, if the heart disease did not coexist.

In the contrary we got rather inferior numbers after the childbirth than directly before it.

In not quite clear cases the sacharinic test was helpful in the differential diagnosis in following conditions: 1) cardiac or lung suffocation, 2) symptoms of cardiovascular neurosis, 3) cardiac or peripheric (vascular) collapsus, 4) cardiac or kidney swellings.

We consider in result of our observations the sacharinic test as recommandable because of its objectivity, cheepness and facility of application.

Z III Oddziału chorób wewnętrznych.
(Ordynator: B. Jochweds).

Badania kliniczne szybkości krwiobiegu metodą sacharynową L i a n a i F a c q u e t a *).

PODALI

B. Jochweds i A. Wajngot.

W poszukiwaniu obiektywnej i czułej metody do oceny niewydolności krążenia zatrzymaliśmy się na ogłoszonej przez wymienionych w tytule autorów próbie sacharynowej. Zachęciły nas do niej: łatwość stosowania, zupełna nieszkodliwość, taniość i możliwość dokonywania jej nawet u osobników ciężko chorych.

Zbadaliśmy w tym celu 310 dorosłych chorych; osiągnięte wyniki okazały się w wielu wypadkach miarodajne dla oceny klinicznej stanu krążenia — i to skłania nas do ogłoszenia niniejszej pracy.

Po raz pierwszy próbę sacharynową opisali L i a n i F a c q u e t w 1935 r. w Bull. Hop. Paris; stosowali oni dożylnie wstrzykiwania 5 cm³ 33% roztworu wodnego sacharyny. W drugiej publikacji, o rok późniejszej, dotyczącej badań klinicznych na ten sam temat, autorzy ci wprowadzili jednoczesne wstrzykiwania sacharyny, tym razem 2 cm³ 50% roztworu, wraz z eterem i fluoresceiną.

Osobiście poprzestaliśmy tylko na sacharynie, gdyż zależało głównie na ocenie globalnych zmian w szybkości krążenia; zresztą wstrzykiwania eteru (0,4 cm³) zarzuciliśmy po kilku próbach, przekonawszy się, że nie były one obojętne dla wielu chorych

*) In extenso będzie zamieszczone w W. Cz. Lek.

i że wywołują niejednokrotnie kołatanie i bóle serca oraz niemiarowość. Co do fluoresceiny — nie stosowaliśmy jej z powodu trudności technicznych.

Po wypróbowaniu różnych dawek sacharyny doszliśmy do wniosku, że najpewniejsze wyniki dają wstrzykiwania 2 cm³ 33% roztworu. Czas wstrzykiwania nie przekraczał 2 sek.

Przykrych objawów po wstrzykiwaniu nie obserwowaliśmy; w razie przedostania się płynu poza żyłę, występował niezbyt silny ból, trwający najwyżej 5 minut. W czterech przypadkach zmuszeni byliśmy wstrzykiwać dawkę podwójną ze względu na pewne zmniejszenie osobniczej wrażliwości na bodźce smakowe. W trzech przypadkach obfity nalot na języku uniemożliwiał odczucie słodkiego smaku, po usunięciu nalotu uzyskaliśmy jednak wyniki zgodne z rzeczywistością. Dwóch chorych określało smak nie jako słodczy, lecz jako „eter czy chloroform“, co nie wpłynęło na wynik próby.

Pomimo tych wszystkich zalet należy podkreślić, że próba sacharynowa, jak zresztą znaczna większość prób wyżej wymienionych, nie nadaje się do stosowania w niektórych zaburzeniach umysłowych (niedorozwój, nieprzytomność), jak również u małych dzieci.

W dwóch przypadkach chorzy nie odczuwali smaku sacharyny z nieznanym nam przyczyn; raz jeden udało się stwierdzić zupełny zanik zmysłu smaku w kierunku odczuwania słodczy (nawet w podaniu doustnym stosowanego roztworu sacharyny).

Dla prawidłowego stanu krążenia ustaliliśmy „czas sacharynowy“ — od 12 do 16 sek. (według Liana 11—16 sek.); jest to czas, w którym składnik smakowy przebywa drogę od żyły łokciowej poprzez prawe serce, krążenie małe i lewe serce do pętli naczyńnych, dochodzących do zakończeń smakowych w języku.

Część szczegółowa.

Grupa I.

Schorzenia mięśnia sercowego.

Do grupy tej zaliczamy 39 przypadków — zwyrodnienia, 7 przypadków — gośćcowego zapalenia i 3 kiły — serca.

3 przypadki dotyczyły wyłącznie niedomogi lewokomorowej na tle nadciśnienia samoistnego, 4 wyłącznie prawokomo-

rowej (cardiaques noirs); w pozostałych (32) stwierdziliśmy nie-
domogę mieszaną prawego i lewego serca na tle rozległej miażdżycy naczyń wieńcowych bez objawów dławicowych, przy ciśnieniu krwi obniżonym, prawidłowym, lub nieznacznie podwyższonym. Również we wszystkich przypadkach niedomogi na tle goścowym i kiły serca niewydolność dotyczyła obu komór. W 11 przypadkach — obok niewyrównania pochodzenia sercowego — istniała znaczna rozedma płuc, która z natury rzeczy pogarszała jeszcze bardziej stan narządu krążenia.

A. Niedomoga wyłącznie lewokomorowa (częste napady dychawicy sercowej).

„Czas sacharynowy“ (cz. sach.) wynosił w okresie międzyna-
padowym 18—20 sek. 2 chorych znajdowało się w tym okresie w stanie względnej wydolności krążenia i było zdolnych do umiarkowanych wysiłków; w badaniu obiektywnym nie stwierdzano zastoju w płucach. Trzeci chory nawet w spoczynku odczuwał duszność i musiał zachowywać pozycję siedzącą. Podczas napadu dychawicy sercowej badano cz. sach. u jednego chorego, przy czym otrzymano liczbę 20 sek., tj. nie wyższą, niż w okresie międzyna-
padowym. Brak zwolnienia szybkości krążenia w czasie napadu dychawicy przemawiał na korzyść tzw. pozasercowego pochodzenia dychawicy, w tym przypadku zgodnie z teorią Eppingera. Leczenie strofantyną, zapobiegając napadom, nie obniżało jednak cz. sach. poniżej 18 sek.

W 1 przypadku ostrej niedomogi lewokomorowej na tle ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek cz. sach. wynosił 13 sek., a więc nie przekraczał normy.

B. Odosobniona niedomoga prawej komory.

Dwa przypadki dotyczyły wtórnego stwardnienia tętnicy płucnej na tle znacznych przeszkód w małym krążeniu (rozedma płuc, przewlekły nieżyt oskrzeli z rozstrzeniami). Cz. sach. wynosił w tych przypadkach 30—32 sek. nie zmieniając się, jak zresztą i stan narządu krążenia, przez cały okres pobytu chorych w szpitalu. W pozostałych przypadkach z niedomogą krążenia na tle zmian kośćca (cor kyphoscolioticum) chorzy z powodu stałej senności i zamroczenia nie odczuwali smaku sacharyny.

C. Niewydolność obu komór serca.

Ten typ niewydolności obejmuje najbardziej barwną i różnorodną grupę chorych z dolegliwościami od najłżejszego do najcięższego stopnia.

Cz. s a c h. wahał się w tej grupie chorych w szerokich granicach. W najlżejszych wypadkach wynosił 17—18 sek. w średnio ciężkich od 22 do 32 sek.; w najcięższych sięgał 75 sek., co zresztą jest najwyższą liczbą nie tylko w pośród naszych spostrzeżeń, ale i w dotychczasowym piśmiennictwie w ogóle. W ostatniej grupie najczęstsze były liczby od 35 do 45 sek.

Grupa II. — Wady serca (60 przypadków).

A. Wady zastawki dwudzielnej.

Porównyując wartości cz. s a c h. przy zwężeniu lewego ujścia żylnego i niedomykalności zastawki dwudzielnej oraz przy współlistnieniu obu tych wad należy stwierdzić, iż wyniki nie zależały od typu schorzenia, lecz wyłącznie od wydolności krążenia. U chorych z objawami niewydolności cz. s a c h. wynosi od 20 do 32 sek. Liczby te nie sięgały więc takich granic, jak u chorych z rozległym zwyrodnieniem miażdżycowym serca, choć objawy kliniczne niewydolności były często jednakowe w obu grupach (wielkość serca, duszność, sinica, zastój w narządach wewnętrznych, obrzęki i td.). Możliwe, że odmienne zachowanie się szybkości krążenia w obu tych grupach uwarunkowane jest różnicą wieku chorych (wady stwierdziliśmy u osobników młodszych, zwyrodnienie — u starszych), a poza tym mechanizm wyrównania krążenia jest w obu grupach prawdopodobnie niezupełnie jednakowy.

B. Odosobniona niedomykalność zastawek tętnicy głównej.

Przy niedomodze krążenia na tle tej wady otrzymaliśmy liczby mniejsze, niż w innych wadach, kilkakrotnie nawet zupełnie w granicach normy (13, 15 sek.) pomimo innych objawów dekompensacji (obrzęki, częstoskurcz, sinica, zastój w narządach wewnętrznych), natomiast po wysiłku cz. s a c h. zwalniał się tak samo, jak u chorych z wadami zastawki dwudzielnej.

C. Mieszane wady zastawki dwudzielnej i niedomykalności zastawek tętnicy głównej.

Przypadki te zachowywały się w zależności od dynamicznej przewagi jednej z wad, t. j. przy przewodzie aortalnej — liczby były niskie, przy dwudzielnej — wyższe (do 37 sek.). Szczególnie wysokie liczby otrzymywaliśmy przy mitralizacji pochodzenia mięśniowego (cytowane wyżej 37 sek.). Również i w kilowej niedomykalności zastawek tętnicy głównej, powiklanej znacznym uszkodzeniem mięśnia serca, liczby były wysokie (31,37 sek.).

D. Inne wady serca.

Obserwowaliśmy dwukrotnie zwężenie lewego ujścia tętniczego, co prawda, powikłane innymi wadami. Zbiegiem okoliczności w jednym z tych przypadków istniał brak wrażliwości smakowej na słodycz i próba sacharynowa w ogóle się nie udała; drugi zaś dotyczył powikłania niedomykalnością zastawki dwudzielnej, zwężeniem ujścia żylnego lewego i ciężką niedomogą obu połów serca. Cz. sach. wynosił 37 sek. (w 15 min. po wstrzyknięciu dożylnym strofantyny 23 sek., w pół godz. później po niewielkim wysiłku ponownie 35 sek.).

W przypadkach wyrównanych wad serca udało nam się wykryć odchylenia dynamiczne, stosując standardową próbę wysiłkową.

Utrzymywanie się po 3-ch minutach wysokiej liczby tętna i ciśnienia krwi, oraz wg. naszych badań zwolnienie szybkości krążenia, mierzonej czasem sacharynowym, świadczy o potencjonalnej niedomodze krążenia. Zmodyfikowaliśmy w niektórych przypadkach próbę wysiłkową, stosując wysiłek znacznie mniejszy od wymienionego, np. wejście i zejście z jednego piętra lub spacer wolnym krokiem po płaszczynie od 40 do 150 metrów. Modyfikacja ta umożliwia badania czynnościowe narządu krążenia nawet u ciężko chorych. Próba sacharynowa okazała się na naszym materiale równie dobrym wykładnikiem klinicznym niedomogi potencjalnej krążenia, jak zachowanie się tętna i ciśnienia, i na ogół dało wyniki zgodne z tamtymi pomiarami.

Zestawienie wyników pr. sach. w wadach sercach i schorzeniach mięśnia sercowego.

Pomiędzy zmianami szybkości krążenia w niedomodze na tle wad i zwyrodnienia mięśnia sercowego natury kiłowej lub miażdżycowej zachodzą pewne różnice, uwarunkowane—prawdopodobnie—anatomią i dynamiką. W wadach serca mianowicie, niedomoga dotyczy pewnych określonych odcinków serca, proces zaś zwyrodnieniowy ma przeważnie charakter rozlany. Toteż wady serca rzadko tylko powodują tak znaczne zwolnienie krążenia, jak rozlane schorzenia mięśnia.

Współistnienie rozedmy płuc w drugiej grupie przypadków upośledza dodatkowo czynność prawego serca i tym samym przyczynia się do zwolnienia krążenia krwi.

Próbując z liczb cz. sach. ustalić jakieś kryteria rokowania w zestawieniu z przebiegiem choroby, dojdziemy do wniosku, iż nie jest to zawsze i w pełni możliwe. — Przekonał się, iż spadek cz. sach. nawet do normy w przebiegu

wad, zupełnie nie wyłącza możliwości szybkiego nawrotu niewyrównania. Tak więc należy się ograniczyć do stwierdzenia, że liczba cz. sach. dość ściśle odzwierciedla aktualny stan krążenia, jednak nawet przy powrocie do wartości prawidłowej nie zapewnia dalszego utrzymania się wydolności krążenia.

Przypomnieć należy, że odosobniona niedomoga lewokomorowa, zarówno ostra jak i przewlekła, stanowi pod tym względem wyjątek, ponieważ cz. sach. w tych przypadkach bywa niejednokrotnie prawidłowy (dychawica sercowa i ostre zapalenie nerek — patrz. str. 129).

Z materiału naszego wynika, iż utrzymywanie się liczb bezwzględnie wysokich (od 30 sek. wzwyż), pomimo poprawy stanu narządu krążenia, stanowi kryterium złego rokowania nawet na najbliższą przyszłość.

Wpływ leków i niektórych zabiegów na czas sacharynowy.

Strofantyna. Wpływ strofantyny na cz. sach. badaliśmy w 10 przypadkach, z nich w 4 kilkakrotnie, zawsze w 15 min. do $\frac{1}{2}$ godz. po wstrzyknięciu i na drugi dzień. Wpływ bezpośredni wyrażał się spadkiem o kilka sekund, jeden raz o 12 sek., natomiast w przebiegu przewlekłego leczenia zachowanie się cz. sach. było bardzo różnorodne i zwłaszcza w niedomodze obu komór — na ogół równoległe do stanu narządu krążenia. Obserwowaliśmy np. spadek z 75 do 62 sek., z 32 do 17 sek., jak i z 26 do 22 sek.

Naparstnica. Badaliśmy wpływ doustnego podawania naparstnicy w dawkach od 0,3 do 0,5 gr. dziennie na cz. sach. w 17 przypadkach, powtarzając próbę co kilka do kilkunastu dni. — Przyspieszenie cz. sach. występowało przeważnie na trzeci — czwarty dzień leczenia i wynosiło od 3 do 7 sek. Oczywiście w tych tylko przypadkach, w których naparstnica w ogóle wywierała dodatni wpływ. Zaznaczamy, że stan niektórych chorych — pomimo energicznego leczenia — był niekiedy tak ciężki, a wrażliwość na bodźce zewnętrzne przytępiona do tego stopnia, że wynik pr. sach. był niemiarodajny. — Do tej grupy chorych należy część tych, którzy w ogóle smaku sacharyny nie odczuwali, względnie nie umieli ze swych wrażeń zdać relacji badającemu lekarzowi.

Diuretica rtęciowe. Wpływ tej grupy leków na szybkość krążenia jest raczej pośredni poprzez odbarczenie serca. Powtórne badania cz. sach. przeprowadziliśmy w okresie klinicznej poprawy (duża diureza, zmniejszenie duszności i obrzęków); przyspieszenie cz. sach. wynosiło 3—5 sek.

Upust krwi. Zabieg ten, stosowany w odpowiednich przypadkach, bardzo szybko zmieniał cz. sach.; w 3 przypadkach w 15 minut po upuszczeniu spadek wynosił 5 — 8 sek., w jednym — 30 sek. (z 75 na 45 sek.), przy czym liczba popustowa utrzymywała się na tym poziomie co najmniej dobę.

Zawał serca. Na podstawie naszego doświadczenia, opartego, co prawda, tylko na 7 przypadkach, uważamy próbę sacharynową za cenny wkład do diagnostyki tego schorzenia. Jak mogliśmy się przekonać, za pomocą tej próby można niekiedy uzyskać potwierdzenie przypuszczalnego, — a budzącego pewne wątpliwości — rozpoznania.

Próba sacharynowa uwidacznia bowiem zwolnienie krążenia, a więc istniejącą niedomogę nawet w tych przypadkach, w których badaniem fizykalnym nie stwierdzamy żadnych odchyleń od normy (brak objawów od normy), a innych prób czynnościowych narządu krążenia, jak np. wysiłkowej, wodnej Kaufmanna, nie można przeprowadzić z powodu ciężkiego stanu chorobowego.

Nie udało się nam ani razu dokonać pomiaru szybkości krążenia w ciągu pierwszych godzin po wystąpieniu zawału, jeszcze w okresie zapaści, bez niedomogi serca. Z badań Fishberga wynika, iż w tym okresie czas sacharynowy nie jest przedłużony, co jest w zgodzie z naszymi badaniami nad obwodową niedomogą krążenia pochodzenia nie zawałowego.

W naszych spostrzeżeniach stosowaliśmy próbę sacharynową w 7 przypadkach zawału w okresie od kilku dni do tygodni, miesięcy — a nawet lat — po jego wystąpieniu, przy czym w każdym przypadku badaliśmy czas krążenia wielokrotnie.

Utrzymywanie się liczb wysokich stanowiło, wdg. naszych spostrzeżeń, symptom mali ominis; natomiast z liczb stopniowo obniżających się nie mogliśmy wysnuć żadnych wniosków rokowniczych, gdyż poprawa stanu mięśnia sercowego, wyrażająca się w przyspieszeniu krążenia, bynajmniej nie zabezpiecza przed wystąpieniem nowego zawału, jak mieliśmy możność przekonać się również i w naszych spostrzeżeniach.

Niedomoga obwodowa. W tej grupie przypadków badaliśmy następujące schorzenia: sinicę kończyn (acrocy-anosis) — 3 przypadki, — chorobę Burgera (3 przypadki) oraz ciężką zapaść obwodową w przebiegu duru brzuszego (13 przyp.), zapalenie płuc (9 przyp.) i gruźlicy serowatej (5 przyp.).

We wszystkich tych przypadkach, jak również w 37 przypadkach duru i 55 gruźlicy, w których objawów zapaści

nie stwierdzono, cz. sach. był prawidłowy. — Podkreślić należy wagę tego spostrzeżenia, pozwalającego na zasadzie dotychczasowych naszych spostrzeżeniach na odróżnienie przy pomocy próby sacharynowej niedomogi obwodowej i mięśniowo-sercowej w ich czystych postaciach. Natomiast dołączająca się do obwodowej centralna niewydolność krążenia (sinica, zastój w płucach, obrzęki) powoduje z reguły wydłużenie cz. sach.

Nie zanotowaliśmy też żadnych różnic w cz. sach. przed — i — pooperacyjnym u 6 chorych, operowanych w uspieniu eterowym na oddz. III chirurg. dra Szpera.

Również u 10 rodzących (oddz. dra Altkaufera) liczby tuż przed porodem i bezpośrednio po porodzie były niemal jednakowe (różnica 1 — 2 sekund). Późniejsza obserwacja potwierdziła brak uszkodzenia narządu krążenia.

Schorzenia tarczycy. Zmiany czynności tarczycy wpływają na szybkość krwiotoku w sposób wydatny; nadczynność przyspiesza krążenie, niedoczynność — zwalnia. Obserwacje te, zgodne u wszystkich badaczy zarówno w zakresie kliniki, jak i u zwierząt doświadczalnych, również i na naszym materiale znalazły potwierdzenie. Przeprowadzenie badań seryjnych pr. sach. pozwoliło kontrolować postęp leczenia i stanowiło, niezależnie od innych kryteriów ściśle klinicznych — namiastkę określenia podstawowej przemiany materii. Zgodność z danymi klinicznymi była wyraźna.

Ogółem obserwowaliśmy 13 przypadków nadtarczyczności i 1 — podtarczyczności.

Średnio czas sachar. przy wydolnym sercu wynosił 9—11 sek., co na podstawie kilku przeprowadzonych badań przemiany podstawowej odpowiada zwykle o 50 do 20%. —

W przebiegu leczenia cz. sach. zwalniał się, dochodząc do wartości prawidłowych w tych przypadkach, w których uzyskiwano poprawę kliniczną i laboratoryjną (przemiana podstawowa, cholesterolemia) na drodze leczenia zachowawczego lub operacyjnego.

Rzecz jasna — wypadkowa szybkości krążenia u chorych z zaburzeniami łącznymi tarczycy i serca może przybierać najróżniejsze wartości, co nakazuje szczególną ostrożność w interpretacji wyników w tych przypadkach.

W 7 przypadkach wola koloidalnego, rozlanego i guzowatego, bez objawów nadczynności tarczycy (Struma non toxicum) wartości cz. sach. nie odbiegały od normy.

W przypadku hypotyreozy z przemianą podstawową — 20% i bez objawów niedomogi krążenia cz. sach. wynosił 21 sek.

Zaburzenia czynnościowe układu krążenia. W 15 przypadkach „nerwic sercowo-naczyniowych” różnego nasilenia, w których zwykła próba wysiłkowa, badanie elektryczne oraz dalszy przebieg choroby nie wykazywały podłoża organicznego, również zachowanie się próby sacharynowej w spoczynku i po wysiłku nie wykazywało odchylenia od normy. Ze względu na swą prostotę i łatwość wykonania, próba ta była nam wielce pomocna w rozróżnianiu schorzeń organicznych i czynnościowych układu krążenia.

Schorzenia płuc. Wykonaliśmy szereg badań nad wpływem zmniejszenia powierzchni oddechowej płuc na szybkość krążenia. Z 60 chorych gruźliczych wielu miało zmiany bardzo duże, znacznie redukujące ilość mięszu czynnego oddechowu. Poza tym przeprowadziliśmy pr. sach. w szeregu przypadków wysiękowego zapalenia opłucny, odmy samoistnej i sztucznej (nawet dwustronnej), rozległych zapaleń płuc, dużych guzów płuc, marskości płuc, dychawicy oskrzelowej różnego stopnia i wtórnych stanów kurczowooskrzelowych. W żadnym z wymienionych schorzeń przy klinicznie stwierdzalnej wydolności krążenia czas sacharynowy nie przedłużał się powyżej granic prawidłowych. —

Wynikami tymi posilujemy się na oddziale, jako metodą pomocniczą — przy różniczkowaniu między dusznością wyłącznie płucną a dusznością sercową, względnie sercowo-płucną.

Inne schorzenia (23 przypadki). W przebiegu choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, w przypadkach kamicy żółciowej i nerkowej, nowotworach jamy brzusznej i innych cz. sach. nie odbiegał od normy. W 6 przypadkach choroby wrzodowej powtarzaliśmy badania kilkakrotnie, stwierdzając zupełny brak wpływu poprawy klinicznej i rentgenologicznej na wynik próby sacharynowej.

From the Neurological Service I in the Municipal Hospital at Czyste, Warsaw.
(Chief W. Sterling, M. D.)

The treatment of chorea by injections of distilled water.

B Y

Halina Joz, M. D.

A description of 5 chorea cases treated by injections of distilled water. The said method was described by G. A. Stephens. In all these cases involvement was observed, namely diminution of hiperkinese and improvement of the psychical state already after 2—3 injections. The whole therapy contains about 25 subcutaneous injections applicated every day. On our clinical material we applicated sometimes few more injections, already in the period of withdrawing of the clinical symptoms. During the injections a bladder arises, and the patient complains of a violent ache. After a short time all these syptoms disappear. Experimenti causa, as till now, we did not combined this method with any other of the known therapeutic method. Our impression is, that the said method give the best results in cases or in periods with a very violent hyperkinese, which is in some degree cut of by the therapy. The injections have perhaps less influence on slight motoric disquetude. According to Stephens the distilled water influences the various physico-chemical processes of the tissues, specially of the subcutaneous tissue and her histiocytes, diminishes their surface tension and trough this, increases their katalytic processes and the production of antibodies. The influence of physico-chemical processes on the production of antibodies is mentioned also by some other authors (Ehrlich, Citron).

Without judging definitively about the value of the said method, with regard to our small clinical material, we can state nevertheless, that in our cases, sometimes very grave, we had very satisfactory therapeutic results and we had no cardiac and articulatory complications, which could test a propagation of the rheumatic infection. We will continue further this method alone, or combined with other therapeutic chorea treatments (for in-

stance Stephens proposes also the alkalisation of the body), and we will communicate about the results.

We thank very much on this place Sir G. A. Stephens M. D. for his kind additional instructions send us by letter.

Z oddziału neurologicznego I. (Ordynator: Wł. Sterling).

Leczenie płasawicy wodą destylowaną.

PODAŁA

H. Jozowa.

Współczesna terapia nie jest, jak dawniej, nastawiona na dotarcie do poszczególnych komórek i traktowanie ich jako odrębnych jednostek witalnych, z których na każdą należałoby wpłynąć odrębnie i bezpośrednio. Leczenie klimatyczne gruźlicy, terapia Finsenowska, doświadczenia Loeba nad sztucznym wywoływaniem energii i całkowitego rozwoju jaja tylko pod wpływem zmiany w środowisku — otworzyły całkiem nowe horyzonty również dla możliwości leczniczych.

Z punktu widzenia nowoczesnej fizykochemii tkanki ujmowane są jako całość, komórki nie jako sztywne jednostki, których granice stanowią jednocześnie granicę zasięgu terapeutycznego, ale jako żywy elastyczny zespół, na który można z różnych punktów podziałać. Granice komórkowe pod wpływem zmian w napięciu powierzchniowym, osmozy itp. procesów przestają być czymś niezmiennie trwałym (S c h a d e).

Również w leczeniu płasawicy, oprócz powszechnie uznanej terapii wyjaławiającej (salicyl), uspokajającej (Br., magn. sulf. itd), stosuje się szereg metod, zdążających do wywołania ogólnych odczynów fizykochemicznych, zwiększających obronność ustroju. Należy tu leczenie bodźcowe, metoda nirwanolowa, jak również stosowana obecnie z dobrymi wynikami elektrohyperpyrexia (B l a t t, O s b o m i inni).

G. A. Stephens opisał w 1934 r. w Lancet przypadek niezmiernie ciężkiej płasawicy u 14-letniej dziewczynki. Nie mogąc opanować sprawy i opierając się na pewnych swych doświadczeniach, rozpoczął leczenie podskórnymi zastrzykami wody destylowanej. Po dwóch już zastrzykach stan poprawił się

wybitnie, dziewczynka mogła wreszcie zasnąć; po ośmiu zastrzykach siedziała już w łóżku, sama jadła łyżką itd. Podobnych wypadków autor miał kilka.

Woda destylowana nie odgrywa tu bynajmniej roli czynnika sugestywnego. Autor zastosował ją po raz pierwszy z wynikiem dobrym w kile skóry, gdzie, jak podaje, po kilku do kilkunastu zastrzykach podskórnych 6—10 cm. wody destylowanej, co trzy dni, w ciągu dwóch do czterech tygodni, wykwity ustąpiły zupełnie. Według Stephensa woda destylowana ma wpływać na napięcie powierzchniowe i inne własności fizyczne sąsiednich tkanek, zmieniać przez to ich metabolizm i sekrecję, w szczególności zaś zwiększać ich aktywność w tworzeniu przeciwciał.

Metodę Stephensa zastosowaliśmy w 5 przypadkach płasawicy. Podajemy poniżej wyciągi z kart szpitalnych.

Przypadek 1. C. C., dziewczynka, wiek—lat 13; 4 tygodnie choroby (recydywa po upływie roku), dotychczasowy przebieg gwałtowny. Objawy hiperkinezy; w obrębie twarzy stwierdza się niepokój ust.

Dziewczynka wciąga je i wdłuża, unosi i opuszcza brwi, porusza skrzydełkami nosa. Głowę nagle odrzuca na boki. Prawą kończyną górną wykonuje stale nawracanie i odwracanie, nagłym rzutem zgina w łokciu. Niekiedy całym ciałem podrzuca się do góry. W obrębie brzucha niepokój dość znaczny, szarpnięcia nagle mięśni, przemieszczające pępek. Kończyny dolne są stosunkowo najmniej objęte niepokojem, stwierdza się raczej ruchy drobniejsze niż nagle rzuty, występuje lekkie zginanie i prostowanie w stawach kolanowych, niepokój w mięśniach prostujących udo, ruchy stóp do góry i dołu. Obniżenie napięcia mięśniowego; odruchy dość słabe, przy wywoływaniu kolanowych występuje tylko napinanie się mięśnia czworogłowego. Psychika: dziecko jest płacziwe, pełne pretensji, załów, krzyczy, wyraża niezadowolenie, mowa utrudniona.—Tony serca czyste.

15 I.38. Pierwszy zastrzyk wody destylowanej podskórnie. Odtąd codziennie zastrzyki.

20.I. (Po 5 ciu zastrzykach) dziewczynka przystępniejsza, pogodniejsza; proponuje, że powie wierszyk i wypowiedzi go doskonale, mowa prawie bez przeszkód; odruchy, jak uprzednio, niepokój minął prawie zupełnie.

22.I. Bardzo mała ilość ruchów dodatkowych; mówi dużo, pogodnie.

26.I. Tylko drobne ruchy w palcach, jest spokojna i zadowolona.

27.I Odruchy w normie, Gordon nie występuje; siła, napięcie bez zmian. W spokoju nie wykonuje ruchów dodatkowych, przy wyciągnięciu obu rąk występują jeszcze dość gwałtowne ruchy dodatkowe. Serce bez zmian.—Demonstrowana na posiedzeniu Towarzystwa Neurologicznego w stanie dobrym (po 11 zastrzykach).

30.II. Obie ręce, wyciągnięte do poziomu, utrzymuje dobrze. Rzadkie, łagodne ruchy mimowolne przy podnieceniu.—Dziewczynka jest pogodna i zadowolona, chętnie siedzi.

5.II. Po 22 zastrzykach dziewczynka wstaje z łóżka, jest zdrowa.

10.II. Wypisuje się ze szpitala.

Przypadek II. K. E. Dziewczynka, wiek—9 lat. Sprowadzona do szpitala dnia 4.XII.38 po dwóch tygodniach choroby. Dziewczynka znajduje się w stanie gwałtownej hiperkinezy, która podrzuca całe ciało do góry, skręca tułów wzdłuż osi podłużnej itp.. Kończyny wykonują błyskawiczne, o maksymalnej amplitudzie, ruchy prostowania i zginania. Stopy nieraz ulegają supinacji, w której następuje przetrwanie toniczne. Podobnie ma się rzecz ze zgięciem palców stopy. W obrębie twarzy występujące błyskawiczne drgania zniekształcają ją ustawicznie grymasami. Często odbywają się szarpnięcia całej głowy, język wykonywa bezładne ruchy. Wszystkie te objawy nasilają się w rozmowie z dziewczynką. Mowa możliwa, ale utrudniona.

Siła mięśniowa bez zmian, napięcie obniżone, odruchy w normie; tony serca czyste.

13.XII. Zastosowano po raz pierwszy zastrzyk wody destylowanej. Do tego czasu nastąpiło tylko nieznaczne i przelotne uspokojenie, które, jak nam się zdawało, było może w związku z przypadkowym ropniem (po zastrzyku).

25.XII. Po zastrzyku podskórnym wody destylowanej niepokój ruchowy znacznie mniejszy.

30.XII. Dziecko otrzymuje tylko zastrzyki wody destylowanej. Niepokój ruchowy mniejszy; psychicznie: bardziej pogodna i łatwiej z nią nawiązać kontakt, mowa swobodniejsza.

5.I. Stan zupełnie dobry, tylko w podnieceniu trochę hiperkinezy, poza tym zupełny spokój.

18.I. Zupełny spokój.

22.I. Stan zupełnie dobry.

27.I. Demonstrowana na posiedzeniu Towarzystwa Neurologicznego, jako wyleczona po dwudziestu kilku zastrzykach.

Przypadek III. E. S. Dziewczynka, wiek—lat 9 Zachorowała przed trzema tygodniami, była leczona bromem, rufo-nalem, solarsolem. Znajduje się w stanie wybitnej hiperkinezy, ustami wykonywa cmokające ruchy, wydłużając je przy tym

w ryjek, zwłaszcza wysuwa i wywija wargę dolną, wydając przy tym dźwięki cinkające i inne. Niepokój obejmuje dość często podbródek, skrzydełka nosa, brwi. Oczy zwraca na różne strony, nieraz w błyskawicznym ruchu gałek zmienia kierunek spojrzenia. Na szyi widać bezładne napinanie się mięśnia sutk-ob.-mostkowego. Rytm oddechowy zakłócony. Od czasu do czasu gwałtowne skurcze mięśni brzusznych. Nieraz łódkowate wciągnięcia brzucha. Kończyny górne znajdują się w ustawicznym niepokoju. Kończyny dolne często są zgięte w stawie kolanowym i zwrócone w stronę lewą, podczas gdy tułów leży prosto. Z tej pozycji nagle, jakby wystrzałem, jedna kończyna lub obie prostują się, zginają, skręcają, podciągają itp. Całe ciało bywa nagle rzutami skręcane w różnych kierunkach, niekiedy jednocześnie podciągają się gwałtownie nogi lub prostują tonicznie. Niekiedy występują jakby nawały ruchu, dziecko robi wtedy wrażenie cierpiącego, wybucha płaczem, jakby z czemś walczyło. — Siła zachowana, napięcie obniżone, wyraźna hypotonia, obejmująca również mięśnie grzbietu i szyi. Dziecko nie może samo siedzieć, trzeba je podtrzymywać; odruchy zachowane, Gordon wybitny. Serca Tony czyste.

13.I.38 Pierwszy zastrzyk.

14.I. Dziecko mniej gwałtownie pobudzone, ogólny obraz jak poprzednio; nie mówi, poleceń nie spełnia.

16.I. Dziecko znacznie spokojniejsze, odpowiada na pytania, mówi wierszyki. W spokoju niezbyt znaczne ruchy w obrębie ust. Kończyny dolne najczęściej w półzgięciu, palce rąk i dłonie w niepokoju. Rzutów, wielkich ruchów miotających niema zupełnie. Niepokój na ogół nie wielki, wzmagają się przy podejściu do dziecka. Mowa skandowana, bradyliczna, niekiedy jąkanie. Psychicznie — norma. — Tony serca czyste.

21.I. Spokój niemal zupełny. Tylko przy zbliżaniu się zjawia się nieznaczna liczba ruchów dodatkowych. Dziewczynka pogodna i zadowolona.

1.II. Stan bardzo dobry. Ruchy dowolne niemal niezakłócone.

7.II. Stan na ogół dobry. Tylko drobnutki ruchy mimowolne w ruchach zamiarowych, dowolnych.

12.II. Dziewczynka przestraszyła się, czuje się nieco gorzej.

20.II. Wypisuje się z poprawą (otrzymała 30 zastrzyków).

Przyp. IV. Z. B., t. 8, Nr. 4608. Dziewczynka, l. 8, dotychczas zdrowa. 6 tygodni temu wystąpiły ruchy mimowolne. Stwierdza się hiperkinezę miernego stopnia. W obrębie twarzy na ogół niepokój niewielki. Najwydatniejsze są ruchy wydymania warg, układania ich jakby do gwizdania itp. Skrzydełka nosowe co pewien czas rozdymają się, spojrzenie kierowane jest nagle mimowolnie w inną stronę. Powieki uno-

szą się gwałtownie, powodując objaw Daylümpla. Brwi drgają. Język wysunięty przesuwają się do przodu i do tyłu. Często słychać dźwięk, wydawany przez wargi, łykanie śliny itp. Głowa zostaje targnięta w boki, do góry lub wciągnięta między ramiona. Barki unoszą się nagle, przesuwają do przodu itp. Kończyny ulegają nagłym ruchom o dużych ekskursjach lub też skręcają się, palce stale poruszają się, rzadko prężą się atetotycznie; wyraźny niepokój stwierdza się w obrębie brzucha. W kończynach dolnych—większych, miotających ruchów, w odcinkach proksymalnych, na ogół się nie spostrzega. Częściej występują ruchy skręcające; poza tym częste ruchy stopą i palcami z zaznaczonym elementem tonicznym. Od czasu do czasu stwierdza się ruchy skręcające tułów. Na ogół niepokój jest natężenia niernego. Wzmaga się wybitnie podczas podniecenia. Napięcie mięśniowe w kończynach dolnych niezmiennione, w górnych — zwłaszcza prawej—obniżone. Odruchy zachowane, bez patologicznych. Psychika: chora niechętna. trudno wchodzi w kontakt. Powiedzieć wierszyka nie chce. Mowa chwilami eksplozywna, nieraz bełkotliwa; mówi mało, niechętnie. Występuje przy tym szereg współruchów warg i całej twarzy.

1.X.38. Stan bez zmian. Dziecko otrzymuje zastrzyki wody destylowanej.

Przy chwytaniu przedmiotów — szereg ruchów dodatkowych, uniemożliwiających te funkcje. Nie może sama jeść.

3.X. Dziewczynka jest nieco spokojniejsza.

5.X. Dziecko jest przystępne, dość wesołe. Na polecenie śpiewa piosenkę. Mówi chętnie i dobrze, niekiedy tylko nieco bełkotliwie. Sama opowiada o książkach, mówi wierszyki itd. „W szpitalu jest mi dobrze“. (Czujesz się lepiej?) „Dużo lepiej“. (Pod jakim względem?) „Mowa i ręce i nogi też“. Przy chwytaniu przedmiotów jest jeszcze nieco ruchów mimowolnych, skręcających rękę, ale znacznie mniej niż dotąd. Dziewczynka może przedmioty uchwycić, próbuje sama jeść. Niepokój w obrębie kończyn minimalny; na twarzy jeszcze trwa, ale jest znacznie mniejszy. Niema już błyskawicznych ruchów spojrzeń i unoszenia powiek. Natomiast trwa jeszcze wydymanie warg, krzywienie ust i ruchy skrzydełek nosowych.

11.XI. Dziecko znacznie spokojniejsze. Ruchów mimowolnych bardzo mało, zjawiają się w podnieceniu. Dziecko samo je. — Tony serca czyste.

18.XI. Dziecko na ogół spokojne. Trochę ruchów przebiegania palcami, skręcania dłoni, nieraz ruchy skrzydełek nosa lub wydymanie warg. Pojedyncze ruchy skręcania stopy. Wszystkie wymienione ruchy mają nieznaczną amplitudę

i występują rzadko. Trudności mowy nie stwierdza się. Dziewczynka jest przystępna, dość pogodna.

22.XI. Dziewczynka prawie zupełnie bez objawów hiperkinezy. Chodzi. Zastrzyki przerwano. (Ogólna liczba 25).

Przyp. V. D. M. 164. Chłopiec, lat 8.

Od 10 dni ruchy mimowolne, zmiana w usposobieniu. 25.XI. — W spokoju ruchów mimowolnych jest niewiele. Emocja wybitnie wzmagą niepokój. Przy ruchach dowolnych — ruchy płasawicze, uniemożliwiające je. Chory nie może posługiwać się k. górnymi przy jedzeniu. Przy obserwacji muskulatury twarzy widać niepokój ruchowy pod postacią błyskawicznego ściągania, rozciągania i wysuwania warg, rozdymania skrzydełek nosa, czasem przygryzania warg lub błyskawicznego odwrócenia gałek ocznych. Współtowarzyszą temu niekiedy błyskawiczne rzuty głowy na boki lub do tyłu. Również stały niepokój ruchowy języka, który się to kurczy, to płaszczy rytmicznie. W zakresie kończyn górnych wybitny niepokój ruchowy, najwybitniejszy w obrębie barków (błyskawiczne unoszenie i opuszczanie). Utrzymanie kończyn nieruchomo w przestrzeni niemożliwe, kończyny chwieją się w odcinku dystalnym. Widać ruchy pronacyjne i supinacyjne, błyskawiczne zgięcie dłoni w nadgarstku i błyskawiczne rozgięcie. W odcinku dłoniowym gwałtowne zwijanie i rozwijanie palców. Wszystkie ruchy dowolne bez normalnej płynności, kanciaste; w próbie siadania te same mimowolne masywne ruchy mięśni tułowia powodują, że chory chwieje się, pada na posłanie. W zakresie kończyn dolnych niepokój ruchowy mniejszy, głównie w odcinku stopowym (błyskawiczne zginanie i rozginanie w stawach skokowych, ruchy naprzemienne palców). Przy ruchach czynnych ruchy mimowolne narastają. Utrzymać w spokoju kończyn dolnych nie może. Kończyny chwieją się.

Zakres ruchów czynnych, których tor jest zakłócany przez ruchy mimowolne, jest normalny. Siła mięśniowa niezła. Napięcie obniżone we wszystkich odcinkach. Obustronny rowek podkrzepkowy. Odruchy zachowane w normie.

2.XII. Nieznaczna redukcja ruchów mimowolnych.

3.XII. W spokoju ruchów jest bardzo mało. Tylko w twarzy i w palcach stóp i dłoni.

15.XII. Ruchy tylko od czasu do czasu w palcach stóp i języka.

Gdy siedzi, jest pochylony do przodu. Napięcie mięśni obniżone. Chodzi wielkimi krokami, jeszcze niezupełnie pewnymi.

22.XII. Ruchy mimowolne ustąpiły. Obniżenie napięcia mięśniowego w zakresie kk. i górnych i dolnych trwa. Wypisany z poprawą (otrzymał 32 zastrzyki).

Reasumując, mieliśmy do czynienia z pięcioro następującymi przypadkami płasawicy.

Przyp. I. CC. Recydywa (po upływie roku); pierwszy raz choroba trwała trzy miesiące. Tym razem przebiegała z początku bardzo gwałtownie, później stan się nieco polepszył, był jednak jeszcze bardzo zły i zdecydowano dziewczynkę w czwartym tygodniu oddać na odźział. Przy przyjęciu stwierdziliśmy dość znaczną hiperkinezę, trudności mowy i zmiany psychiczne, polegające na płacliwości i negatywizmie. Już po trzech zastrzykach hiperkineza się znacznie zmniejszyła, dziewczynka zaczęła swobodnie mówić, deklamowała wiersze, stała się przystępna i pogodna. Była demonstrowana wraz z 2 innymi na posiedzeniu Towarzystwa Neurologicznego dnia 27.I, po 11 zastrzykach wody destylowanej, w stanie niemal zupełnie dobrym, występowało tylko trochę ruchów mimowolnych przy podnieceniu lub ruchach zamiarowych, zwłaszcza w obrębie prawej kończyny górnej. W ciągu jeszcze tygodnia dziewczynka zaczęła się już podnosić z łóżka i można ją było uważać za klinicznie zdrową.

Przyp. II. B. K. lat 9. Została oddana na oddział dwa tygodnie po zachorowaniu w stanie hiperkinezy dość znacznej. Początkowo leczona w szpitalu metodami zwykłymi (koce, as, magnezium sulfuricum itd.) nie poprawiała się, prócz może lekkiej poprawy, jaka zaszła po przypadkowym ropniu. Po trzech zastrzykach wody destylowanej stan znacznie się poprawił, po 15-tu zastrzykach dziewczynka była zupełnie zdrowa.

Przyp. III. G. S. Sprowadzona na oddział po trzech tygodniach choroby, i stosowaniu wszelkich metod leczenia w domu, w stanie najgwałtowniejszej hiperkinezy. Dziewczynka była objęta zupełnym szaleem ruchowym. Występowało też ogromne obniżenie napięcia mięśniowego. Dziewczynka nie umiała siedzieć ani nawet utrzymać główki, nie mówiła zupełnie, tylko w stanach nawalów ruchowych jęczała i szlochała. Zachowywała się zupełnie negatywistycznie. Po dwóch zastrzykach wody destylowanej hiperkineza znacznie osłabła. Dziewczynka — poza chwilami podrażnienia — leżała na ogół spokojnie, produkując tylko drobne ruchy mimowolne. Stała się stopniowo pogodna, przystępna, rozmowna. Demonstrowana 27.I. po 13 zastrzykach była już w stanie bardzo dobrym. Pozostały tylko drobne, łagodne ruchy mimowolne, które, zaznaczyć należy, utrzymywały się podobnie, zresztą jak i w poprzednich wypadkach, dość długo. Minęły zupełnie koło 10.II. a więc w szpitalu po dwudziestu kilku zastrzykach.

Przyp. IV. Z. B.; dziewczynka, lat 8, od 6 tygodni ruchy mimowolne, hiperkineza miernego stopnia, usposobiona negatywnie, płacлива; mowa utrudniona. Po kilku zastrzykach

rozpoczyna się poprawa w zakresie ruchów mimowolnych i psychiki. Po 25 zastrzykach dziecko — poza drobnym niepokojem dłoni — zdrowe. Tony serca cały czas czyste.

Przyp. V. S. D. M., lat 8, chłopiec, chory od 10 dni. Hyperkineza miernego stopnia. Poprawa po 12 zastrzykach, po dwudziestu kilku — ruchy mimowolne po za drobnym niepokojem palców — ustąpiły. Hypotonia trwa. Tony serca czyste. (Razem dano trzydzieści dwa zastrzyki).

Jeśli idzie o uzasadnienie metody, to jest ono niesłychanie trudne. Woda destylowana jest obecnie stosowana w różnych celach terapeutycznych, na ogół jeszcze bez dostatecznego wyjaśnienia teoretycznego.

Zastrzykuje się ją np. obecnie dla osiągnięcia znieczulenia miejscowego, przy czym autorzy, którzy się tą metodą zajmowali (Schlein, Braun i inni), podkreślają, że idzie tu zapewne o całokształt bardzo skomplikowanych zjawisk fizykochemicznych. Na zespole podobnych procesów polega prawdopodobnie działanie wody destylowanej na zatrzymanie krwotoków. Schmit opisał powstawanie pod wpływem wody destylowanej stanu podobnego do wstrząsu pobiałkowego.

Sprawy te są jeszcze bardzo ciemne.

Stephens uważa, że udaje mu się wodą destylowaną wpłynąć w szczególności na stan napięcia powierzchniowego tkanek. Napięcie powierzchniowe wynika, jak wiadomo, z sił, wywieranych na powierzchnię płynu przez cząstki głębiej położone i może się zmieniać w zależności od rodzaju płynów graniczących ze sobą.

Istnieją ciała, obdarzone t. zw. aktywnością powierzchniową, które, gromadząc się na powierzchni (prawo Gibbsa), obniżają jej napięcie. Do nich należą między innymi koloidy. Stąd prawdopodobnie przede wszystkim napięcie powierzchniowe surowicy ludzkiej jest niższe niż wody destylowanej, bo wynosi 50-56 dyn/cm , podczas gdy tej ostatniej około 70 dyn/cm . Napięcie powierzchniowe danego płynu może się zmieniać również w zetknięciu z inną jakąś powierzchnią. W organizmie jest ono na ogół cechą bardzo stałą. Jednak stwierdzono, że już niektóre stany fizjologiczne, jak np. alimentacja, mogą je zmieniać (Becman). Zastrzyknięcie szeregu substancji (fenol, kwasy żółciowe i inne) zmniejszają je wybitnie. Narkoza, malaria, szok insulinowy, wpływają wybitnie na napięcie powierzchniowe.

Próbowaliśmy, opierając się na koncepcji Stephensa o wpływie wody destylowanej na napięcie powierzchniowe, przebadać je kilkakrotnie w naszych przypadkach. Nie mając jednak wyrobionej techniki, nie mogliśmy dotychczas wyciągnąć wniosków w tej sprawie.

Według Stephensa woda destylowana obniża napięcie powierzchniowe tkanek i powoduje przez to ożywienie ich procesów katalizacyjnych, a w związku z tym ich aktywizację i wzmożenie produkcji ciał obronnych. Również zgodnie z szeregiem innych autorów (Ehrlich, Citron i inni) wytwarzanie przeciwciał może być w dużej mierze oparte na zmianach fizykochemicznych w tkankach. Szczególne znaczenie ma tu mieć skóra tkanka podskórna i wogóle tkanka łączna. Weiskając się między każde naczynie i każdą komórkę, tkanka łączna bierze udział we wszystkich tych procesach. Skóra i tkanka podskórna w szczególności, stanowią olbrzymi rezerwuar, który może chłoniąć i oddawać, pęcznić i pęcznienie zmniejszać, który znajduje się w ciągłej dynamice — jest wielkim rezerwuarem energii stałej płynącej. Nie jest też przypadkiem udział skóry w schorzeniach anafilaktycznych i innych. Wpływ aktywny skóry, względnie tkanki podskórnej, na powstawanie przeciwciał podnosi wielu autorów. Woda destylowana, zastrzyknięta podskórnie, ma zdaniem Stephensa, wpływać w szczególności na metabolizm znajdujących się tu hystiocytów, które, stanowiąc zewnętrzną sieć układu siateczkowo-śródbłonkowego, odgrywają rolę zasadniczą w walce ze schorzeniem.

Według Stephensa, również wakcynacja obniża napięcie powierzchniowe i w ten sposób, aktywizując tkanki, sprzyja wytwarzaniu przeciwciał.

Może ten zupełnie niespecyficzny punkt widzenia jest zbyt awansowany, niewątpliwie jednak zawiera on pewną rację, co staraliśmy się w poprzednich rozważaniach oświetlić.

Stephens próbuje swej metody zastrzyków wody destylowanej w różnych innych schorzeniach, m. in. w chorobie rakowej. Zwraca on przy tym uwagę również na znaczenie stanu dyspersji, względnie flokulacji koloidowej, ważnego w walce organizmu z chorobą, a zależnego od stopnia zakwaszenia tkanek. Proponuje on dodatkowe alkalizowanie ustroju.

Nie wypowiadając się ze względu na zbyt mały materiał ani co do wartości metody, ani zwłaszcza co do jej uzasadnienia teoretycznego, musimy w każdym razie stwierdzić, że w naszych 5 przypadkach okazała się skuteczna. Odnosimy wrażenie, że oddaje ona największe usługi w przypadkach, wzgl. okresach, hyperkinezy bardzo gwałtownej i towarzyszących objawów ciężkich. Natomiast w stanach pewnej poprawy ma może wpływ mniejszy i nie ucina od razu hyperkinezy drobnej. Również Stephens otrzymał swój pierwszy świetny efekt w przypadku płasawicy bardzo ciężkiej. Na dobro metod trzeba zapisać, że nie mieliśmy w naszych przypadkach komplikacji sercowych i stawowych, a więc objawów, które świadczyłyby o szerzeniu się infekcji reumatycznej. Stosowaliśmy wodę destylowaną w ilości 10 cmc., podskórnie, co dzień. Polepszenie wyraźnie występowało już po 2—3 zastrzykach. Stosować należy przeciętnie około 20 zastrzyków codziennie; w naszym materiale jednakże iniekcje wody były przedłużane i w okresie zupełnego wygasania sprawy. Podczas wstrzykiwania tworzy się pęcherz i chory odczuwa ból; objawy te po chwili mijają. Experimenti causa nie kombinowaliśmy opisywanej metody z żadnym innym leczeniem.

Odnosimy wrażenie, że metoda ta—sama lub w kombinacji z innymi sposobami leczniczymi—wywiera wpływ dodatni na przebieg płasawicy. Zamierzamy ją też dalej stosować i zakomunikować o dalszych wynikach.

Wielka liczba środków leczniczych, stosowanych w płasawicy, dowodzi, że żaden z nich nie jest zadowalający. Upoważniło to nas do zastosowania nowej metody i badania jej wpływu na przebieg tego schorzenia.

P I Ś M I E N N I C T W O .

Stephens. Chorea treated by injections of distilled water (Lancet, 1934).
Stephens. Distilled water versus salvarsan in the treatment of syphilis. Brit. Med. Journ. 1913. *Stephens.* Medical Press and Circular. 1933. *Sebae.* Physikalische Chemie in der inn. Medizin. *Brocq Rousseau et Roussel.* Le serum normal.

1) Panu d-rowsi G. Aubour Stephensowi M. D. za listowne wskazówki składamy tą drogą serdeczne podziękowanie.

PERMEDIN

Laokoon

preparat wątroby bogaty w witaminy
grupy B (B₁, B₂, B₆) oraz Fe, Mn, Cu.

PERMEDIN I

(normalny)

cena: 6 amp. x 2 cm.³

zł. 6.--

PERMEDIN II

(forte)

cena: 3 amp. x 1 cm.³

zł. 9.60

6 amp. x 1 cm.³

„ 16.--

3 amp. x 2 cm.³

„ 13.40

PERMEDIN

Liq. fl. ca 80 g.

cena:

zł. 5.75

Zakł. Chem. „Laokoon“ S. A., Lwów,
ul. Furgalskiego 6-8.

II-nd Neurological Service of the Municipal Hospital at Czyste in Warsaw.
(Chief: Dr. E. H e r m a n).

The stiffness of the nape in the syndrom of Menière.

b y

Dr. Z. Finkelstein.

In the three cases of the syndrom described by Menière, one of which depended from the neuro - labyrinthite - syphilitic, a stiffness of the nape was observed for about 2 weeks after the beginning of the disease which caused the sick to come to the hospital. In two cases, the stiffness coexisted with the contraction of other muscular groups of the neck, which unabled to turn the head in any direction.

The case of patient Bucz., who did not show the least trace of being instable and whose contraction referred only to the movements of the flexion of the head, shows that the hypothesis which makes this phenomenon depend on the will of the sick, cannot be admitted. The presence of contraction influences on the movements of the sides as well as on the flexion of the head, (in these two cases) permits to exclude the diagnosis regarding the lesion of the meninges and particularly of a serious arechnoid of the posterior fossa of the brain. It is obvicus that this phenomenon should be considered as a tonic reflex having for the point of departure the vestibular nerf. This hypothesis is based on the phycological works of Ewald, who had proved the influence of the removal of the labyrinth on the tonus of the muscles of the neck and limbs.

Z II oddziału neurologicznego szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordyuator: E. H e r m a n).

o sztywności karku w zespole Menière'a.

podał

Zygmunt Finkelstein.

Sztywność karku nie należy ani do zasadniczych, ani do drugorzędnych objawów zespołu Menière'a, toteż fakt, że spostrzegaliśmy ją w 3 przypadkach wydaje się godny uwagi.

Przyp. I. Maj... (L. 35/1936) 46 l. przybyła 29 IV. 1936 r. W wywiadach dwa poronienia w 5 i 8 miesiącu ciąży. Ropo-

toku z uszu nigdy nie miała. Od 2 lat narzeka na bóle głowy oraz napadowe zawroty głowy z nudnościami. Mniej więcej od roku miewa szum i świsty w uchu lewym. Osłabienie słuchu ucha lewego od roku. Przed kilku dniami (24.IV.1936) wystąpił ból głowy w okolicy potylicznej; 26.IV — bóle rozprzestrzeniły się również na okolicę karku. 27.IV. na ulicy nagle chora doznała bardzo silnego zawrotu głowy, upadła, straciła na krótko przytomność. Tegoż dnia i w ciągu następnym dni (28, 29 kwietnia) kilkakrotnie wymiotowała oraz odczuwała silne bóle w okolicy karku.

Badanie przedmiotowe w dn. 30.IV.1936 r. Otoskopowo (oddział dra B. Karbowskiiego): duże wciągnięcie błony bębenkowej ucha lewego, ucho prawe bez zmian. Słuch osłabiony nieco po stronie lewej. Weber—lateralizacja w lewo. Pobudliwość cieplikowa nerwów przedstonkowych w granicach normy. Podczas chodzenia chora zatacza się. Usztywnienie głowy, przeciwstawiające się wszelkim ruchom czynnym i biernym ku przodowi, ku bokom oraz ku tyłowi. Kernig dolny ujemny.

Badanie neurologiczne zmian w zakresie nerwów czaszkowych, poza lewym n. VIII, nie stwierdziło; brak było też objawów mózdkowych oraz piramidowych. Nakłucie łądźwiowe: ciśnienie płynu m. - rdz. w pozycji leżącej — 120 mm H₂O (Claude); plyn bezbarwny, przezroczysty, bez pleocytozy; białko w normie; Nonne - Apelt ujemny. Odczyn Bordet - Wassermannna w płynie m. rdz. — słabo dodatni, we krwi — dodatni (pracownia dra Dworeckiego). Chora otrzymała leczenie przeciwkłowe w postaci zastrzyków Quinby oraz wcierań szaruchy. Stan chorej uległ znacznej poprawie. Zawroty głowy i bóle głowy ustąpiły. Usztywnienie karku cofnęło się stopniowo w ciągu mniej więcej 8 dni. 7.V stwierdzono u chorej jedynie ślad sztywności karku. Chód chorej w tym czasie zupełnie prawidłowy.

Obecność klasycznej triady objawów w postaci szumu w uszach, osłabienia słuchu i napadu zawrotu głowy pozwala rozpoznać zespół Menière'a. Dodatkowo odczyn serologiczne we krwi, a zwłaszcza w płynie mózgowo-rdzeniowym, upoważniają do rozpoznania zapalenia kiłowego nerwu ósmego (meningoneuritis n. acust. sin. luetica), stanowiącego najczęstszą postać zespołu Menière'a pochodzenia kiłowego. Poprawa podmiotowa i przedmiotowa pod wpływem leczenia przeciwkłowego przemawia za słusznością tego rozpoznania.

Przyp. II. Wol... (L. 48/1938) 44 l., przybyła w dn. 5.V.1938 r.

W y w i a d y. Od 2 lat miewa napady zawrotów głowy w odstępach mniej więcej tygodniowych. Przybywa do szpitala z powodu napadu niezwykle gwałtownego zawrotu głowy, któremu towarzyszyć miała krótkotrwała utrata przytomności. Chora kilkakrotnie wymiotowała. Narzeka na ból głowy o charakterze „ściągającym“, bez ściślejszego umiejscowienia oraz trwające wciąż uczucie zawrotu głowy.

Badanie przedmiotowe. Parcie krwi 135/70. Otokopowo: (oddział dra Br. Karbowskięgo) norma. Oczopląs samoistny w lewo o dużej amplitudzie II stopnia. Samoistne zbaczanie kończyn w prawo.

Śluch

szept 6 metr. (obustronnie)
C₁₂₈ — 12" po str. prawej
— 15" „ „ lewej
C₅ — norma.

Pobudliwość cieplikowa nerwów przedsionkowych prawidłowa. Samoistne zbaczanie kończyn w prawo. Ruchy bierne głową zarówno ku bokom, jak i ku przodowi i ku tyłowi, napotykają na opór, którego nie udaje się pokonać. Również ruchy czynne głową niemożliwe do wykonania.

Badanie neurologiczne, poza opisanymi objawami zmian nie wykazało. Dno oczu prawidłowe. Płyn mózgowo-rdzeniowy bez zmian cyto-chemicznych. Odczyny B o r d e t - W a s s e r m a n n a we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemne. Mocz bez zmian.

Aczkolwiek brak jest w danym przypadku dwóch objawów ze strony narządu ślimakowego, a mianowicie: osłabienia słuchu i szumu w uszach, niemniej wystąpienie napadu zawrotu głowy z towarzyszącymi mu objawami przedmiotowymi w postaci oczopląsu samoistnego II stopnia w lewo i zbaczania kończyn górnych w prawo, okresy całkowitej poprawy w przerwach pomiędzy napadami, prawidłowo zachowana pobudliwość cieplikowa nerwów przedsionkowych, upoważniają do rozpoznania zespołu Menière'a (Vertige — névralgie Hautant'a).

Przyp. III. Bucz... (L. 176/1938) 56 l., przybył w dn. 26 IX.1938 r.

W y w i a d y. W 1914 roku chory miał napad zawrotu głowy, z powodu którego przebywał na leczeniu w szpitalu w ciągu 2 tygodni. Następnie w ciągu 24 lat był zupełnie zdrow. Od kwietnia 1938 roku miewa często powtarzające

się napady zawrotów głowy. 22 września 1938 roku wystąpił u chorego napad silnego zawrotu głowy z nieznacznym bólem głowy i szumem w uchu prawym.

Badanie przedmiotowe w dniu 27 września 1938 r. Otoskopowo: (oddział dra Br. Karbowskiego) poza lekkim wciągnięciem prawej błony bębenkowej bez zmian. Samoistne zbaczanie kończyn w stronę prawą nieznacznego stopnia. Znaczne upośledzenie słuchu po stronie prawej. Mowa potoczna po str. prawej słyszalna, z odległości mniejszej od 4 metr. — Szept — słyszalny tuż przy muszli usznej prawej. Weber — lateralizacja w lewo. Próba ciepłikowa stwierdziła u chorego znaczne osłabienie pobudliwości prawego nerwu przedsionkowego, w mniejszym stopniu również i lewego. Próba galwaniczna stwierdziła duże osłabienie pobudliwości prawego n. przedsionkowego, mniejsze lewego. Głowę utrzymuje stale w pozycji lekkiego przechylenia w stronę prawą. Usztywnienie głowy przy przechylaniu jej czynnym i biernym ku przodowi. Ruchy głowy ku bokom i ku tyłowi czynne i bierne zachowane w rozmiarze prawidłowym. Kernig dolny ujemny. Ciśnienie krwi 130/90.

Badanie neurologiczne, poza opisanymi objawami, zmian nie wykryło. Dno oczu prawidłowe. Płyn mózgoworzdzeniowy bez zmian. Odczyn Bordet - Wassermanna we krwi i w płynie ujemny (pracownia dra Dworeckiego). Rentgenogram czaszki i kręgosłupa szyjnego zmian nie wykazał (dr Mesz).

Zawroty głowy ustąpiły u chorego po upływie 5 dni pobytu w oddziale. Sztywność karku utrzymywała się u chorego dłużej; w 14 dniu pobytu chorego w oddziale była ona równa 3 poprzecznym palcom, zmniejszyła się stopniowo; w dniu 29 października 1938 r. sztywności karku nie było.

Rozpoznanie zespołu Menière'a opiera się w danym przypadku na triadzie objawów klasycznych (szum w uchu prawym, osłabienie po tejże stronie, uczucie zawrotu głowy), na nieznacznym samoistnym zbaczaniu kończyn w prawo oraz osłabieniu pobudliwości cieplikowej i galwanicznej obu nerwów przedsionkowych, a zwłaszcza prawego. (Vertige — névrite Hautant'a).

Przechodzimy do omówienia ieteresującego nas zagadnienia klinicznego.

Stwierdzenie faktu, stojącego w sprzeczności z ogólnie przyjętymi poglądami na symptomatologię zespołu Menière'a, skłoniło nas przede wszystkim do rewizji posiadanych spostrzeżeń.

Analiza musiała iść w dwóch, jedynie możliwych, kierunkach: semiologicznym i rozpoznawczym.

Uczucie zawrotu głowy pochodzenia błędnikowego należy do doznań niezwykle przykrych; znane są fakty patologicznego strachu przed nawrotem tego uczucia. Zmiany w położeniu głowy w przestrzeni, wszelkie ruchy głową posiadają z reguły w czasie napadu meniere'owskiego i bezpośrednio po nim duży wpływ na nasilenie się, względnie wyzwalanie, uczucia zawrotu głowy. Z tych względów możnaby przypuścić, że sztywność karku w przyp. III (chora Bucz.) i usztywnienie głowy w przyp. I (chora Maj.) oraz II (chora Wol.) były wynikiem mechanizmu obronnego, dowolnego, mającego na celu uniknięcie uczucia zawrotu głowy, — że tym samym sztywność karku w przypadkach naszych różniła się zasadniczo od sztywności karku w innych schorzeniach. Jednakże przypuszczenie to nie może się ostać ani wobec przyp. III, w którym stwierdzono wybitną sztywność karku, z brakiem jednocześnie podmiotowych i przedmiotowych zaburzeń równowagi, ani wobec faktu istnienia silnych bólów karku w przyp. I, ani wreszcie wobec faktu stopniowego zmniejszania się natężenia tego objawu. Niemożność przechylenia biernego głowy w sposób jak najbardziej powolny, stanowiący minimalny bodziec podrażnieniowy dla błędnika i przez to pozbawiony w dużym stopniu wpływu na nasilenie się uczucia zawrotu głowy, podważa ostatecznie wysuniętą hipotezę. We wszystkich przypadkach wyłączyliśmy możliwość istnienia sprawy chorobowej w obrębie kręgosłupa szyjnego, która również mogłaby być przyczyną usztywnienia głowy. W przypadku III badanie uzupełniliśmy rentgenografią kręgosłupa szyjnego, która zmian chorobowych nie wykazała. Wywiady oraz stan przedmiotowy wyłączały we wszystkich 3 przypadkach gościec mięśni karku, podawany między innymi, przez H a s k o v e c ' a, jako jeden z powodów sztywności karku. Występowanie sztywności karku współcześnie z napadem zawrotu głowy (chora Maj. przyp. I — odczuwała bóle w karku na 2—3 dni przed wystąpieniem napadu), cofanie się objawu po upływie około 2—3 tygodni po napadzie — wszystko to skłania nas do łączenia usztywnienia głowy w ścisły związek przyczynowy z samym napadem.

Różne klasyfikacje, uwzględniające przeważnie etiologię zespołu M e n i è r e ' a, nie mają dla interesującego nas zagadnienia

większego znaczenia. Rozstrzygnięcie natomiast, czy przypadki nasze należą do grupy zespołu *Menière'a* pochodzenia błędnikowego, czy też do grupy mającej genezę w zmianach w obrębie nerwu VIII, mianowicie w jego części wewnątrzczaszkowej, pomiędzy otworem słuchowym wewnętrznym a miejscem wejścia tego nerwu do pnia mózgowego, stanowi, zdaniem naszym, sedno sprawy. Różniczkowanie pomiędzy obu wymienionymi lokalizacjami należy do zadań trudnych, niekiedy niemożliwych. Symptomatologia obu grup jest zasadniczo prawie identyczna. Pewne momenty różniczkowe stanowią jedynie inne objawy ze strony układu nerwowego ośrodkowego, względnie ze strony innych, poza ósmym, nerwów czaszkowych; objawów tych w przypadkach, przez nas spostrzeganych, nie było. Jednakże przypadek II, w którym nie było objawów ubytkowych ze strony narządu ślimakowego i błędnika, zaliczyć należy z tego względu przede wszystkim do zespołu *Menière'a*, będącego wyrazem schorzenia w obrębie błędnika. W przypadku I rozpoznajemy zapalenie kiłowe nerwu ósmego (*meningo — neuritis VIII luetica*); przyjmujemy za tym umiejscowienie sprawy wewnątrzczaszkowe. Największe trudności pod względem lokalizacyjnym przedstawia przypadek III, w którym objawy ubytkowe ze strony narządu ślimakowego i przedstonka prawego były bardzo wyraźne. Jeśli stanąć na stanowisku *Hautant'a*, który uważa, że próba galwaniczna jest sprawdzianem pobudliwości błędnika i nerwu przedstonkowego, stanowiącymi dwie równoległe drogi wejścia energii elektrycznej, to w przypadku tym, ze względu na duże osłabienie pobudliwości cieplikowej i galwanicznej, sprawę należy umiejscowić w obrębie pnia nerwu VIII. Objawy ubytkowe ze strony nerwu ósmego bywają oczywiście również w zespole *Menière'a* pochodzenia błędnikowego, spotykane są także w całym szeregu schorzeń w obrębie tylnej jamy czaszkowej, i—co nas szczególnie interesuje, należą do obrazów zapaleń zrostowych pajęczynówki w obrębie tylnej jamy czaszkowej, a zwłaszcza kąta mostowo-mózdzkowego. Sztywność karku i bóle głowy stanowią objawy, które według *Claude'a*, spotyka się najczęściej w przebiegu ograniczonych zapaleń zrostowych pajęczynówki w obrębie tylnej jamy. *Molhant* (tak jak inni) rozpoznaje zapalenie surowicze opon w przypadkach, przebiegających z objawami oponowymi, lecz bez zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym. Nie wydaje się nam jed-

nak rzeczą słuszną przypadki nasze zaliczać do zapaleń zrostowych pajęczynówki w obrębie tylnej jamy, względnie kąta mostowo-mózdkowego. Mimo, że we wszystkich trzech przypadkach chorzy narzekali na bóle głowy, mające nawet w przyp. I charakterystyczne umiejscowienie (potylicy, kark), rozpoznanie ograniczonego zapalenia zrostowego pajęczynówki w obrębie kąta mostowo-mózdkowego nie znajduje w przyp. II i III dostatecznych podstaw.

Wobec znanych faktów istnienia ograniczonych torbielowatych zapaleń pajęczynówki, przebiegających zupełnie bezobjawowo, a wykrywanych dopiero na sekcji (przyp. I. *ö w e n s t e i n a*, przytoczony u *M o l h a n t ' a*), wyłączenie tej sprawy w przypadkach podanych przez nas nie jest możliwe. Ograniczone zapalenie pajęczynówki w okolicy kąta mostowo-mózdkowego może usprawiedliwić sztywność karku. Możliwym jednak wydaje się i inne tłumaczenie. Podrażnienie błędnika w czasie napadu zawrotu głowy wyzwała odruch toniczny, obejmujący mięśnie szyi i karku, z przykurczem tych mięśni, i co za tym idzie, z usztywnieniem głowy. Pogląd ten znajduje pewne oparcie w klasycznych doświadczeniach *E w a l d ' a*, wykazujących wpływ usunięcia błędnika na napięcie mięśni, a zwłaszcza na ułożenie głowy; przemawia za nim również i teoria błędnikowa zaburzeń ułożenia głowy w przypadkach guzów tylnej jamy czaszkowej, dopatrująca się w ucisku na jądra nerwu przedstonkowego przyczyny tych objawów.

Jeżeli zresztą stanąć na stanowisku, że w przypadkach, przez nas spostrzeganych, istnieje zapalenie zrostowe pajęczynówki w okolicy kąta mostowo-mózdkowego, to uderza wielki niestosunek pomiędzy znaczną sztywnością karku, względnie usztywnieniem głowy, a ograniczonymi zmianami anatomicznymi opon; przemawiają za tym skąpe objawy kliniczne i brak zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Należy więc podkreślić prawdopodobieństwo wpływu narządu błędnikowego na powstanie przykurczu mięśni szyi i karku we wszystkich naszych przypadkach.

P I Ś M I E N N I C T W O .

Claude Henri. Archnoido — piemerito serense cerebrale. *Revue Neurol*, tom 59, str. 824, 1933. *Haskovec Ladislav.* Troubles de la tonicité. *Nouveau Traité de médecine Roger Vidal*, tom 18. *Hautant P.* Etude clinique sur l'examen fonctionnel de d'appareil vestibulaire. *Revue Neurologique*, t. 47, str. 908, 1927. *Molbant M.* Les méningites séreuses. *Revue Neurologique*, str. 329, 1938.

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 ogólniej oraz w zaburzeniach kardiowaskularnych.

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

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

From Czyste Municipal Hospital, Warsaw, Departement of eye diseases.
(Chief: Dr. Adam Zamenhof).

Report of dacryocystorhinostomy.

BY

Dr. A. Zamenhof.

The author gives a report of two hundred cases of decryocystorhinostomy and concludes as follows:

1. Extirpation of the lacrimal sac should be used only in exceptionnaly cases. This is indicated in cases of debility by patients, by canaliculi occlusion, or in cases of overgrowing or shrinkage of nasal mucosis.

2. In all cases of chronic suppuration of the lacrimal sac it is necessary to remove the cause of disease, as in all these cases there is not a free drainage for the tears.

3. In order to obtain a good operation result it is sufficient to sew the fore wall of the dissected lacrimal sac with the flap of nasal mucosis. It is not necessary to make the back sutures, because this complicates the operation.

4. The bony opening should be sufficiently large, because it facilitates the execution of the operation and secures the new-formed channel against closing.

Z oddziału ocznego szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: A. Zamenhof)

O leczeniu operacyjnym niedrożności kanału nosowo-łzowego.

PODAŁ

Adam Zamenhof.

Leczenie niedrożności kanału nosowo-łzowego stanowi jedno z trudniejszych zadań w okulistyce, a odtworzenie drogi dla odpływu łez jest ważne nie tylko ze względu na niedogodności, związane z uporczywym łzawieniem. Niedrożność kanału nosowo-łzowego powoduje przewlekłe ropne zapalenia woreczka łzowego, który w tych warunkach stanowić może źródło infekcji przy wszelkich przypadkowych uszkodzeniach nabłonka rogówki, a zwa-

szcza przy zabiegach operacyjnych na gałce ocznej. Leczenie zachowawcze zwężonego lub zarośniętego kanału nosowo-łzowego, za pomocą rozszerzenia zgłębnikami, tylko w pewnej ograniczonej ilości przypadków prowadzi do trwałego udrożnienia, i pod tym względem kanał łzowy jest znacznie oporniejszy np. od cewki moczowej, co się tłumaczy z jednej strony jego delikatniejszą budową, a—z drugiej strony—leczeniu nie sprzyja obecność otaczającej go ścianki kostnej.

Toteż często trzeba już po kilku próbach zrezygnować z leczenia zachowawczego. Dla uniknięcia niebezpieczeństwa infekcji z woreczka rozszerzonego i zawierającego znaczną niekiedy ilość wydzieliny śluzowo-ropnej, wprowadzono operację wyłuszczenia tego woreczka. Zabieg ten, stosunkowo nietrudny, może być wykonany ambulatoryjnie i znalazł dość szerokie rozpowszechnienie. W wielu przypadkach usuwa się w ten sposób ropienie, a niekiedy nawet i łzawienie ustaje, gdyż w przypadkach normalnych ilość łez, potrzebnych do utrzymania spojówki, a zwłaszcza rogówki, w stanie dostatecznego zwilżenia, jest tak nieznaczna, że wystarcza normalny proces wyparowywania, a właściwy odpływ łez bywa niekiedy zbyteczny. Łzawienie staje się jednak dość dokuczliwym objawem we wszystkich okolicznościach, gdzie wydzielanie łez się wzmacnia, a więc przy każdym, nieznacznym nawet, podrażnieniu oka, lub pod wpływem wzruszeń psychicznych. Poza tym w stanach zapalnych, wywołanych wtargnięciem łożyska chorobotwórczych do worka spojówkowego, brak prawidłowej kanalizacji staje się powodem uporczywych dolegliwości i często przyczynia się do powstawania powikłań.

Jednak amputacja takiego, jak by się zdawało, mało potrzebnego organu, jakim jest woreczek łzowy, nie zawsze uchodzi bezkarnie. Zachodzi zatem potrzeba więcej racjonalnego rozwiązania. Takie rozwiązanie stanowi bezpośrednie połączenie śluzówki woreczka łzowego ze śluzówką nosa, — i to w najkrótszej drodze, poprzez otwór, wytworzony w kości, oddzielającej obie śluzówki. Operacja taka może być wykonana albo przez nos, sposobem Westa, albo też zabieg wykonywa się od strony woreczka łzowego, według Toti'ego. Operacja Westa polega na tym, że po oddzieleniu śluzówki nosa w miejscu, znajdującym się nawprost woreczka łzowego, przebija się otwór w kości, a następnie wycina się ścianę przynosową woreczka łzowego. Ślu-

zówka nosa ma się zrosnąć ze śluzówką woreczka. Powstaje w ten sposób bezpośrednie połączenie woreczka łzowego z jamą nosową. Ponieważ jednak leczenie dróg łzowych przypada zazwyczaj w udziale raczej okuliście, niż chirurgowi, przeto operacja Westa, wymagająca znajomości i wprawy w zabiegach wewnątrznosowych, nie znalazła szerszego zastosowania. Natomiast operacja Toti'ego nie stanowi zbyt wielkich trudności dla chirurgów ocznych, dla których dotychczas dość często stosowane wyłuszczenie woreczka łzowego było zabiegiem dość łatwym. Zamiast usunięcia całego woreczka, odcina się tylko jego połowę przynosową. Wydlutowanie otworu w kości jest znacznie łatwiejsze przy dobrze rozwartej ranie od zewnątrz, niż poprzez nos, od wewnątrz. Również i wycięcie śluzówki nosa od zewnątrz jest łatwiejsze, niż wycięcie ścianki woreczka łzowego poprzez otwór w kości przez nos.

Zarówno operacja Westa, jak i pierwotna operacja Toti'ego, mają tę wadę, że brzegi wyciętych śluzówek nosa i woreczka nie zawsze zrastają się prawidłowo, z pozostawieniem swobodnego przejścia, a obecność kostnej ścianki, a niekiedy nawet i komórek sitowych pomiędzy obu śluzówkami powoduje takie ich oddalenie od siebie, że zrastanie się jest utrudnione. Na skutek znacznej skłonności błony śluzowej nosa do pokrywania ubytków w drodze bujania, zachodzi ewentualność zarośnięcia otworu, co niekiedy staje się przyczyną niepowodzenia operacji.

Ażeby temu zapobiec, wprowadzono pewne udoskonalenie pierwotnej operacji Toti'ego, polegające na wytworzeniu płatów, zarówno ze śluzówki nosa, jak i woreczka łzowego. Następnie obie śluzówki zszywa się, i w ten sposób zrastanie zostaje pokierowane na właściwe tory.

Jednym z podstawowych warunków dobrego wyniku operacji jest również wytworzenie dość dużego otworu w kości, oddzielającej śluzówkę nosa od woreczka łzowego.

Pomijając już skłonność małych ubytków w kości do zasklepienia się, obecność dużego okienka ułatwia w znacznej mierze spreparowanie odpowiedniego płatu śluzówki. Im większy otwór w kości, tym większy może być płat śluzówki nosa, co ułatwia nakładanie szwów, pokrycie brzegów kanału kostnego i zbliżenie do woreczka. Otwór w kości o średnicy około 12 mm, a nawet nieco większy, daje najlepsze warunki do dobrego wy-

konania zabiegu. Otwór w kości może być zrobiony za pomocą dłutka i młotka (D u p u i s - D u t e m p s), co jednak stanowi dość zmuśny akt operacyjny, a przy tym dość przykry dla chorego. Dla ułatwienia przebicia otworu stosuje Arruga specjalny trepan, poruszany za pomocą motoru elektrycznego. Otrzymuje się w ten sposób odrazu okrągłe okienko o średnicy 10 mm. Przy trepanowaniu kości można jednak łatwo uszkodzić śluzówkę nosa, a poza tym otwór ten jest stosunkowo za mały. D u v e r g e r i V e l t e r, posługując się również motorem elektrycznym, przedziurawiają kość w kilku miejscach cienkim borkiem, a następnie innym borkiem, o działaniu bocznym, łączą poprzednie otwory i w ten sposób wykrawają otwór dowolnej wielkości, starając odrazu nie naruszyć tylnej ścianki kostnej, ażeby nie uszkodzić śluzówki. Otwór wykańcza się dłutkiem i wygładza się borkiem frezowym. G u t z e i t używa do trepanacji kości specjalnego kompletu borków. Borki te, o średnicy 4 mm, mają długość 4, 5 i 6 mm i urządzenie ochronne, nie pozwalające przekroczyć określonej głębokości. Ponieważ grubość kości bywa różna, zaczyna się od borka najkrótszego. Jeżeli nie następuje przebicie, wprowadza się borek średni, a w razie potrzeby najdłuższy. Po przebicciu kości wprowadza się do otworu specjalny borek krający, zaopatrzony w ochraniacz, aby nie uszkodzić śluzówki. Borek ten ma wykroić z łatwością otwór dowolnej wielkości. W praktyce jednak okazało się, że krajanie kości borkami nie idzie tak łatwo, jakby się chciało. Ostatecznie przyjęliśmy sposób następujący:

Po cięciu skóry, odrazu aż do przedniego grzebienia dołka łzowego, oddzielamy worek od kości, zeskrobujemy okostną przed grzebieniem na przestrzeni około 5 — 8 mm ku przodowi, na wysokości około 12 mm. Przy dolnym końcu dołka, przy samym grzebieniu kości, robimy pierwszy otwór borkiem G u t z e i t a możliwie aż do śluzówki. Tuż obok pierwszego otworu, nieco powyżej i więcej ku przodowi, robimy drugi otwór takim samym borkiem. Tuż nad nim umieszczamy trzeci otwór i wreszcie nieco powyżej i więcej ku tyłowi, zbliżając się znów do przedniego grzebienia łzowego, robimy otwór czwarty. Te cztery otwory, każdy o średnicy 4 mm, tworzą w ten sposób półkole, zwrócone wklęsłością ku tyłowi. Pozostałe między otworami resztki kości nadłamujemy młotkiem po dłutku. Dwa małe uderze-

nia przy grzebieniu zwalniają znajdującą się w półkolu resztę kości, której cienka część, znajdującą się za grzebieniem, łatwo się nadłamuje. Kość usuwamy, a brzegi otworu wygładzamy borkiem frezowym. Teraz widoczna jest śluzówka nosa, zazwyczaj nienaruszona. Niekiedy bywa ona pokryta cienkimi blaszkami komórek sitowych, które za pomocą ostrej łyżeczki zeszkrobujemy. Śluzówka napina się przy poruszaniu tamponem na drucie, służącym do znieczulenia nosa.

Otwór w kości jest dość wielki i wszelkie dalsze manipulacje mogą być swobodnie wykonywane.

Sprawą wytwarzania płatów śluzówki i ich zszywania zajmował się cały szereg autorów. Najdokładniej wykonywa to Dupuis-Dutemps. Woreczek łożowy przecina się pionowo na całej długości. Takież pionowe cięcie robi się w śluzówce nosa. Po zrobieniu dwóch dodatkowych nacięć poziomych przy górnym i dolnym końcu okienka kostnego, otrzymuje się dwa płaty, jakby okiennice, które się rozchyła ku przodowi. Tylną okiennicę zszywa się z tylnym brzegiem rozciętego woreczka, a przednią z przednim, nakładając po trzy szwy katgutowe. Takie postępowanie stosowałem, a raczej starałem się stosować, w moich pierwszych kilkudziesięciu operacjach. Niestety śluzówka nosa nie zawsze nadaje się do wytworzenia dwóch płatów, a zwłaszcza spreparowanie tylnego płatu często nasuwa znaczne trudności. Poza tym nakładanie tylnych szwów w głębi rany jest dość trudne, a przy wiązaniu płat często się przecina.

Powyższe względy skłoniły mnie do zaniechania zszywania tylnych płatów i pójsicia za radą tych autorów, którzy proponują robić tylko jeden płat, dający się odchylić ku przodowi. Przynosową część woreczka łożowego odcina się aż do tylnego grzebienia łożowego. Poprzez przedni brzeg rozciętego woreczka przesywa się nitkę jedwabną, której dwa końce przeciąga się od zewnątrz ku wewnątrz, następnie nadziewa się na płat śluzówki nosa i przeprowadza się pod wewnętrzny brzeg cięcia skórniego. Przy zawiązywaniu obu końców nitki na wałku z gazy ścianka woreczka przyciąga się w stronę nosa, wraz z płatem śluzówki, który, odchylając się, zakrywa obnażoną kość. Nakładamy dwa takie szwy. Po zaszyciu skóry przednia ścianka woreczka przyrasta do skóry i nie może się zapaść ze szkodą dla dobrego wy-

niku operacji, nawet gdy tylna ścianka nowoutworzonego kanału wytwarza się per secundam.

Operacyjne odtwarzanie kanału nosowo-łzowego wykonano na moim oddziale w dwustu z górą przypadkach. Wyniki są na ogół bardzo zadowalniające; drożność uzyskano prawie w 90% przypadków. Ropienie ustawało prawie zawsze. Łzawienie zniknęło w większości przypadków, przy czym podkreślić należy, że nie zawsze powstawało ono w związku ze stopniem drożności nowego kanału. W niektórych przypadkach, pomimo zarośnięcia nowego połączenia z nosem, chorzy nie skarżyli się na łzawienie i byli bardzo zadowoleni z wyniku operacji, podobnie jak to bywa niekiedy i po zwykłym usunięciu woreczka łzowego. W innych, nielicznych zresztą przypadkach, łzawienie utrzymało się dość uporczywie, pomimo doskonałej drożności. Dla oceny wartości dakryocystorhinostomii najlepiej przysłużyły się te przypadki, gdzie z jednej strony woreczek został zwyczajnie usunięty, a z drugiej odtworzono kanał. Chorzy tacy prawie bez wyjątku byli bardziej zadowoleni z rhinostomii i niekiedy zwracali się z prośbą o wykonanie tej operacji również i na oku, pozbawionym woreczka, co zresztą nie jest rzeczą niemożliwą.

Odtwarzanie operacyjne kanału nosowo-łzowego stosujemy zasadniczo we wszystkich przypadkach, gdzie dostatecznie dobry stan kanalików łzowych daje nadzieję dobrego wyniku czynnościowego. Jako przygotowanie do operacji gałkowych, zabieg ten przywraca dość szybko jałowość worka spojówkowego. Przy wrzodzie pełzającym następuje niekiedy dość szybka poprawa stanu rogówki, gdyż przywrócenie odpływu nie sprzyja utrzymaniu się infekcji.

Wyłuszczenie woreczka łzowego ograniczamy obecnie tylko do wyjątkowych przypadków. A więc usuwamy woreczek u chorych bardzo osłabionych i starych, dla których zabieg, trwający około $\frac{1}{2}$ godziny i wymagający dość starannego znieczulenia, zarówno podskórnego jak wewnątrznosowego, i to z adrenaliną, mógłby okazać się zbyt ciężkim. Poza tym przeciwwskazanie do rhinostomii stanowią przypadki z ropowicą lub świeżo przebyłym ostrym zapaleniem woreczka, a także przewlekłe stany zapalne na podłożu gruźliczym, oraz zmiany zanikowe lub przerostowe w jamie nosowej.

W razie niedostatecznego lub ujemnego wyniku operacji, spowodowanego wadliwym zrośnięciem śluzówek, często udaje się przywrócić drożność przez ponowne rozcięcie nowego kanału i wycięcie nadmiaru tkanki bliznowatej. W przypadku, gdzie woreczek został już dawniej usunięty, a łzawienie jest bardzo dokuczliwe, udaje się niekiedy odtworzyć drożność, łącząc śluzówkę nosa z resztkami śluzówki woreczka łzowego, pozostałymi przy ujściu kanalików, tym bardziej, że w tych przypadkach, gdzie resztki takie pozostały, najczęściej powstaje łzawienie lub nawet ropienie. W ten sposób wskazania do dakryocystorhinostomii znacznie się rozszerzają.

„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 łyżecz. od herbaty podług wskazań lekarza.

ZAKŁADY CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

„V A P O R”, Mgr. R. Herynowski, Warszawa,
ul. Żelazna 30. Telefon 6-61-39.

From the Department I for Internal Diseases, in the Municipal
Hospital Warsaw, Czyste.
(Director: Dr A. Kobryner)

Course of the sedimentation rate of human erythrocytes.

BY

A. Kobryner and Z. U. Glajchgewicht.

The leucocyte content of circulatory blood undergoes constant fluctuations which presents a wavy curve when depicted graphically (Kobryner). The plasma non-protein nitrogen content undergoes fluctuations which proceed parallel with the course taken by the number of leucocytes found (Kobryner, Dworecki and Jeleniówna). As the rate of sedimentation of the erythrocytes is largely dependent on the corrent composition of the plasma, the supposition is advanced that this phenomenon likewise undergoes constant fluctuations. It is also presumed that these fluctuations, when depicted graphically yield a similar curve as that for the number of leucocytes found and for the plasma non-protein nitrogen content.

The experiments conducted by the authors demonstrated:

(1) The sedimentation rate of human erythrocytes is a variable magnitude, and the fluactions may be as much as 100% during a few hours.

(2) The sedimentation rate of arterial blood taken from the right elbow of an arm at work is on the whole greater than in a motionless one.

(3) The changes of the sedimentation rate of human erythrocytes yield a wavy curve when plotted graphically.

(4) The downward trend evinced by the curve for the course of leucocytes found in the blood corresponds to the upward trend shown by the curve of erythrocyte sedimentation.

(5) It is probable that the periodical variability of the sedimentation rate of the erythrocytes is dependent on the pe-riodical growth or slackening of protein metabolism.

Z I oddziału chorób wewnętrznych
(Ordynator: A. Kobryner)

Badania doświadczalne nad przebiegiem opadania krwinek u człowieka.

PODALI

A. Kobryner i Z. U. Glajchgewicht.

Jeden z autorów niniejszej pracy (Kobryner) ustalił¹⁾, że zawartość leukocytów we krwi obwodowej ulega ciągłym wahaniom i że to się ujawnia w wykresie w postaci krzywej falistej. W tejszej pracy — na zasadzie wówczas przeprowadzonych doświadczeń — wysunięte zostało przypuszczenie, że wahania zawartości leukocytów zależne są pośrednio od bliżej nieznanych produktów białkowej przemiany materii. Jeżeli przypuszczenie to odpowiada rzeczywistości, to należy się spodziewać, że intensywność białkowej przemiany materii w ustroju ludzkim ulega również wahaniom, i że odbywać się to powinno równoległe do wahań leukocytozy.

Przypuszczenie to zostało sprawdzone przez Kobrynera przy współpracy I. Dworeckiego i Jeleniówny²⁾). Stwierdzili oni, że zawartość azotu pozabiałkowego, który przyjęty został jako miernik intensywności białkowej przemiany materii — ulega ciągłym wahaniom, i że do pewnego stopnia przebiega ona analogicznie i równoległe do krzywej leukocytozy.

Zjawisko opadania krwinek jest w dużej mierze zależne od aktualnego stanu osocza, ulegającego, jak wynika z powyższego, ciągłym wahaniom. Wobec tego wysunięte zostało przypuszczenie, że szybkość opadania krwinek jest również wielkością zmienną i — prawdopodobnie — ulega wahaniom analogicznym, jakie stwierdzone zostały odnośnie do leukocytozy i azoku pozabiałkowego.

Sprawdzenie tego przypuszczenia stanowi właściwy temat niniejszej pracy.

¹⁾ Badania doświadczalne nad przebiegiem fizjologicznym leukocytozy u człowieka. Med. Doświadcz. 1925, T. IV.

²⁾ Praca jeszcze nie ogłoszona.

Do badań posłużyli nam chorzy szpitalni, w stanie względnie dobrym, w miarę możności nie gorączkujący, z różnymi rozpoznaniemami.

Krew pobieraliśmy z żyły łokciowej, przy czym nakłuwaaliśmy kolejno, poczynając od odcinka dogłowego — w odstępach mniej więcej $\frac{1}{2}$ -centymetrowych ku dołowi — dla ewentualnego uniknięcia domieszki w krwi pobieranej produktów rozpadu, powstałych wskutek uszkodzenia żyły z nakłucia. Krew pobieraliśmy co $\frac{1}{2}$ godziny. Chorzy byli na czczo; przebywali w łóżkach i unikali ruchów.

Posługiwaliśmy się strzykawką 1 cm³ — igłą o krótkim ostrzu — nr. 14. Do podziałki $\frac{1}{10}$ pobieraliśmy 5% roztwór cytrynianu sodu, następnie do podziałki 1 cm³ krew żylną. Mieszaliśmy przez trzykrotne obrócenie strzykawki. W ten sposób zmieszaną krwią napełnialiśmy rurkę Linzenmeyera do górnej podziałki i obserwowaliśmy czas opadania do podziałki dolnej. Wszystkie używane rurki Linzenmeyera miały jednakową średnicę — 0,5 cm i pojemność 1 cm³.

Badania nasze przeprowadziliśmy niejako w dwóch etapach.

I. W pierwszym chodziło o przekonanie się co do istnienia wahań w ogóle i ewentualne ustalenie ich charakteru. Badania te wykonaliśmy na 5 ciu osobnikach (Tabl. I — V) i trwały one od 6-ciu do 10 godzin (13 — 21 pobrań w odstępach $\frac{1}{2}$ godz.). Na krzywych zobrazowane są w % stopnie przyspieszenia lub zwolnienia opadania krwinek, w stosunku do 1-go pobrania, które zawsze oznaczone jest na osi pionowej jako 0. Wyrazem przyspieszenia jest przebieg krzywej powyżej poziomej linii, zwolnienie — poniżej tejże linii. Np.: czas opadania pierwszego pobrania wynosi 60 minut i odpowiada w krzywej punktowi 0; czas pobrania jest krótszy o 15 minut i wynosi 45 minut, co odpowiada przyspieszeniu o 25% w porównaniu z 1-szym pobraniem (krzywej punkt 25 położony powyżej linii poziomej). Na osi poziomej oznaczone są $\frac{1}{2}$ godzinne odstępy czasu (p. Tabl.)

Tabl. I-sza. Ch. St. W. l. 22. Rozpozn.: Nephrosis chron. Amyloidosis renum. Krew pobierano z prawej ręki co $\frac{1}{2}$ godz. w ciągu 10 godz.: Przebieg krzywej okresowy („szczyty“, względnie „nizy“ co 2-2 $\frac{1}{2}$ godz.), najkrótszy czas opadania 4 min., najdłuższy 6 min., wahania dochodzą więc do 50%. Znaczna

w ogóle szybkość opadania tłumaczy się dużą zawartością globulin w tym wypadku.

Tabl. II. Ch. B. W. l. 32. Rozpozn.: Icterus catharal. Lues seropositiva. Krew pobierano z prawej ręki w okresie 9 godzin. Krzywa o przebiegu cyklicznym, „szczyty“ i „nize“ co $1\frac{1}{2}$ godz. Najkrótszy czas opadania $50\frac{1}{2}$ min., najdłuższy 1 godz. 50 min., co odpowiada wahaniom do 97%.

Tabl. III. Ch. A. K. l. 15. Rozpozn.: Polyarthrit. rheumatica subacuta. Krew pobierana z prawej ręki w okresie 8 godz. Wahania nieznaczne, cykliczność bardzo mało zaznaczona. Najkrótszy czas opadania wynosi 12 min., najdłuższy 17 min., co odpowiada wahaniom do 38,7%.

Tabl. IV. Ch. D. R. l. 54. Rozpozn.: Myodegen. cordis. Diabetes mellit. Bronchopn.. Krew pobierano z prawej ręki w okresie 9 godz. Przebieg cykliczny dość wyraźny; krzywa wykazuje „szczyty“ i „nize“ co $1\frac{1}{2}$ — 2 godz. Najkrótszy czas opadania $13\frac{1}{2}$ min., najdłuższy $19\frac{1}{2}$ min., co odpowiada 38,8%.

Tabl. V. Ch. D. Sz. l. 48. Rozpozn.: Glomerulonephr. subacuta. Krew pobierano z prawej ręki w okresie 6 godz. Najkrótszy czas opadania wynosi 43 min., najdłuższy 1 godz. 12 min., co odpowiada wahaniom do 46,8%. Krzywa ma przebieg cykliczny dość regularny. „Szczyty“ i „nize“ następują na ogół w okresach 1 — godz.; pobrania od 7-go do 10-go nie wykazują tej regularności.

Jak wynika z wyżej podanych tablic, szybkość opadania krwinek ulega ciągłym wahaniom, przy czym daje się stwierdzić okresowość przyspieszenia, względnie zwolnienia opadania. Wahania te niekiedy są dość znaczne, bo sięgają do 100%.

II.

Przypuszczając, że prawa ręka, jako „częściej i więcej pracująca“, nastawiona jest na bardziej intensywną przemianę materii niż ręka lewa, spodziewaliśmy się, że przy jednoczesnym pobieraniu krwi z obu rąk szybkość opadania krwinek we krwi pobranej z ręki prawej i lewej będzie różna. Aby sprawdzić to przypuszczenie przeprowadziliśmy badanie u 7-iu osobników (tabl. VI — XII). Dla wyraźniejszego podkreślenia wpływu pracy mięśniowej unieruchamialiśmy w tych przypadkach na okres czasu przeprowadzonych badań lewą rękę przez przymocowanie

jej do brzegu łóżka luźno związanym ręcznikiem (ręka spoczywała zupełnie swobodnie i pozycja ta nie męczyła chorego); prawą zaś ręką chory wykonywał dowolnie ruchy. Za podstawę obliczenia przy wykreślaniu krzywych przyjęliśmy czas opadania 1-go pobrania z ręki pr. oznaczony na osi pionowej jako O. Krzywa opadania krwinek z ręki pr. przedstawiona jest linią ciągłą, z lewej zaś — przerywaną.

W 4 ch ostatnich doświadczeniach — równocześnie z szybkością opadania krwinek — określaliśmy zawartość leukocytów we krwi obwodowej. Jak już wspomnieliśmy wyżej, zawartość azotu pozabiałkowego we krwi ulega ciągłym wahaniom i przebieg ich wykreślnie przedstawia się do pewnego stopnia analogicznie i równoległe do przebiegu leukocytozy. — A więc ewentualne ustalenie związku pomiędzy przebiegiem opadania krwinek a przebiegiem leukocytozy pośrednio potwierdziłoby tezę, wysuniętą przez nas na początku tej pracy. (p. Tabl. str. 169).

Na wykresach krzywa leukocytozy przedstawiona jest w postaci linii prostej kropkowanej (przy pobraniu z prawej ręki) i przerywanej kropkowanej przy pobraniu z lewej ręki.

Tabl. VI. Ch. E. C. I. 27. Rozpozn.: Encephalomyel. dissem. — Krew pobierano obustronnie i jednocześnie w przeciągu 4 godz. — Przebieg obu krzywych równoległy jedynie w końcowych odcinkach, przy czym szybkość opadania z ręki prawej jest na ogół większa niż z lewej (krzywa ciągła przebiega częściej nad krzywą przerywaną niż odwrotnie). Wahania w szybkości opadania krwinek z obu rąk są bardzo duże, bo przekraczają 100%.

Tabl. VII. Ch. S. G. I. 67. Rozpozn.: Nephroso-nephritis chron. — Warunki i czas pobrania takie same, jak poprzednio. W tym przypadku równoległość przebiegu obu krzywych wyraźna. Szybkość opadania z ręki prawej jest większa, wyjątek stanowi tylko jedno pobranie. Wahania nieznaczne: 16% i 19,7%.

Tabl. VIII, Ch. H. K. I. 16. Rozpozn.: Bronchopneum. confluens. — Krew pobierano obustronnie i jednocześnie w przeciągu 3¹/₂ godz. Równoległość przebiegu występuje tylko w końcowych odcinkach krzywych, przy czym w tym przypadku szybkość opadania jest większa z ręki lewej niż z prawej; wyjątek stanowią tylko dwa pobrania. Wahania nieznaczne.

Tabl. IX. Ch. I. G. I. 31. Rozpozn.: Polyarth. rheum. — Krew pobrano jednocześnie w przeciągu 3¹/₂ godz. Krzywe

przebiegają częściowo równolegle, przy czym szybkość opadania z ręki prawej jest na ogół większa niż z lewej. Wahania dość znaczne, bo 21,3% (ręka prawa) i 44,5% (ręka lewa). Krzywa leukocytozy (5 pobrań z lewej ręki) wykazuje tendencję do wzrostu, wtedy gdy na krzywej szybkości opadania krwinek z lewej ręki zaznacza się tendencja do zwolnienia i odwrotnie. Z krzywej leukocytozy z prawej ręki nie można wyciągnąć żadnych wniosków, ze względu na 3 pobrania tylko.

Tabl. X. Ch. A. L. l. 62. Rozpozn.: Lues III. Krew pobrano jednocześnie obustronnie w przeciągu 3 $\frac{1}{2}$ godz. Obie krzywe opadania przebiegają równolegle, przy czym szybkość opadania z ręki prawej jest stale większa niż z lewej. Wahania niewielkie: 24,1% (ręka prawa) i 29,3% (ręka lewa). Tutaj również na krzywej leukocytozy z lewej ręki zaznacza się tendencja do wzrostu, wtedy gdy na krzywej szybkości opadania tejże ręki zaznacza się tendencja do zwolnienia. Z 3 pobrań leukocytozy z prawej ręki nie można wyciągnąć żadnego wniosku.

Tabl. XI. Ch. M. G. l. 62. Rozpozn.: Myocard. et nephritis chron. Arteriosclerosis univers. — Pobrano krew z prawej ręki w przeciągu 4 $\frac{1}{2}$ godz., z lewej tylko w przeciągu 3 (zaczęto o 1 $\frac{1}{2}$ później). Krzywe wykazują większą na ogół szybkość opadania z ręki prawej niż z lewej. Wahania nieznaczne: 21,6% i 17%. Krzywa leukocytozy (krew pobierano z prawej ręki również w przeciągu 4 $\frac{1}{2}$ godz., wykazuje dość wyraźną tendencję do wzrostu liczby leukocytów, w miarę gdy na krzywej szybkości opadania zaznacza się tendencja do zwolnienia i odwrotnie.

Tabl. XII. Ch. J. A. l. 56. Rozpozn.: Myocard. chron. Pobrano krew obustronnie (z prawej ręki w przeciągu 4 $\frac{1}{2}$ godz., z lewej w przeciągu 6 $\frac{1}{2}$ godz.), przy czym krzywe wykazują większą na ogół szybkość opadania z prawej ręki niż z lewej. Krzywa leukocytozy (krew pobierano z lewej ręki również w przeciągu 6 $\frac{1}{2}$ godz.) wykazuje tendencję do wzrostu liczby leukocytów, w miarę gdy na krzywej szybkości opadania zaznacza się tendencja do zwolnienia — i odwrotnie.

Jak wynika z powyższego, szybkość opadania krwinek z ręki prawej jest na ogół większa niż z ręki lewej, przy czym w wykresie obie krzywe idą przeważnie równolegle. Przebieg leukocytozy w stosunku do przebiegu opadania krwinek w wykresie przedstawia się niejako w postaci „odwróconej równoległości”: tam — gdzie na krzywej przebiegu leukocytozy zaznacza się tendencja wzrostowa — na krzywej opadania krwinek — tendencja spadkowa (przedłużenia opadania) — i odwrotnie.

Reasumując, przechodzimy do wniosków następujących:

I) Szybkość opadania krwinek u człowieka jest wielkością zmienną, i w ciągu kilku godzin wahania mogą sięgać do 100%.

II) Szybkość opadania krwinek z ręki prawej—pracującej—jest na ogół większa, niż krwinek, pobieranych w tym samym czasie z ręki lewej — unieruchomionej.

III) Zmiany w szybkości opadania krwinek przedstawiają się w wykresie w postaci krzywej falistej.

IV) Tendencji zwyżkowej (przyspieszenia) fali opadania krwinek odpowiada tendencja zniżkowa fali przebiegu leukocytozy — i odwrotnie.

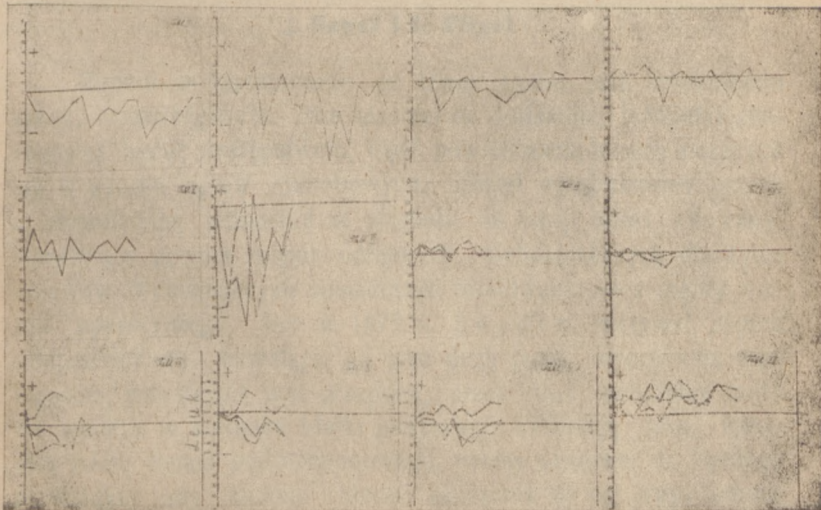
V) Rzecz prawdopodobna, że okresowa zmienność w szybkości opadania krwinek zależna jest od okresowego nasilenia, wzgl. osłabienia, białkowej przemiany materii.

tabl. I

tabl. II

tabl. III

tabl. IV



tabl. IX

tabl. X

tabl. XI

tabl. XII

tabl. VII

PIŚMIENNICTWO.

A. Kobryner. Badania doświadczalne nad przebiegiem fizjologicznym leukocytozy u człowieka. *Medycyna Doświadczalna.* Rok 1925, tom IV. *Kucbarska B.* Odczyn Biernackiego u dzieci. *Gruźlica,* 1930. *Kamiński W.* Zmienność sedimentacji. *Medycyna* Nr. 14, 1935. *Leffkowitz M.* Opadanie krwinek. *Miesięcznik „Biblioteka Lekarska“.* 1938. *Skibiński Z.* O sposobie poprawienia odczynu Biernackiego w zależności od ilości ciałek czerwonych krwi badanej. *Polska Gazeta Lekarska.* 1934. *Żeligowska I.* Wahanie odczynu Biernackiego w ciągu dnia u chorych na gruźlicę płuc. *Medycyna.* 1931. *A. Kobryner.* Über den physiologischen Überlauf der Leukocytoze beim Menschen. *Zeitschrift für Klin. Med.* Band 1902, Hoft 4/5, 1925.

From the III. Surgical Department in the Municipal Hospital (Warsaw-Czyste).
(Director J. Szper M. D.)

Two cases of left side subdiaphragmatic abscess.

BY

J. Szper and L. Fligel.

The authors describe two cases of leftside subdiaphragmatic abscess.

The first was a complication of a cancer of the lienal flexure of the colon which perforated the wall of the bowel. The evolution of the abscess was short and prompt; after perforation through the omentum into the free peritoneal cavity it caused the fatal issue.

In the second case, which was clinically diagnosed and operated through the pleuro-diaphragmatic rout, it was impossible to discover the real cause of the abscess. This case was also fatal.

Z oddziału chirurgicznego III-go.
(Ordynator: J. Szper)

Ropień podprzeponowy po stronie lewej.

PODALI

J. Szper i L. Fligel.

Ropień podprzeponowy po lewej stronie jest schorzeniem rzadko spostrzeganym. Nie stanowi on oddzielnej jednostki chorobowej, będąc następstwem, bądź powikłaniem, innych toczących się w ustroju spraw chorobowych. Został wyodrębniony jednak w samodzielną jednostkę ze względu na swój obraz kliniczny, stanowiący pewien zespół odrębnych, niebezpiecznych dla życia objawów, wymagających specjalnego traktowania — z reguły niemal operacyjnego. Już w 1879 r. L e y d e n opisywał ropień podprzeponowy, określając go jako dużą jamę, wypełnioną ropą i gazem, powstającą pod przeponą, przez której unoszenie może się wpuklić w kierunku klatki piersiowej. Definicję taką, ujmującą istotę ropnia podprzeponowego, należy stosować do każdego przypadku, aby uniknąć błędu zaliczenia do tej grupy innych schorzeń.

Ropień podprzeponowy może powstać z powodu procesów chorobowych, toczących się w narządach, leżących pod lewym sklepieniem przeponowym lub w jego najbliższym sąsiedztwie, przez ciągłość (np. przedziurawienie wrzodu żołądka), zwłaszcza jego tylnej ściany (jest to stosunkowo najczęstsza przyczyna — Kobryner, Mesz, Szmerner). Następnie wymienić należy: przedziurawienie wrzodu dwunastnicy, ropnie lewego płata wątroby, sprawy ropne, toczące się w obrębie trzustki, zwł. w jej ogonie, zawały rozmiękające lub ropnie śledziony, — ropnie górnego bieguna lewej nerki, przebijające torebkę nerkową, — rozpadające się nowotwory, złośliwe zagięcia śledzionowego okrężnicy, dziurawiające jej światło, przedziurawienie pęcherzyka żółciowego w kierunku lewej przestrzeni podprzeponowej.

Ropień podprzeponowy, po stronie lewej, może powstawać również z powodu schorzeń narządów odległych jamy brzusznej, drogą naczyń chłonnych, biegnących z lewej połowy jamy brzusznej, a przebijających przeponę po stronie lewej, np. ropne zapalenie przydatków (Śledniewski); wreszcie ropień podprzeponowy może być ropniem przerzutowym, powstałym drogą krwioną z odległego ogniska ropnego, jako wyraz posocznico-ropnicy.

Istnieją postrzeżenia ropni podprzeponowych, których powstanie trudno było wyjaśnić. Piquand z 890 zebranych przyp. podaje 69 o pochodzeniu nieznanym. Lance obserwował 8 przypadków ropnia lewostronnego, będącego powikłaniem w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, a Tolot podaje dwa przypadki ropni podprzeponowych obustronnych.

Ropień podprzeponowy może się znajdować wewnątrzotrzewnowo — lub rzadziej — zewnątrzotrzewnowo (wg. Bersedki w 17%). Umieszczenie to stanowi o podziale ropni na przednie i tylne, ważne ze względu na wybór drogi operacyjnej doń dotarcia.

Śmiertelność z ropni podprzeponowych jest znaczną; wynosi w przypadkach operowanych 30%, w nieoperowanych 92%. Piquand w swej statystyce podaje, iż na 214 przypadków ropni przednich, operowanych drogą brzuszną (cięcie środkowe lub równoległe do łuku żebrowego) umieralność wynosiła 36%, zaś na 201 przypadków, operowanych drogą opłucnowo-przeponową, wynosiła 33%; w ropniach tylnych, operowanych przez okolicę lędźwiową, wynosiła na 47 przypadków — 23%.

Dwa poniższe postrzeżenia przedstawiają obraz ropnia podprzeponowego po str. lewej, powstałego z różnych przyczyn.

Pierwszy przypadek dotyczy 66 l. mężczyzny, zapisanego na oddział w grudniu 1935 r. z powodu ostrej niedrożności przewodu pokarmowego, trwającej od kilku dni, z rozpoczynającymi się objawami zapalenia otrzewnej. Wywiad oraz badanie kliniczne przemawiały za ostrą niedrożnością o charakterze obturacyjnym, spowodowaną, prawdopodobnie, przez nowotwór okrężnicy. Wykonano operację. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono nadmierne rozdęcie jelita grubego od kątnicy aż do zagięcia śledzionowego, ułożonego bardzo wysoko pod lewą przeponą, w którym znajdowała się przeszkoda w postaci guza. Zstępnicza i esica były nie zmienione. Jelita pokrywał nalot włóknikowy; w jamie brzusznej znaczna ilość ciemno-sinawego płynu, a na przedniej ścianie kątnicy rozpoczynała się rozległa martwica surowicówki. Ze względu na ciężki stan ogólny, wszyto zmienioną kątnicę w ranę, w której po kilku dniach powstała przetoka kałowa. Przebieg pooperacyjny gładki. Wypisany z oddziału w stanie dobrym z poleceniem zgłoszenia się celem wykonania zabiegu radykalnego. Przy powtórnym zjawieniu się na oddział w końcu 1936 r. wykonano operację zespolenia jelita biodrowego z początkową częścią esicy, gdyż zabieg radykalny był niewykonalny z powodu niemożności uruchomienia zagięcia śledzionowego, którego guz wraстал w otaczające tkanki. Zespolenie wykonano celem umożliwienia następowego zamknięcia odbytu kątniczego, co było bezwzględny m życzeniem chorego. Przebieg pooperacyjny gładki. Czynność zespolenia dobra. W 5-tym tygodniu po drugim zabiegu stan ogólny zaczął się szybko pogarszać. Chory skarżył się na bóle uciskowe pod lewym łukiem żebrowym. Poza nieznacznym wyniszczeniem, stanami podgorączkowymi, stałym przyspieszeniem tętna, innych zmian nie stwierdzono. W 6-tym tygodniu wystąpiło stale narastające podwyższenie ciepłoty do 39-ia, bóle pod lewym łukiem żebrowym wzmożyły się. W klatce piersiowej — stwierdzono, iż dolna granica lewego płuca jest wysoko ustawiona i nieuchoma, przy prawej normalnej, o ruchomości zachowanej. Osluchowo nad dolnym lewym płatem płucnym nieliczne drobnobańkowe rżęzenia wilgotne; prawe płuco bez zmian. Pod lewym łukiem żebrowym wyraźnie zaznaczony opór mięśniowy, żywo bolesny. Stłumienie śledzionowe powiększone. Odgłos opukowy nad jamą brzuszną bębenkowy. Po 5-ciu dniach, podczas których stan powyższy utrzymywał się bez zmian, wystąpiły nagle gwałtowne objawy rozlanego zapalenia otrzewny, które w ciągu kilkunastu godzin spowodowało zejście śmiertelne. Sekcja zwłok wykazała obecność ropnia podprzeponowego lewego, ograniczonego od tyłu i od zewnątrz przez powiększoną śle-

dzionę, od dołu i przodu przez okrężnicę, zrosniętą z dolnym biegunem śledziony, a od strony wewnętrznej i dolnej przez sieć. Ropień przerwał się przez sieć i spowodował rozlane zapalenie otrzewnej. Zagięcie śledzionowe było zwężone przez masy rakowate, zajmujące przestrzeń $\frac{8}{7}$ cm.; — grubość ściany jelita w tym miejscu wynosiła $2\frac{1}{2}$ cm.; ku górze ściana jelita była przeżarta.

Drugi przypadek dotyczy 32 l. kobiety, przyjętej 8. 2. 37 r.; chora podała, iż przed 7 tygodniami wytworzył się na plecach między lewą łopatką a kręgosłupem karbunkul, który pod wpływem leczenia zachowawczego otworzył się, wydzielając dużo ropy. W tydzień później powstał podobny karbunkul na przedniej powierzchni lewego uda. W ciągu 4-ch tygodni gorączkowała; wydalanie się ropy zmniejszało się, rany goiły się.

Przed trzema tygodniami nagły podskok temperatury do 40 stopni; zjawily się bóle w jamie brzusznej po stronie lewej i klucie w lewym boku. Nie kaszlała, nie pluła. Leczyła się środkami wewnętrznymi bez poprawy. Przed zapisaniem na oddział dokonano jakoby nakłucia opłucnej i wydobyto do $\frac{1}{4}$ litra ropy. Mocz i stolec oddaje prawidłowo. Rodziła 3 razy bez powikłań, nie ronila. Menses regul, co 4-ry tydzień po 3 — 4 dni, mierne, niebolesne. Obfite upławy. —

Stan obecny: Budowa prawidłowa, odżywienie liche. Skóra i śluzówki blade, z żółtawym odcieniem. Ciepłota 38,8, tętno 114, miarowe, słabo wypełnione. Nad lewą łopatką rana ziarninująca, owalna, $\frac{3}{6}$ cm. Na przedniej powierzchni lewego uda rana ropicjąca, o średn. ok. 5 — 6 cm., po przebytym karbunkule. Gruczoły chłonne nie powiększone. Płuca od tyłu po stronie prawej: dolna granica w X-m międzyżebżu, ruchoma; po stronie lewej: stłumienie od 8-go międzyżebża w dół; w linii pachowej lewej stłumienie rozpoczyna się w 9-y m międzyżebżu, a w linii środkowoobojczykowej lewej od 4-go międzyżebża w dół, zlewając się ze stłumieniem serca, zacierając jego lewą granicę. Drżenie głosowe bez zmian. Osluchowo wszędzie oddech pęcherzkowy zaostrozony, niesłyszalny zupełnie po stronie lewej od kąta łopatki w dół. Serce: uderzenie koniuszkowe w linii środkowo-obojczykowej w 4-y m międzyżebżu. Lewej granicy nie udaje się określić. Prawa nie przesunięta. Tętno miarowe, głuchawe, I szy ton z krótkim szmerem, II-gi ton kłapiący. Tętno 114, słabo napięte. Jama brzuszna: lewe podżebrze wypełnione więcej, niż prawe, bolesne z dotyku; oporu mięśniowego nie stwierdza się. Pod lewym łukiem żebrowym poprzeczny pas stłumienia szerokości ok. 4 cm. Śledziona powiększona, macalna i bolesna.

Wątroba powiększona, wystaje spod łuku żebrowego na $1\frac{1}{2}$ palca, o brzegu zaokrąglonym, nie bolesna. Lewy płat wątroby również powiększony. Poza tym w jamie brzusznej bez widocznych zmian. Per vaginam: lewe sklepienie węższe od prawego, wypełnione niewielkim bolesnym naciekiem; prawe wolne. Macica mała, ruchoma w przodozgięciu; szyjka poszarpana. Przydatki niemacalne.

Badanie moczu: c. gat. 1016, odczyn kwaśny, białk 0,66 pro mille. Urobilina i urobilinogen wzmożone, w osadzie walczki szkliste, 4—5 w p. w., ziarnistych 10—15; nabłonki płaskie i okrągłe w miernej ilości, 8—10 leukocytów i 4—6 krwinek czerw. wylugowanych w p. w. — Badanie krwi: cz. ciała. 2050000. Hb. 53%; I. — 1,3. —; białych ciałek 15.000; eozynochłonnych 0%; segmentowanych 74%; limfocytów 21%, monocytów 5%.

Rentgen: lewa przepona ustawiona wysoko, nieruchoma; miąższ płucny bez zmian; pod lewą przeponą duży ropień, którego dno znajduje się na poziomie L_1 .

Wobec powyższego 13/II wykonano operację w znieczuleniu miejscowym. Cięcie na wysokości 10 żebra od linii łopatkowej lewej do lewej linii pachowej tylnej. Warstwowo dotarto do żebra, wycięto 10 żebro na przestrzeni ok. 7 cm. Przysztyto przeponę (blaszkę zewnętrzną) do ściany klatki piersiowej, oddzielając w ten sposób od oplucnej. Punkcja przestrzeni podprzeponowej. Po ujawnieniu w strzykawce ropy nacięto wewnętrzną blaszkę przepony i dotarto do ropnia, z którego wylało się kilkadziesiąt cm. gęstej bezwonnej ropy. Widoczna duża jama ropnia odgraniczona była od góry przez przeponę, od zewnątrz, od tyłu i przodu przez ścianę brzusznią i klatkę piersiową. Od strony przyśrodkowej śledziona, przesunięta na wewnątrz i ku przodowi. Torebka śledziona miejscami złuszczone, pokryta ropiastymi nalotami.

Charakteru dna ropnia nie udało się określić. Jamę włożono pasami gazy, ranę kilkoma szwami zmniejszono.

Z ropnia wyhodowano gronkowiec złocisty hemolizujący; posiew ze krwi jałowy. — Przebieg pooperacyjny gorączkowy. Ropienie z rany obfite. Mimo dwukrotnej transfuzji krwi, leczenia miejscowego i ogólnego-anatoksyną, surowicą gronkowcową i t. d., stan się pogarszał; rana nie wykazywała tendencji do gojenia się; temp. utrzymywała się stale na wysokości 39° — 40° . — 23. III. 37 r. chora zmarła.

Sekcja zwłok wykazała znaczne stłuszczenie mięśnia sercowego i wątroby oraz ustaliła, że w skład ściany ropnia

od strony przysrodkowej wchodził lewy płat wątroby, zrośnięty ze śledzioną, a od dołu żołądek oraz górny biegun lewej nerki. Nadto jama Douglasa była w zrostach, a między zrostami nieco ropy. Prawe przydatki zmienione zapalnie, pokryte ropiastym nalotem.

EKSTRALIT

kąpiele

DEFUZOLIT

nacierania

OZONOLIT

kompresy

PAJERSKI

Z PIŚMIENICTWA — *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“.

From the Psychiatric Service
(Chief: M. Bornsztajn M. D.)

A Case of Pseudodementia Wernicke.

B Y

David Wdowiński M.D.

Author describes a case of pseudodementia Wernicke. A man, 42 years old, was two years ago sentenced to two years imprisonment being charged with illegal currency business. Some months after the imprisonment broke out a psychosis with all signs of pseudodementia Wernicke. The patient does know nothing, neither his name, dwelling place, age, profession, nor the name of the physicians, hospitals etc. To every question he answers: „I don't know“, „How can I know?“. That it is not a case of true dementia is proved by the absence of any organic changes in the nervous system, because it does not exist the form of such a deep dementia, even an organic one, where appear similar lacks of intellect, lack of memory and faculty of combination observed on our patient. If we remember besides that the affectation of the patient is depressive and he often weeps being alone or by the remembrance of his late father, and on the other side, it can not be question of a schizophrenic process, the patient's personality being not broken, but constituting only a further development of the psychopathic personality with intensification of the former character qualities — we must state that all the symptoms are psychogenic and we must explain them as an under — or halfconscious tendency to obtain personal advantage and above all to liberate himself from the rest of the sentence yet to be done by him. It is a typical case of „flight in the disease“.

Z oddziału psychiatrycznego szpitala na Czystem
(Ordynator: M. Bornsztajn).

Przypadek t.zw. pseudodemencji Wernicke'go

PODAŁ

D. Wdowiński

Asystent oddziału

Reakcja psychogeniczna występuje pod różnymi postaciami — jako psychasteniczna, hypochondryczna, — histeryczna w ściślejszym znaczeniu słowa, to znów w formie pomroczonego stanu Ganser'owskiego it.d. —

Jedną z postaci psychogenicznych reakcji jest t.zw. pseudodemencja Wernicke'go. Jak wszystkie tego typu reakcje psychiczne, tak i pseudodemencja Wernicke'go jest wyrazem jakiegoś mniej lub więcej wyraźnego celu, jest środkiem, za którego pomocą chory chce uniknąć albo wydostać się z przykrewnej sytuacji, czy w ogóle za pomocą choroby chce dla siebie coś zyskać. Innymi słowy, zespół chorobowy, znany pod postacią pseudodemencji Wernicke'go, jest ucieczką w chorobę w sensie Freuda. Przejściem patogenetycznym, mówiąc słowami Brauna, reakcji psychogenicznej, a więc i pseudodemencji Wernicke'go, jest taka sytuacja, która stwarza pragnienie choroby, dającej widoki uzyskania jakichś korzyści. Bodziec, wywołujący taką reakcję, nie musi być silny, raczej reakcja stoi w odwrotnej proporcji do bodźca, do przeżycia ją wywołującego. Na tym właśnie polega ta patologiczna reakcja, musi jej tylko ulec osobnik, specjalnie podatny do takiej reakcji. Słusznie podnosi Bornsztajn, że o intensywności reakcji stanowić będzie nie samo przeżycie afektywnie działające, ale t.zw. dyspozycja psychiczna, podłoże specyficzne, na które przecie to padnie.

Jeżeli z anamnezy chorego dowiemy się, że już w dzieciństwie i w wieku chłopięcym był skłonny do kłamstwa, drobnych kradzieży, lenistwa, włóczęgostwa, to zrozumiemy, że na podłożu takiej osobowości psychopatycznej mogą powstać reakcje psychorodne, epitymiczne. Oczywiście, że postać tej reakcji będzie w znacznym stopniu zależała od indywidualności psychopatycznej.

Bardzo charakterystyczny jest nasz przypadek, tyżący się 42-letniego mężczyzny M. Z.

Z wywiadów, uzyskanych od siostry, jak i od samego chorego, można ustalić, co następuje:

Już jako 10-letni chłopiec wykradał kolegom w szkole książki, które sprzedawał, za uzyskane zaś pieniądze kupował sobie cukierki. W wieku lat 12-u wykradł sąsiadowi woreczek z pieniędzmi i pierścionkami, ukrył go w ubikacji podwórka, na którym mieściła się boźnica. Ojciec, który go od razu podejrzewał o kradzież, zmusił go do zwrócenia woreczka prawowitemu właścicielowi. Zmatwiony postępowaniem chorego i nie mogąc ze względów socjalnych utrzymać go w szkole, ojciec przyjął nauczyciela do domu, żeby go uczyć i „wykirować na człowieka“. Ojciec był z nim nawet u lekarza cho-

rób nerwowych, bo podejrzewał w nim anomalię psychiczną. Wystarał się dla niego o pracę w fabryce zeszytów, ale już wkrótce po wstąpieniu do pracy, wysłany przez pracowników po śniadanie, więcej nie wraca, zostawia koszyk do śniadania pod drzwiami fabryki, a za pieniądze pracowników gra na loterii ulicznej, na której można było wygrać ciastka. Przerazony swym postępowaniem, ucieka do domu na Pragę. Zaczyna zarabiać, jako tragarz na kolejce, za zarobione pieniądze kupuje lakoce; ma wtedy lat 15. Było to w r. 1912, jak sam podaje, na kilka lat przed wojną. Chory, wspominając swoje dzieciństwo, często płacze, zwłaszcza kiedy mówi o ojcu i jego wysiłkach „zrobienia zeń człowieka“. Żałuje tego, co zaszło.

Z innych wypowiedzi chorego wynika, że handlował przed kilku laty fałszywymi brylantami i walutą, przyłapany został skazany na 2 lata więzienia, siedział jednak tylko kilka miesięcy. Niepodobna tylko ustalić, kiedy się rozpoczęły objawy psychotyczne: czy jeszcze w czasie śledztwa na Pawiaku, czy już w więzieniu mokotowskim.

Te wiadomości, uzyskane w znacznym stopniu od samego chorego, przebywającego w szpitalu od przeszło 1½ roku, z czego przeszło rok na klinice psychiatrycznej, były uzyskane dorywczo, w przystępach, że tak powiemy, szczerości chorego, epizodycznie, gdyż przeważnie chory odpowiada na wszystkie pytania „nie wiem“. „Skąd ja mogę wiedzieć“. Nawet nazwiska swego nie zna. „Przecież są moje papiery“ — odpowiada. Człowiek, który handlował walutą, wykonuje mnożenie 7×2 w ten sposób, że mnoży $7 \times 5 = 35$ i 14 i tu się zatrzymuje, mówiąc, że nie wie. Kiedy mu się jednak chwilę po tym zadaje mnożenie 2×7 , odpowiada natychmiast: 14. Po raz drugi na zadane 7×2 dokonywa dziwaczного obliczenia: $7 \times 10 = 70$, $7 \times 8 = 21$, $60 - 21 = 59$ i zatrzymuje się, a zapytany natychmiast po tym, ile jest 7×2 odpowiada od razu: 14. Zapytany, kto go odwiedza, odpowiada, że siostra Liba, po chwili dodaje, że nie wie na pewno, czy to siostra.

Z odpowiedzi widać, że chory doskonale się orientuje allopsychicznie, chociaż wprost nigdy nie odpowie np. na pytanie, gdzie się obecnie znajduje; tak samo nie odpowiada na pytanie, kim jest ordynator, chociaż zna jego nazwisko, natomiast nazywa go Panem Bogiem. Kiedy mówi podobne rzeczy, ma wyraz twarzy, który znamionuje, prawdopodobnie, półświadomą symulację. Pamięć rzeczy dawnych ma zupełnie dobrze zachowaną, mówi o swojej służbie w wojsku, o tym, że handlował walutą, że siedział w więzieniu. Ale nawet wtedy, kiedy można od chorego uzyskać jakieś informacje, rozmowa natratia bardzo często na trudności, stawiane przez chorego w postaci bądź braku odpowiedzi na pytania najprostsze,

bądź też odpowiedzi, dawanych po „głębszym“ jak gdyby namyśle, które od razu sprawiają wrażenie sztucznej niewiedzy, półświadomego czy świadomego zniekształcenia. Pytany np. podczas jednego z badań o miesiące w roku, robi swoją zwykłą zakłopotaną minę, jak gdyby szukał czegoś w pamięci i starał się zorientować w „trudnym“ pytaniu, po czym wymienia jako pierwszy miesiąc „maj“, kojarząc do tego ni stąd ni zowąd wyraz żydowski „umajn“, co znaczy „amen“, a dalej, że „maj“ wiąże się ściśle z „majn“, co po żydowsku znaczy „więcej“, bo „wtedy wszystko rośnie, kwitnie, wszystkiego jest więcej“. W czasie tego samego badania występuje groteskowa koncepcja, dotycząca jego własnej osoby: pytany, mianowicie, o nazwisko, nie daje odpowiedzi, wymienia tylko imię a nagabywany o nazwisko, odpowiada, że ono zniknęło, umarło. I tutaj zaczyna snuć dalej, w tym kierunku jakieś dziwactwa co do własnej osoby, że mianowicie nie jest sobą, że ciągle zmienia się, że występuje to zwłaszcza przy zasypianiu: jak tylko zasypia, to już jest inny; również kiedy wchodzi lub wychodzi, to nie jest już ten sam; z tego też wynika konsekwentnie, że nie mówił, ile ma lat, podając n. b. rok urodzenia i rok bieżący albo wiem—wobec tych ciągłych zmian jego osoby, chory ma tylko jeden dzień, do czego zresztą dogaduje się po dłuższych pertraktacjach na temat jego wieku.

Kiedy się zaś choremu daje do obliczenia na piśmie, ile ma lat w ten sposób, że chory pisze sam rok obecny, pod spodem rok urodzenia i przystępuje do obliczenia, po chwili zastanowienia rozpoczyna dodawanie tych cyfr, przy czym dodawanie samo wykonywane jest w sposób jaskrawo dziwny, śmieszny, tak że w rezultacie otrzymuje milionową liczbę zamiast tysiącznej. Chory, mówiąc lub wykonując tego rodzaju opatrzne rzeczy, ma zwykle minę na wół zdziwioną, na wół uśmiechniętą. Przez cały jednak czas wykazuje w afekcie swym pewien odcień depresyjny, chwilami ma oczy pełne łez, mówiąc o grzechach swoich, o tym, żeby mu Pan Bóg wybaczył, że wogóle już ma życia dosyć, prosi lekarzy o zastrzyk, który mu te życie skróci. Ten afekt depresyjny zwłaszcza wyraziście występuje — jak to już zresztą przy innej okazji wspomniano — kiedy mowa o ojcu chorego. Chory, który jakiegóż dnia, podczas godzinnego badania, na wszystkie, nawet najprostsze, pytania, jak imię, nazwisko, wiek, adres, zajęcie itd. odpowiada: nie wiem, rozkładając bezradnie ręce, staje się bardziej produktywny, i to z własnej inicjatywy, pobudzony do tego pytaniami, zwłaszcza dotyczącymi się zmarłego ojca. Ojciec odgrywa w tych produkcjach rolę naczelną: musi iść do ojca, na cmentarz i tam się dowiedzieć o swoje nazwisko, chce w ogóle pójść do niego, tj. umrzeć. Panu Bogu na

sądzie ostatecznym odpowie na pytanie, jak się nazywa. Dziś nie wie, czy on jest on; chciałby się dowiedzieć, czy ojciec życzy sobie go mieć przy sobie; jeżeli jest miejsce obok ojca, to dobrze. Mówiąc o tym, często płacze rzewnymi łzami. Jednocześnie, kiedy chwyta się go na jakiejś niekonsekwencji, chory uśmiecha się przez chwilę po to, aby po chwili na nowo bajdurzyć na te same tematy. Przez cały czas godzinnego badania nie uzyskuje się od chorego ani jednej realnej odpowiedzi na żadne pytanie. Wszystko realne omijane jest przez „nie wiem“, bądź też zastępowane przez owe rozmyślania na temat ojca, śmierci itp. Szereg przedmiotów, pokazywanych choremu, jak zegarek, zapalki, okulary, wywołują u chorego zwykle „nie wiem“ po uważnym pozornie przyglądaniu się im; ale w chwilę później doskonale rozpoznaje — wprawdzie po pewnym wahaniu — pieniądze i zlicza je prawidłowo. Chory z własnej inicjatywy oświadcza, że przyjemnie jest rozmawiać z ludźmi, którzy mają zdrowe myśli i pyta badającego, co z nim będzie. Niekiedy, po wielokrotnych nagabywaniach w związku z jakimś najprostszym pytaniem, chory oświadcza, że nie jest z myślami w porządku. Prosi, ażeby przedłużyć jego pobyt w gabinecie lekarskim; kiedy badający oświadcza, że zgadza się na to, ale pod warunkiem, aby natychmiast powiedział, jak się nazywa i gdzie mieszka, chory warunkowi tego nie dopełnia i zachowuje się w dalszym ciągu, jak poprzednio; nawet groźba odesłania go do więzienia celem odsiedzenia wyroku, nie osiąga pożądanego efektu.

Trzeba podkreślić, że chory przez cały czas 1½-letniego pobytu w szpitalu nie wypowiada żadnych urojeń, a nie ma też żadnych danych na istnienie omamów.

W narządach wewnętrznych ani w układzie nerwowym nie stwierdza się klinicznych odchyień od normy. Wass. we krwiujemny. Typ budowy ciała raczej leptosomiczny.

Na podstawie przebiegu i obrazu klinicznego, który trwa z bardzo małymi zmianami już od 1½ roku, a rozpoczął się w okresie więziennym, dochodzimy do wniosku, że mamy do czynienia w przypadku podanym z reakcją psychogeniczną u osobnika o konstytucji wybitnie psychopatycznej, z reakcją, która najbardziej zbliżona jest do postaci, opisywanej przez Wernicke'go, jako pseudodemencja.

Nie będziemy dłużej uzasadniali tezy, że otępienie, z którym mamy tu do czynienia, nie jest realne, istotne, ale tylko rzekome. Wskazemy tylko na to, że chory nie może być pomówiony o otępienie afektywne, skoro dość często wybucha płaczem, bądź

wtedy, gdy jest sam, bądź też, kiedy rozmowa dotyczy nieżyjącego ojca, który — jak sam mówi — chciał „z niego zrobić człowieka“, a chory zawiódł pokładane w nim nadzieje. Należy dodać, że w układzie nerwowym nie stwierdza się żadnych odchyień od normy, któreby wskazywały na jakieś cierpienie organiczne, że zresztą niema postaci otępienia, nawet organicznego, gdzie występowałyby podobne ubytki inteligencji, braku pamięci i braku zdolności kombinacyjnej, jakie demonstruje półświadomie nasz chory. Należy jeszcze dla ścisłości podkreślić jedno: nie może być tu mowy o procesie schizofrenicznym, albowiem osobowość chorego nie uległa załamaniu się, ale stanowi dziś jedynie obraz rozwoju osobowości psychopatycznej, z nasileniem tych cech, które ją charakteryzowały poprzednio. Jest to więc — zgodnie z terminologią Jaspers'owską — nie proces schizofreniczny, ale rozwój osobowości, której cechy psychopatyczne, wskutek przeżyć chorego, nasiliły się i dały obraz reaktywnej psychozy sytuacyjnej.

Słowem, wszystkie objawy należy złożyć na karb psychogeniczności i wytłumaczyć je sobie, jako wyraz dążenia podświadomego lub półświadomego do wykazania swego „otępienia“ w celu osiągnięcia osobistych korzyści, a przede wszystkim zwolnienia z reszty wyroku sądowego, który wypada mu jeszcze odsiedzieć w więzieniu.

Tak zwana — ucieczka w chorobę — znajduje w tym przypadku swój wyraz najdoskonalszy.

From the I Department of Surgery, Municipal Hospital, Warsaw - Czyste
(Director A. Wertheim M. D.)

A case of spontaneous healing of severe tuberculous peritonitis.

Henry Roter M. D.

S u m m a r y.

X. Y. a man aged 57 years, was admitted to the ward with a tumour in the region of the right annulus inguinalis subcutaneus. This tumour was detected several months before at the site of an old, longstanding hernia.

He was admitted for the first time $11\frac{1}{2}$ years before, at what time general emaciation and ascites were found, as well as a tumour of the abdomen, palpable through the wall of the cavum Douglasi. He was discharged, without operation.

In the course of time his state has begun to ameliorate. After six months the patient has returned to his occupation.

On the operation a hernia was found, the internal wall of which was covered with islets of tuberculous granulation. To the inferior pole of the hernia was attached a firm elastic, egg-sized tumour. The capsule of the tumour presented histologically the features of tuberculous granulation. Inside the tumour contained a thick jellyform mass.

The author explains the pathogenesis of this tumour in the manner that the hernial sack separated itself from the cavum peritonei, which was the site of a tuberculous process. In the separated sack spontaneous healing has occurred which led to scar formation and thickening of the capsule. The jellyform content was the result of biochemical transformations in the tuberculous exudate.

The author emphasizes that tuberculosis of peritoneum is infrequent after the age of 40. Healing is very rare, and tumour formation may cause diagnostical errors.

Z oddziału I Chirurgicznego
(Ordynator: A. Wertheim).

Przyczynek do samowyleczenia ciężkiej postaci gruźlicy otrzewnej.

PODAŁ

H. Roter.

Chory J. K., lat 57, zgłosił się powtórnie do oddziału dn. 12.XII.58 r., celem poddania się operacji przepukliny.

Po raz pierwszy przebywał na oddz. od 6.V do 27.V.57r. Przybył wówczas z powodu znacznego wyniszczenia i spadku wagi ze skargami na stałe wzdęcie brzucha, bóle kurczowe, odbijania oraz zaparcia na przemian z biegunkami. Podczas badania wyczuwano się przez ścianę zatoki Douglasa niewyraźnie odgraniczony guz w jamie brzusznej, wodobrzusze oraz wolną przepuklinę pachwinową prawostronną. Ze względu na to, że stan ogólny chorego był wybitnie upośledzony, został on wypisany, jako nie nadający się do zabiegu operacyjnego.

Po wypisaniu ze Szpitala chory leżał w łóżku przez pół roku, po czym stan jego zaczął się poprawiać. Dolegliwości brzuszne ustępowały powoli, wzdęcie brzucha zmniejszyło się, chory wracał do sił. Od pół roku pracuje.

Obecnie skarży się na uczucie ciężaru i „ciągnięcia” w prawej pachwinie i mosznie, gdzie wyczuwa w miejscu starej, odprowadzalnej, przepukliny, twardego guza. Stolce ma co dzień, niekiedy po spożyciu niektórych pokarmów (np. mleka) biegunki. Mocz oddaje prawidłowo. Dużo kaszle, odpluwa gęstą, żółtą płwocinę. — Przebył przed 35 laty rzęzączkę. — Pali do 30 papierosów dziennie.

St a n o b e c n y: Chory wzrostu wyżej średniego, budowy prawidłowej; odżywienie skąpe. Skóra bladawa, sucha, normalnie ciepła. Gruczoły limfatyczne pachwinowe w pakietach, niebolesne. Zrenice równe, wąskie, reagują prawidłowo na światło i nastawienie. Wargi sinawe. Język wilgotny, obłożony brunatnym nalotem. Gardziel i łuki podniebienia zaczerwienione, migdałki małe. Duże braki uzębienia.

Klatka piersiowa długa, międzyżebrowa szerokie, kąt międzyżebrowy ostry. Dolki nad- i podobojczykowe zaznaczone wyraźnie. Granice płuc od tyłu na XI-ym żebrze, ruchome na I palec. Opuk na całej przestrzeni płuc jawny, w dole z od-

cieniem bębenkowym. Drzenie głosowe niezmienione. Osłuchowo stwierdza się liczne świsty i furczenia, od tyłu poniżej kątów łopatek nieliczne dźwięczne drobnobańkowe rżężenia. Serce: od przodu częściowo przykryte przez płuca, akcja serca miarowa, 84 min, tony głuchawe. Tętno 84 min., prawidłowo napięte. Ciśnienie krwi 140/95 mm Hg.—Brzuch płaski, nieco poniżej poziomu klatki piersiowej, oddechow dobrze ruchomy. Wypuk bębenkowy. Wątroby i śledziony nie wymacuje się u łuków żebrowych. Wstrząsanie okolic ledźwi — niebolesne.

Ponad prawym więz. Pouparta, w miejscu, odpowiadającym ujściu zewnętrznemu kanału pachwinowego, wymacuje się pod skórą (w pozycji leżącej chorego) twór, kształtu i wielkości jaja gęsiego, b. nieznacznie ruchomy, gładki, konsystencji zbitej, niebolesny. W pozycji stojącej chorego guz ten b. nieznacznie opada. Worek mosznowy zawiera 2 jądra, prawe jest nieco podciągnięte.

Per rectum: Gruczoł krokowy nie powiększony; poza tym nigdzie nie stwierdza się oporu.

Badania laboratoryjne. 1. Mocz — chem. składników patol. nie wykryto. W osadzie — nabłonki płaskie i nieliczne leukocyty.

2. Kału — próba benzydyn. — słabo dodatnia.

3. Płwociny — prątków Kocha, ani włókien sprężystych nie wykazano.

4. Odcz. WR we krwi — ujemny.

Rozpoznano guz niewiadomego pochodzenia w okolicy kanału pachwinowego: chorego zakwalifikowano do operacji i podawano, celem poprawienia stanu ogólnego, w ciągu kilku dni cardiaca oraz expectorantia.

Operacja (dn. 16.XII.38 r.) w znieczuleniu miejscowym polekainą $\frac{1}{2}\%$ z dodatkiem adrenaliny $\frac{1}{1000}$. Cięcie, równoległe do więz. Pouparta, rozcięcie powięzi m. skośnego zewn. brzucha i otwarcie kanału pachwinowego. Stwierdzono obecność worka przepuklinowego i guza, zrosniętego z dolnym biegunem przepukliny. Po oddzieleniu powrózka i wyseparowaniu ścian worka — otwarto go i stwierdzono w jego świetle obecność cypla sieci, brunatno-zółtej, przyrośniętej do obrączki wewn! oraz do ściany worka w miejscu przyczepienia guza. Wewnętrzna ściana worka oraz cypel sieci usiane szklisto-szarymi nalotami, wielkości od główki szpilki do ziarnka prosa. Worek przepukliny odcięto wraz z przyczepionym guzem, sieć zwolniono i odprowadzono do j. brzusznej, kikut worka podkłuto i zamknięto, kanał zamknięto sposobem Girarda; klamerki na skórę; opatrunek.

Usunięty guz przedstawiał się makroskopowo w kształcie tworzywa jajowatego, sino-czerwonego, gładkiego, lśniącego; był elastyczny. Na przekroju widać, że guz objęty jest torebką, szerszą na biegunie obwodowym, ścięszczającą się w kierunku bieguna dośrodkowego, a w środku jest wypełniony masą galaretowatą. Mikroskopowo stwierdzono w torebce budowę charakterystyczną dla ziarniny gruczliczej, wewnątrz guza zaś tkankę galaretowatą.

W przebiegu pooperacyjnym wystąpiło zaostrzenie sprawy płucnej w postaci bronchiolitis, które opanowano za pomocą wstrzykiwań camphochiny, własnej krwi oraz podawania środków nasercowych i wykrztuśnych. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Chory został wypisany dn. 29.XII.1938 r. w stanie dobrym.

Schorzenia otrzewnej o etiologii gruczliczej, chociaż znane oddawna, nierzadko i obecnie są opisywane na łamach prasy lekarskiej. Ogłoszone prace nie tylko rozszerzają nasze wiadomości o zasięgu tych schorzeń, ale coraz bardziej zwracają uwagę na bogate własności wytwórcze tej błony surowiczej i ich znaczenie dla przebiegu jej schorzeń. Uwydatnia się to również i w wyż. opisanym przypadku, gdzie, jak nas poucza zarówno anamneza, badanie kliniczne oraz obraz operacyjny wraz z badaniem histologicznym, miało się niewątpliwie do czynienia z rozlaną sprawą gruczliczą całej otrzewnej. Szukając wyjaśnienia dla mechanizmu powstania zbitego guza w omawianym przypadku, uciec się należy do wiadomości o gruczlicy otrzewnej, która inoże przebiegać w 3-ch odmianach, nie dających się jednak ściśle od siebie oddzielić. Wg podziału autorów niem. rozróżniamy postać 1-o) surowiczo-wysiękową, 2-o) postać suchą, z charakterystycznym powstawaniem zrostów, prowadzących często do zlepiania pętli jelitowych ze sobą w jeden duży kłęb, nie dający się zupełnie rozdzielić i 3-o) postać serowaciejącą, w której tworzą się rozpady nacieków, ropnie gruczlicze, guzy serowate, prowadzące do perforacji i zniszczenia, zależnie naturalnie od narządów, które zostały wciągnięte w grę. Przedstawione postaci stanowią właściwie nie oddzielne jednostki, lecz różne fazy rozwojowe tego samego schorzenia, którym jest gruczlica otrzewnej. Dlatego najczęściej widuje się formy, w których łatwo dopatrzeć się elementów pierwszej i drugiej, względnie trzeciej postaci, a więc obecność wysięku i zrostów i serowatych gruczolów.

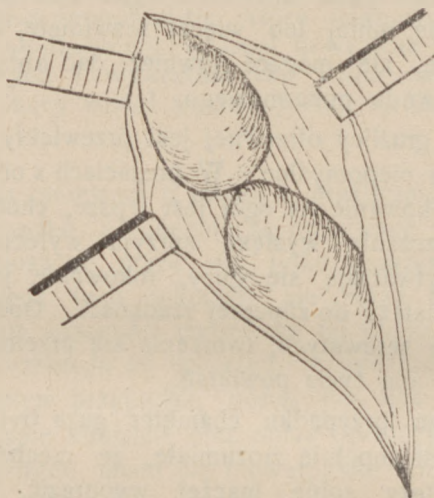
Na tym jednak nie wyczerpują się odmiany schorzenia gruźliczego otrzewnej. Świeżej daty prace Wilmoth'a i Patela (1931) oraz Leibovici i Jovanovitsch'a (r. 1938) starają się wykazać, że podana już dawniej przez Niemców postać przewlekłego plastycznego zapalenia otrzewnej pod nazwą „einkapselnde peritonitis“ (franc. péritonite encapsulente) też stoi w niewątpliwym związku z ustrojem gruźliczym. W tej postaci wytwarza się jakgdyby torba o ścianie gładkiej, lśniącej, zawierająca w swym wnętrzu wszystkie pętle jelita cienkiego. I tu spotyka się postaci wczesne i późne, mniej lub więcej rozwinięte, dające klinicznie objawy banalne, ale mogące również dać obraz zupełnej niedrożności przewodu pokarmowego.

Przebieg gruźlicy otrzewnej jest przewlekły, ale zejście jednak najczęściej niepomyślne. W postaciach z obfitym zbieraniem się wysięku rokowanie na ogół jest lepsze, chociaż dziwne jest to, że wypuszczenie wysięku sprzyja wyleczeniu. Natomiast wtedy, gdy wytwarzają się guzy, rokowanie jest zupełnie złe, a wyleczenie należy do zupełnej rzadkości. Dochodzi bowiem do rozpadu guzów serowatych, tworzenia się przetok, perforacji i innych groźnych dla życia powikłań.

W danym przypadku charakter guza był jednak zupełnie odmienny, i jest zupełnie zrozumiałe, że mechanizm jego tworzenia się należy sobie inaczej wyobrazić. Prawdopodobnie w obrębie istniejącej już dawno przepukliny toczyła się sprawa gruźlicza, równoległe i jednocześnie z taką sprawą w całej otrzewnej ściennej, a na skutek powstałego złe pudokoła obrączki wewnętrznej nastąpiło oddzielenie od dużej jamy otrzewnej (peritonit. saccata w zakresie przepukliny). Wraz z poprawą ogólnego stanu doszło tu do samowyleczenia, które doprowadziło do zbliźnowienia ścian worka, czyli naturalnych otoczek przepukliny pierwotnej. Zmiany biochemiczne w wysięku, przejście jego białek ze stanu koloidowego solu, w stan żelu (być może przy współdziałaniu wciągniętego cypla sieci i pod wpływem stałego urażania przepukliny?), dało w rezultacie masę galaretowatą, wypełniającą wnętrze dawnego worka przepuklinowego, a obecnie już guza. W następstwie, skutkiem pociągania przez ten guz, tworzy się postępująca za guzem przepuklina.

Wyjaśnienie jest proste, ale jednak sprawa zasługuje na podkreślenie ze względu na to, że sprawy gruźlicze otrzewnej są

par excellence chorobą wieku młodego. Wg zgodnych statystyk około 50% wszystkich przypadków dotyczy wieku między 2—6 rokiem życia, około 30% między 6—14 r. życia, a powyżej lat 40 jest ona niezwykle rzadką. W tym wieku chorego może ona być powodem pomyłek rozpoznawczych, albowiem,—sposrzegając guz rosnący od paru miesięcy, u osób starszych,—myślimy przede wszystkim o nowotworze.



Obraz po otwarciu kanału pachwinowego.

P I Ś M I E N N I C T W O .

Kirschner, Nordman. Die chirurgie, tom VI. *Klemperer.* Deutsche Klinik, tom VIII. *Willmotb, Patel.* Journal de Chirurgie, 1931. *Leibovici, Jovanovitch.* Rev. de Chirurgie, 1938.



W schorzeniach hormonalnych niezawodnie wyniki w codziennej praktyce lekarskiej dają przetwory marki „RICHTER“:

Glandofolin - ściśle standaryzowany żeński hormon płciowy.
tabl. inj.

Glanduantin - biologicznie mianowany hormon gonadotropowy.
inj.

Haemostop - działa niezawodnie przy wszelkich krwawieniach macicznych, powstałych na tle wewnątrzwydzielniczych zaburzeń inj.

Ciałko żółte - przetwory w tabl i inj.

Fabryka Chem.-Farm. GEDEON RICHTER
Warszawa, Młocińska 9.

From the Department of Physical Therapy
(Director: J. Rotstadt M. D.)

Ischias as an endocrinal-vegetal prolem.

B Y

Leon Lipszowicz.

In the cases of ischias, related by the author, the illness is connected with the lack or weakness of sexual glands action.

In the above cases an extreme sensibility of arteria femoralis was observed, when pressed with fingers, as well as walls callosity and increased pulsation in the ill side. Besides the same pressure (till pulsation in arteria dorsalis dwindles away) causes several sensations, as shudder, stiffness, electric current and sometimes pains in the ill part of nervus ischiadicus. The healthy part of the body does not show such symptoms which do not appear in the following maladies too: sclerosis multiplex, syringomyelia, tabes dorsalis etc.

Author maintains the appliancation of organs preparations and remedies of a direct influence on the vegetal system aise necessary, as well as a suitable modified physic therapy.

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

Ischias — jako zagadnienie dokrewno-roślinne.

(Doniesienie tymczasowe)

PODAŁ

Leon Lipszowicz.

Badania nasze nad rwą kulszową, prowadzone od maja 1938 r. na oddziale fizykalnej terapii, ujawniły niektóre interesujące dane, z których przytoczymy tu następujące.

1. Początek, względnie nawrót — (częstokroć uporczywych bólów ischialgicznych) — przypada w pokaźnym odsetku przypadków u osób płci żeńskiej (do 20% naszych spostrzeżeń) na okres zanikania czynności jajników, ściślej mówiąc — ustania periodów — bądź w następstwie przekwitania, — bądź przemijającej

dłuższej przerwy w miesiączkowaniu u osób przeważnie młodych, bądź wreszcie na skutek ciąży (w pierwszych jej miesiącach).

2. Za związkami przyczynowymi zaniku periodów, a wystąpieniem bólów kulszowych, przemawiają przede wszystkim te przypadki, w których po pewnej przerwie zjawiają się ponownie regularne miesiączki. — Tak więc w jednym przypadku u 46-letniej P. Str..., z wybitnymi zmianami w budowie kośćca, — jakaniem, brak periodu utrzymywał się w ciągu 6 ciu miesięcy; przez ten czas trwały uporczywe bóle na przebiegu prawego nerwu kulszowego. Gdy po przerwie wystąpiło na nowo regularne miesiączkowanie, bóle kulszowe samoistnie ustąpiły. Rzecz tu ciekawa, że równocześnie z bóiami kulszowymi chora odczuwać zaczęła również bóle w klatce piersiowej i prawym barku; te jednak przetrwały pierwszy okres wznowienia regularnego miesiączkowania i nadal nie ustępowały.

W drugim przypadku (u 30-letniej An. Bog...) przed wybuchem rwy kulszowej wystąpiło skrzywienie kręgosłupa, ból zaś rozpoczął się wraz z przerwą w miesiączkowaniu. Rwa znikła tu dopiero po roku, kiedy nastąpiła restytucja periodów.

W 3-cim przypadku (Sz. Bur..., lat 33) bóle kulszowe lewostronne wznowiły się po 4-letniej przerwie na krótko przed zahamowaniem (utrata całkowitą?) periodów, a objęły też nogę prawą, — co w t. zw. samoistnej rwy kulszowej stanowi okoliczność niezwykłą. (Zjawisko dwustronności rwy kulszowej postrzegaliśmy z rzadka i w innych przypadkach).

W 4-tym przypadku (Henr. Mus..., l. 36) przemijające zahamowanie periodu wystąpiło po upływie dwóch miesięcy od naświetlań rentgenowskich (stosowanych tu obok innych zabiegów: diatermii, parówek elektr.) z powodu rwy kulszowej prawostronnej, na którą cierpiała przed dwoma laty. W czasie 3-miesięcznej przerwy w miesiączkowaniu nie odczuwała żadnych dolegliwości; obecny zaś 2-gi epizod bólowy w tejże kończynie wystąpił po upływie roku od czasu zaburzeń w miesiączkowaniu.

Z przypadku tego wyciągnąć należy wniosek, który, zresztą, a priori już się narzucał, że samo zahamowanie periodu, nawet przy skłonności do nawrotów rwy kulszowej, samo nie wystarcza jednak do sprowokowania tego cierpienia, że zatem konieczny jest tu współudział jeszcze innych składników patogenetycznych.

b) W przypadku rwy kulszowej z ciążą Genow. Dud., l. 32) ból kulszowy wystąpił na 3 miesiące przed nią, od czasu ciąży nasilił się znacznie i zajął jeszcze większy — niż dotąd — obszar. Przed 6-ciu laty chora przechodziła zakażenie popołożowe; po przebyciu jego wystąpiły napadowe uderzenia krwi do twarzy, bicie serca, omdlenia i t.d. —

Wydało nam się, że odpowiednikiem wymienionych zaburzeń w sferze płciowej u kobiet jest do pewnego stopnia osłabienie potencji u mężczyzny, objawiające się w różnym wieku. Spozstrzegaliśmy dwa przypadki uporczywej rwy kulszowej u mężczyzny ze znacznym osłabieniem potencji (Kaz. As., l. 46 oraz H. Skat., l. 37). Osłabienie potencji stwierdzono na krótko przed wystąpieniem bólów kulszowych.

2. W przeważającej liczbie wymienionych powyżej przypadków stwierdziliśmy przy ucisku palcem na tętnicę udową (po str. cierpienia) wybitną jej tkliwość i bolesność. Ponadto w macaniu tej tętnicy palcami wyczuwało się napięcie jej ścian oraz silniejsze tętnienie naczynia. Objawy te, okresowo silniej — względnie słabiej — zaznaczone, występowały wielokrotnie w badaniu, przy czym zabiegach ipertermiczne nie miały na nie wpływu.

Ucisk w powyższych warunkach na tętnicę (aż do zamknięcia tętna w art. dorsalis pedis) pociągał za sobą w krótkim czasie sensacje w obrębie kończyny dolnej, a to zawsze na przebiegu n. kulszowego — bądź w postaci drętwienia — mrowienia, przenikania prądu elektrycznego, bądź też tępego bólu. Najwybitniej sensacje te występowały w tym odcinku nerwu kulszowego, który był też siedliskiem najintensywniejszych samoistnych bólów napadowych, jak w okolicy zewnętrznej kostki, pasa pośrodkowego pośladka i t.d.. Po stronie kontrolnej (zdrowej) ucisk sensacji nie powodował.

Poza przytoczonymi już przypadkami podobne objawy obserwowaliśmy w 2-ch jeszcze przypadkach: 43-letniego dra A. P. (uporczywy, wieloletni *ischias* okresowo powtarzający się na przemian — to w lewej, to w prawej kończynie, ze zniesieniem odruchu Achillesa po jednej stronie, oraz wzmocnieniem tegoż odruchu po drugiej) — oraz u 30-letniej Mar. Kł. (zaburzenia naczynioruchowe w okresie miesiączki).

Od dawna już zauważono, że zarówno okres klimakteryczny, jak i ciąża — stanowią często podłoże naczynioruchowej nerwicy

kończyn (akroparestezji), posiadającej z *ischias* (wyłączając na ogół umiejscowienie) wiele punktów wspólnych. — Na wybitną tkliwość pni naczyńniowych — (jak aorty, a. carotis, a. brachialis, a. femoralis, a. poplitea) w tzw. wazalgiach klimakterycznych (wszelako tylko podczas napadów bólów, względnie parestezji) — zwrócił uwagę *Wiesel* — Według spostrzeżeń tegoż autora, w czasie parcia krwi do głowy — tętnice szyjne oraz skroniowe ulegają stale twardnieniu, wykazując też silniejsze tętnienie.

Na podstawie naszych spostrzeżeń mogliśmy stwierdzić w pewnej liczbie przypadków udział zaburzeń układu dokrewnego w patogenezie bólów kulszowych. Okoliczność, że ucisk na tętnicę udową, zdradzającą wzmoczoną wrażliwość, powoduje już parestezje w obrębie n. kulszowego, świadczy o patologicznym węźle, jaki wytworzył się między nimi, w szczególności między drobnymi rozgałęzieniami tętnicy (łącznie z odnośnym aparatem roślinnym) a schorzałym odcinkiem nerwu kulszowego. — Należy zauważyć, że opisana wyżej próba ucisku na tętnicę udową wypadła ujemnie nie tylko w znakomitej większości przypadków *ischiasu*, wolnych od zaburzeń w sferze płciowej, ale ponad to jeszcze i w całym szeregu innych cierpień, przebiegających z parestezjami, wzgl. bólami, jak stwardnienie rozsiane, jamistość rdzenia, wiąd rdzenia, chromanie przestankowe jak i w przypadku z zanikiem tętna w art. femoralis, a. dorsalis pedis, z owrzodzeniem na podudziu; objawy chromania przestankowego wyprzedził tu krótki epizod bólowy na przebiegu n. kulszowego) i in. —

O wpływie zaniku periodów na cierpienie nerwu obwodowego mogliśmy się jeszcze przekonać w przypadku zastarzałego niedowładu nerwu twarzowego (w następstwie operacji radykalnej ucha) u osoby infantylnej, u której postać porażenia z niedoczulicą twarzy przeobraziła się w czasie wczesnej ciąży w postać przeczulicową (przypadek będzie szczegółowo opisany oddzielnie).

Udział układu dokrewnego w patogenezie *ischias'u* uzasadnia stosowanie w cierpieniu tym preparatów gruczołowych, hormonalnych — jako też innych, wywierających działanie na układ roślinno-dokrewny. Dotąd rozpoczęliśmy próby, z (uprzejmie dostarczonymi nam) następującymi preparatami: Ovarium-Panhor-

mon. Extr. aqu. gland. pituitariae, pars post. („Laokoon“), Neopancarpin (Nasierowski), Ephedrosan (Spiess), Astmolin (Klawe).

Terapia fizykalna, wspomagana przez organo- wzgl.—hormo-
noterapię, winna, naszym zdaniem, poza schorząłą kończyną —
objąć i cały organizm, dążąc do zmian w czynności całego
układu nerwowego na korzyść dotkniętego n. kulszowego.

Odnośne próby w toku.



Leciferrina

Ovolecithina z żelazem

Znany środek odżywczy
i wzmacniający

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

Flakon $\frac{1}{2}$ ca. 500,0 zł. 4 70
" $\frac{1}{2}$ " 250,0 " 2 70

Literatura i próby
na żądanie WPP. Lekarzy

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

Department of Pathological Anatomy.
(Chief: M. Pionskier M. D.).

On the value of the new modification of the Aschheim-Zondek test by T. and D. Walker.

B Y

Julian Dobroczyń and Paweł Cienki.

In The Journal of the American Medical Association 1938. VIII No. 16 we find a description of the modification of the Aschheim-Zondek test by Thomas F. Walker and Dora V. H. Walker. They prove, that if young female white rats are used — this test may be completed within thirty hours.

We applied this method in 80 cases of pregnancy, in which the Friedman test was positive. Haemorrhagic follicles in rats were not observed in any of these cases.

Subsequently this new modification seems to be of no value, judging by the tests on our white rats.

As a rule rats do not react strongly to Prolan B. — but the reaction is better to Prolan A.

Other suppositions regarding the negative results of this method and the question of the difference in the reaction to Prolan B in various animals are further discussed in this paper.

Z oddz. anatomopatologicznego.
(Kierownik: M. Płoński).

O wartości nowego odczynu ciążowego Tomasza i Dory Walker.

PGDALI

Julian Dobroczyń i Paweł Cienki.

Zagadnienie swoistych odczynów na wczesne okresy ciąży zajmuje wiele miejsca w naukach lekarskich w ostatnim dziesięcioleciu. Od chwili zastąpienia odczynów chemicznych próbami biologicznymi zaznacza się wyraźnie postęp w nauce o wydzielaniu wewnętrznym nie tylko gruczołów płciowych, ale i przysadki oraz związanych z nią innych gruczołów wkrewnych. Tak naprz.

w związku z doskonaleniem tych prób. udaje się już różnicowanie niektórych schorzeń układu wkrewnego oraz nowotworów przysadki i narządów płciowych.

W szczególności, jeżeli idzie o klinikę położniczo-ginekologiczną, to tutaj odczyn biologiczny na prolany ma znaczenie bardzo doniosłe. Odczyny te są niezastąpione we wszystkich przypadkach, kiedy zależy na wczesnym rozpoznaniu ciąży, kiedy istnieje przypuszczenie ciąży pozamacicznej, kiedy po porodzie lub poronieniu, pomimo doszczętnego usunięcia resztek jaja płodowego, następują objawy, świadczące o narastaniu polipa łożyskowego. Wreszcie odczyny te dają lekarzowi cenne wskazówki, co do stanu sprawy, po usunięciu zaślaniadu groniastego lub operacji nabłoniaka kosmówkowego.

Od wyniku odczynów zależy dalsze postępowanie lekarza. Toteż pierwszym warunkiem, jakiemu powinny odpowiadać próby biologiczne na ciążę, jest ich pewność.

Dotychczas istnieją tylko dwa testy biologiczne, które w 98¹/₂—99% przypadków dają wyniki zupełnie pewne.

Pierwszym jest odczyn *A s c h h e i m a - Z o n d e k a*, wykonywany na niedojrzałych płciowo myszkach, drugim odczyn *F r i e d m a n a* na niedojrzałych królicach.

Wykonywanie oryginalnego odczynu *A - Z*. jest z wielu względów niedogodne: przede wszystkim wymaga dużej i starannie prowadzonej hodowli myszek, które nie zawsze znajdują się w odpowiedniej ilości na rynku manipulacja z myszami (6-krotne strzykanie 5-u myszek) jest bardzo kłopotliwa; ujemną stroną tego odczynu — w zestawieniu z odczynem *F r i e d m a n a* — jest wreszcie możliwość odczytywania wyników dopiero po 100 godz.

Odczyn *F r i e d m a n a* jest znacznie dogodniejszy: wynik odczytuje się już po 48 godzinach, sposób zastrzyku jest bardziej wygodny, zastrzyk moczu jest jednorazowy oraz, co najważniejsze, króle łatwiej reagują na prolan *B* niż myszy. Jednakże przechowywanie królic sprawia dużo kłopotu.

Na uwagę zasługuje nowy odczyn, podany przez *T. F. Walker* i *D. V. H. Walker*, wykonywany na białych szczurkach. (*The Journal of the American Medical Association*. Volume III. N. 16, october 15-1938).

Do doświadczeń autorzy używali samice szczurze, w wieku od 30—45 dni. Zwierzętom wstrzykiwano półtora cm moczu pod-

skórnice, 3 razy w ciągu jednego dnia, i zabijano je po 30 godzinach od chwili pierwszego zastrzyku.

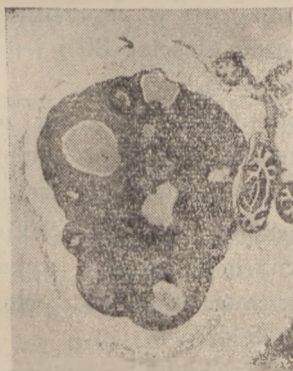
Autorzy wykouali swój odczyn w 153 przypadkach. Szczurom kontrolnym wstrzykiwano 2 razy dziennie, przez 3 dni, po 1½ cm moczu podskórnice i zabijano je po 5 dniach. Wyniki były takie same.

U wszystkich szczurów, jak podają autorzy, stwierdzono jajniki powiększone, przekrwione i zawierające dla gołego oka widoczne ciała krwotoczne.

Odczyn taki rzeczywiście miałby wielkie zalety. Przede wszystkim ze względu na łatwość otrzymywania i przechowywania szczurów, oraz ze względu na prostą manipulację i szybkość występowania odczynów.

Zachęteni powyższymi zaletami nowego odczynu, przystąpiliśmy do sprawdzenia jego istotnej wartości.

W tym celu zbadano ogółem 80 przypadków, stosując się ściśle do wskazań autorów. Badano tylko mocze dodatnie, sprawdzone uprzednio metodą *Friedmana* na królach. Z badań, wykonanych tą metodą ani w jednym przypadku nie otrzymano opisanych zmian w jajnikach. Zmiany były tylko częściowe, a mianowicie -- przekrwienie jajnika i dojrzewanie pęcherzyków



1. Mikrofot. jajnika szczura po zastrzyknięciu moczu ciężarnej sposobem Walkerów. Widać powiększone pęcherzyki Graafa i ciała żółte. Brak punktów krwotocznych.

G r a a f a. Punktów krwotocznych, widocznych gołym okiem, nie stwierdzono. W celu ściślejszej kontroli badano mikroskopowo w skrawkach seryjnych jajniki szczurów, wziętych do odczynów.

Pod mikroskopem również nie stwierdzono punktów krwotocznych. Pęcherzyki natomiast okazały się powiększone. W 60% przypadków znaleźliśmy ciała żółte.

Brak wyników dodatnich w przeprowadzonych badaniach mógł być spowodowany przez 3 czynniki.

1) Zbyt mała ogólna ilość prolanu B zastrzyknięta szczurom ($4\frac{1}{2}$ cm. moczu).

2) Zbyt krótki czas działania moczu w ustroju zwierzęcym (30 godzin).

3) Niedostatecznie wyraźne działanie prolanu B na ustrój szczura.

Ad. 1. Ponieważ brak wyników dodatnich mógł być spowodowany przez zbyt małe dawki moczu ciężarnych (razem $4\frac{1}{2}$ ccm.), próbowaliśmy zmodyfikować tę próbę przez stężenie zawartości prolanu B w moczu zastrzykiwanym. W tym celu wytrącano z 25 ccm. moczu badanego cały prolan za pomocą 96% alkoholu—i po rozpuszczeniu go w $4\frac{1}{2}$ ccm. wody destylowanej, zastrzykiwano szczurom w myśl wskazań Walkerów.

Badania te wykonano na 14-u szczurach. I w tym wypadku wyniki były niezadowolające. Wprawdzie pęcherzyki G r a a f a były bardziej powiększone, niż w poprzednich próbach, a ciała żółte spostrzegano znacznie częściej (80%), jednakże punktów krwotocznych nie znaleziono.

Wyniki te są najlepszym dowodem, że brak odczynu dodatniego, w próbach według Walkerów, nie był spowodowany zbyt małą ilością hormonu, zastrzykiwanego szczurom.

Ad. 2. Aby przekonać się, czy i jakie znaczenie ma czas działania moczu ciężarnych na szczury, wykonano 6 prób, w których zastrzykiwano im mocz w ciągu 3-ch dni 2 razy dziennie i zabijano zwierzęta po 5 dniach.

Wyniki były takie same, jak w przypadkach zastrzyknięcia moczu stężonego. Jajniki były duże, pęcherzyki G r a a f a wybitnie powiększone, a ciała żółte pod mikroskopem dość często widoczne. Jednak punktów krwotocznych takich, jakie widzimy u myszy lub króli nie było.

Pozostał wreszcie do wyjaśnienia punkt 3, według którego ujemny wynik prób w/g testu Walkerów byłby zależny od braku swoistego działania prolanu B na ustrój szczurzy.

Istnieje wiele teorii, wyjaśniających powstanie punktów krwotocznych w jajnikach. Jedna z nich mówi, że w dojrzałym pęcherzyku Graafa nadmiar follikuliny powoduje wydzielanie hormonu luteinizującego, który już w najmniejszej ilości wywołuje pęknięcie pęcherzyka.

Wlg. innej teorii pęknięcie pęcherzyka Graafa może nastąpić tylko przy pewnym swoistym, optymalnym poziomie hormonu dojrzewania i hormonu luteinizacji we krwi. To wszystko odnosi się do stanów funkcji fizjologicznej przysadki mózgowej i jajnika.

W naszych doświadczeniach – i w podobnych – muszą nastąpić zaburzenia funkcji przysadki i jajnika w związku z wprowadzeniem do krwi zwierzęcia prolanów A i B.

Dokładny mechanizm tych zaburzeń nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniony.

Nic dziwnego, że różne zwierzęta różnie reagują na te zmiany w składzie zawartości hormonalnej ich krwi. Wiadomo, że króliki są najbardziej wrażliwe na prolan B, i że myszy są już nieco mniej wrażliwe, a szczury reagują najslabiej.

Różnice te szczególnie wyraźnie uwydatniają się w występowaniu punktów krwotocznych.

Staje się teraz jasne, dlaczego ten sam mocznik powodował w jajniku królicy wystąpienie punktów krwotocznych, a u szczurzy tylko powiększenie pęcherzyków Graafa bez pęknięcia.

Zastanawiające jest jednak powstawanie ciałek żółtych w jajnikach szczurzych, bez pęknięcia pęcherzyków. Co działa na jajnik tak, aby wytworzyło się ciało żółte, jeśli prolan B jest dla szczurów prawie że obojętny?

Zjawisko to może znaleźć wytłumaczenie w doświadczeniach ze szczurami, którym zastrzykiwano stężony mocz starych kobiet. Wiadomo, że w moczu starych kobiet znajduje się obfita ilość hormonów przysadkowych, których wydzielanie nie jest hamowane przez jajnik, jak to bywa u kobiet młodych. Otóż, po zastrzyknięciu takiego moczu infantylnej samiczce szczurzej, można stwierdzić w jajnikach powiększenie pęcherzyków Graafa oraz ciałka żółte. Powstają one dzięki działaniu prolanu A, który znajduje się w moczu starych kobiet.

Prolan A mianowicie powoduje dojrzewanie pęcherzyka Graafa, a powstająca w nadmiarze follikulina staje się bodźcem do wytwarzania przez przysadkę hormonu luteinizującego; ten ostatni ze swej strony działa na jajnik dając ciało żółte. Stąd więc wniosek, że szczury są bardzo czułe na działanie prolanu A. W moczu ciężarnych kobiet obok prolanu B występuje także (a nawet w większym stężeniu) prolan A; od obecności prolanu A zależne jest więc powstanie ciałek żółtych w jajniku samic szczurzych, którym wstrzyknięto moczu ciężarnej.

Zestawiając wyniki przeprowadzonych badań oraz wyżej podane rozważania, możemy wnioskować, że nowy odczyn na ciążę według T. i D. Walkerów nie może mieć znaczenia praktycznego.

Wykonany w 80 przypadkach z moczami ciężarnych — ani razu nie dał wyniku dodatniego. Dalsze badania własne wykazały, że samiczki szczurze nie nadają się do odczynów biologicznych na ciążę, ze względu na ich niewrażliwość na prolan B.

Brak wrażliwości niedojrzałych samiczek szczurzych na prolan B wskazuje na istnienie zasadniczych różnic w układzie funkcjonalnym kompleksów hormonalnych w obrębie różnych gatunków zwierząt, a może nawet wśród różnych szczepów tego samego gatunku.

Jest to zjawisko, na które dotychczas mało zwracano uwagi, a które ze względów teoretycznych i praktycznych zasługuje na dalsze wyjaśnienie.



2. Mikrofot. jajnika króla po zastrzyknięciu moczu ciężarnej sposobem Friedmana. Widoczny punkt krwotoczny.

P I S M I E N N I C T W O .

T. i D. Walker. The Journal of the American Medical Association. Volume 111. N. 16, October 15-1938. *B. Zondek.* Hormonen des Ovariums und des Hypophysenhinterlappens. Wiener Klinische Wochenschrift, 30-8-1938, N. 39.

Niezastąpione Analgeticum
i Antipyreticum

SALICYLOPYRIN- MOTOR

(Phenyldimethylpyrazolonum salicylicum)

Łagodnie lecz pewnie obniża ciepłotę bez objawów ujemnych ze strony serca.

Pro dosi 0,5 grm.

Pro die 2,0 grm.

School of Nursing in Warsaw — Dworska 17.

BY

N. Lubowska,

Directress of the School.

Our Society felt for a long time painfully the need of trained nurses. While in the West, and particularly in England and U. S. A. modern nursing based on scientific methods was gradually developing, the standards of nursing in Poland were low, specially as far as Jewish nursing was concerned which, in fact as a branch of public work did not exist at all.

Only when Poland regained her independence, and when the liberated country with outmost zeal and energy set about reconstructing her state, that this, so far, neglected domain has also drawn public attention. The first step was to found a Nurses Training School at the Polish Red Cross in 1921. Already in December of the same year the Curator of the Jewish Hospital, eng. A. Weisblat, the Principal of the same dr. Schweizer, as well as the chief doctors and physicians of this hospital, took the initiative in organizing a Society the object of which was to establish a modern Nurses Training School in order to meet the needs of the Jewish society in the field of hospital and public nursing.

On the 8th of July, 1923, took place the ceremony of inauguration of the School of Nursing at the Jewish Hospital in Warsaw. The School was housed on one floor of the administrative premises which was assigned to it by the municipality of Warsaw. It appeared very soon that the one storey is not sufficient for the needs of the School. And so a year later for the fund received from Joint Distribution Committee in America a new story was added which was entirely adjusted to the requirements of a boarding-house. Thanks to this enlargement of the space the School began to admit new students twice yearly.

The new built floor is designed exclusively for dormatories and recreation rooms of the students; on the second floor there are: the demonstration-room, the lecture-room, the dietetic kitchen, rooms for students to study in, the dining-room, the offices, rooms of the instructors, and the infirmary. A part of the first floor is occupied by the laboratory, rooms of the night nurses and lodgings for servants. The kitchen and the laundry are in the basement.

On account of the continual development of the School, the school building proved to be not spacious enough so that

it was necessary to hire an additional boarding-house for 20 students. (At the present moment the School numbers 100 students).

The American Joint Distribution Committee has not only supported the School materially, but moreover, has delegated to Poland an American Nurse, Miss Amelia Greenwald, the first organizer and directress of the School. To her extraordinary energy and outstanding abilities the School is indebted for its development.

In our School, organized after the American model, students were trained by competent instructors from America and England.

In 1925 graduated the first group of students and among them were selected candidates who in the future should self-independently manage the School. Those graduates were sent to Germany, England and U. S. A. to have there post-graduate experience, and to get acquainted with administration of schools, as well as with methods of training students.

In 1926 the graduates took over the management of the School and ever since they have been gradually adapting the best foreign methods of training and nursing to the needs of the country.

Our School, as well as all other Nurses Training Schools in Poland are materially independent of the Hospital.

Conditions governing admission are:

- 1) education — secondary school
- 2) age — 18 years

The course of training lasts $2\frac{1}{2}$ years. During the period of training the students have a methodical course as well as practical experience on various wards in the Jewish Hospital, which includes besides such important branches as surgery, medical ward, obstetrics, ward for new born children, gynecological, physical therapeutics otolaryngological, eye-diseases, skin and venereal diseases, tuberculosis. In nursing of children and patients with infectious diseases the students are trained in special hospitals not affiliated with the School. To have experience in public health nursing they work in municipal health centres, in public schools, in the line of healing the poor, guided by special instructors. The number of families under care of „the school district“ amounts to 250.

The course of training seeks to combine simultaneously practical experience and theoretical instruction. During the period „without theory“ students have experience in pediatric

nursing on the ward for infectious diseases, and in the Health Centres.

The total number of theoretical instruction during the course amounts to 874 hours namely:

- preliminary course — 418
- first year — 318
- second year — 138

The average number of theory per day:

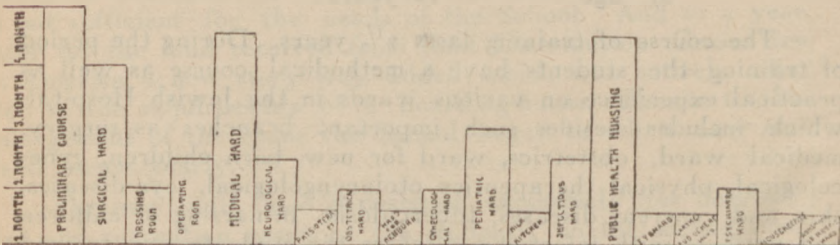
- preliminary course — 4 hours;
- 1 st. year — 0,9 "
- 2-nd " — 0,39 "

Apart from lectures, doctors specialists on all wards have constantly clinical demonstrations for students. Each student within her course has to make from six to nine case-studies embracing her individual observations and the nursing of a patient who was under her care not less than two weeks.

Plan of practical instruction.

Practical training in our School lasts 22 months. The division of time is as follows. (See inclosure No. 1).

PLAN OF PRACTICAL WORK WITHIN THE COURSE



Practical training for individual students is planned a year beforehand. This gives security that each pupil will com-

plete the course set by the curriculum. In the first year the students pass in greater groups from ward to ward; in the second year the groups are smaller because such wards as the operating one, the dressing room etc. are too small to accomodate too many students at once.

The preliminary course lasts four months. It covers theoretical and practical training. During the last two weeks of this period the practical instruction is divided between demonstration-room and hospital wards (from 2—4 hours daily). After passing the examination in general nursing, they start their work on the wards.

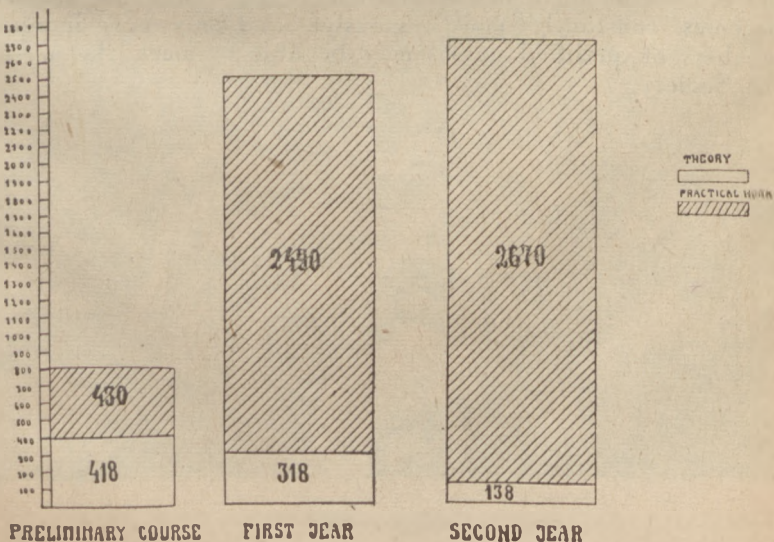
The relation of theoretical to practical instruction.

The ratio of hours of practice to theory is: 6,4 : 1 i. e. to each hour of theory falls 6,4 hours of practice. During the whole course the relations are as follows:

preliminary course	— 418 hours theory;	430 hours practice		
first year	— 318 " "	2490 " "		
second year	— 138 " "	2670 " "		

(See enclosure No. 2).

RELATION OF THEORETICAL STUDIES
TO THE PRACTICAL WORK



There are three shifts on the wards daily:

7 a. m. — 3 p. m.

2 p. m. — 10 p. m.

10 p. m. — 7 a. m.

During the first months of their work on the wards the students are on duty from 7 a. m. to 7 p. m. with a break of 4 hours.

To protect the health of the students, the school submits them, apart from the entrance physical examination, to periodical examinations as well as to the X-ray examination for lungs. They also undergo preventive vaccinations. Each student has every year a monthly vacation.

Students have at their disposal a large library of scientific books and novels which is under their supervision; they manage also a cooperative, a loan-stock and a cultural and recreation section.

Each section keeps a cash book and presents quarterly and yearly reports.

During 15 years of the existence of the School 263 students have graduated. A great part of them is working in the Jewish Hospital (73).

Besides, the graduates are working in the School in the capacity of instructors, in private establishments in Warsaw, in provincial hospitals, in public and private nursing.

The qualified, professional nurse is greatly appreciated by the community, which esteems as well her professional knowledge as her high moral standard. The field for her work becomes constantly more extensive and only ever increasing numbers of qualified nurses may be able to meet the needs of the Society.



Demonstration — room.



Class — room.



Preparing for operation.



Students and instructors.

TREŚĆ.

- Br. Karbowaki.* W sprawie leczenia wewnątrzrodawkowych guzów przysadki mózgu napromienianiem radowym — na zasadzie 10-letniego doświadczenia.
- I. Merenlender i H. Gabay.* Histamina i jej zastosowanie w dermatologii.
- I. Dworecki i J. Goldfarb.* Przyczynek do zakażeń ogólnych pałeczką odmienia (Proteus vulg.).
- Alina Brewda.* Przypadek wycięcia macicy.
- N. Meoz.* O przesuwalności żołądka w jamie brzusznej.
- B. Jochwedo i A. Wajngot.* Badania kliczne szybkości krwiotoku metodą sacharynową Liana i Faqueta.
- H. Jozowa.* Leczenie płasawicy wodą destylowaną.
- Zygmunt Finkelstein.* O sztywności karku w zespole Menière'a.
- Adam Zamenhof.* O leczeniu operacyjnym niedrożności kanału nosowolowego.
- A. Kobryner i Z. U. Glajcbgewicht.* Badania doświadczalne nad przebiegiem opadania krwinek u człowieka.
- J. Szper i L. Fligel.* Ropień podprzeponowy po stronie lewej.
- D. Wdowiński.* Przypadek t. zw. pseudodemencji Wernicke'go.
- H. Roter.* Przyczynek do samowyleczenia ciężkiej postaci gruźlicy otrzewnej.
- Leon Lipowicz.* Ischias — jako zagadnienie dokrewno-roślinne.
- Julian Dobroczyński i Paweł Cienki.* O wartości nowego odczynu ciążyowego Tomasa i Dory Walker.
- Dyr. Lubowska.* Szkoła pielęgniarska w Warszawie—Dworska 17 (po angielsku).

SOMMAIRE.

- B. Karbowaki.* Le traitement des tumeurs de la selle turcique par le radium après 10 ans d'expérience.
- I. Merenlender i H. Gabay.* L'histamine et son application en dermatologie.
- I. Dworecki et J. Goldfarb.* Contribution a l'étude des septicémies par le proteus vulgaris
- Alina Brewda.* Un cas d'inversion de l'utérus.
- N. Meoz.* Sur le déplacement de l'estomac dans la cavité abdominale.
- B. Jochwedo et A. Wajngot.* Les recherches cliniques sur la vitesse de la circulation sanguine par la méthode de Lian et Faquet.
- H. Jozowa.* Le traitement de la chorée par l'eau distillée.
- Z. Finkelstein.* La raideur de la nuque dans le syndrome de Menière.
- A. Zamenhof.* Le traitement opératoire de l'imperméabilité du canal nasolacrimal.
- A. Kobryner et Z. U. Glajcbgewicht.* Recherches expérimentales sur la sédimentation des globules rouges chez l'homme.
- J. Szper et L. Fligel.* Sur l'abcès sousphrénique du côté gauche.

D. Wdowiński. Un cas de pseudodémence de Wernicke.

H. Roler. Contribution à l'étude de guérison spontanée de la tubercule grave du péritoineum.

Leon Lipszowicz. Le mal ischiatique au point de vue endocrinien et végétatif.

J. Dobroczyński et P. Cienki. La valeur de la réaction nouvelle gravidique de Tommas et Dora Walker.

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) zawierają 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 ilość opłacają **sami** w drukarni Kwartalnika.

Następny numer Kwartalnika zawierać będzie wszystkie sprawozdania z posiedzeń naukowych z r. 1938/9.

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: M. Bornsztajn, J. Dworecki, M. Landsberg, N. Mesz, H. Stabholz, Wł. Sterling, J. Sz wajcer, 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.
