

# KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE  
WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

---

Z oddziału ocznego (Ordynator: A. Zamenhof)

i

z pracowni anatomopatologicznej (Kierownik: M. Płoński).

## **Przyczyny nosowego zwężenia pola widzenia w zatruciu metanolem (alkoholem metylowym).**

PODALI

**Sz. Fajgenblat i Jul. Dobroczyń.**

Zaburzenia wzrokowe są charakterystycznym objawem zatrucia metanolem. W każdym przypadku zatrucia, przebiegającego z ciężkimi zaburzeniami wzrokowymi, względnie z szybko następującą ślepotą, należy przede wszystkim myśleć o zatruciu metanolem.

Aby przedstawić bieg kliniczny zaburzeń wzrokowych po zatruciu metanolem, przytaczamy tu 2 przypadki.

I. L. W. lat 38, wypił 22.III.1937 r. kilka kieliszków wódki; podaje, że był to, być może, alkohol metylowy. Po 2 godzinach: wymioty, bóle głowy, gwałtowny upadek wzroku; o północy już nic nie widział. Na drugi dzień przyjęty na oddział. St. ob.: źrenice maksymalnie szerokie, nie reagują zupełnie; Dno oczu: obrzęk siatkówki dookoła tarczy, pozatym bez zmian. V. od.=brak poczucia światła. V. os.=poczucie światła skroniowo. Nyctalopia. W moczu dużo kwasu mrówkowego. (Badanie to wykonano w Zakładzie Chemii Farmakologicznej U. J. P.).

Wywiady, zaburzenia żołądkowe, nagła ślepota—przemawiały za zatruciem metanolem; wynik badania moczu potwierdził to.

Zastosowano ogólne leczenie odtruwające, diuretyczne, napotne i alkalizujące oraz 5 nakłuć łądźwiowych. By przeciwdzia-

łać wtórnym procesom zanikowym siatkówki i dróg wzrokowych, dążono do lepszego ich odżywienia i w myśl szkoły Laubera zastosowano pilokarpinę i strychninę.

Początkowo nastąpiła znaczna poprawa wzroku, który w oku prawym podniósł się do  $\frac{5}{30}$ , a w oku lewym do  $\frac{5}{36}$ . Po krótkim okresie poprawy nastąpiło pogorszenie i zanik nerwów wzrokowych.—V. od. = skroniowo liczy palce przed okiem. V. os. = skroniowo liczy palce z  $\frac{1}{4}$  mtra.

Przez cały czas obserwacji stwierdzaliśmy poza mroczkiem środkowym ubytki w nosowych połowach pola widzenia i zachowanie widzenia w skroniowych połowach.—

II. T. S. lat 39, urzędnik; 15.VI.1937 r. w zamiarze samobójczym napił się spirytusu drzewnego. Wypił prawdopodobnie około 200 grm.. Na 4 dzień wystąpiło znaczne pogorszenie wzroku. Nyctalopia.

St. o b.: Oko prawe: źrenica reaguje na światło; dno bez zmian. Oko lewe: źrenica leniwie reaguje na światło; dno bez zmian. Vod. =  $\frac{2}{30}$ . Vos. = liczy palce z  $\frac{1}{2}$  mtra. W moczu kwas mrówkowy. (Badanie to wykonano w Zakładzie Chemii Farmakologicznej U. J. P.).

Wywiady i zaburzenia wzrokowe przemawiały za zatruciem metanolem; wynik badania moczu potwierdził to.

Zastosowano ogólne leczenie odtruwające, diuretyczne, napotne i alkalizujące oraz 2 nakłucia lędźwiowe. Codziennie jontoforeza 2% chlorku amonu do obu gałek. Trzy razy wprowadzono dożylnie 10 — 15 cm<sup>3</sup> 1% roztworu błękitu metylenowego w 20% glukozie.

12.VII.1937 V. o. utr. =  $\frac{5}{5}$ .

Pole widzenia. Gdy chory zgłosił się do nas, stwierdziliśmy: w oku prawym bezwzględny mroczek środkowy oraz zwężenie w nosowej połowie pola widzenia, w oku lewym bezwzględny mroczek środkowy oraz ubytek w nosowej połowie pola widzenia, łączący się z mroczkiem środkowym. Po upływie 3 dni znikły ubytki w nosowych połowach pola widzenia. Mroczki środkowe zniknęły powoli. 25.VII.1937 Oko prawe: pole widzenia bez zmian. — Oko lewe: względny mroczek przyśrodkowy na barwę czerwoną, poza tym w polu widzenia nie stwierdza się zmian.

W obu przypadkach — zaburzenia wzrokowe, występujące w postaci obniżonego poczucia światła, mroczka środkowego, nosowego zwężenia pola widzenia i nyktalopii — są niemal wy-

łącznymi objawami zatrucia. Objawy powyższe stanowią zespół znamieny dla zatruc metanolem.

W obu przypadkach stwierdziliśmy przewagę ubytków w nosowych połowach pola widzenia. To dowodzi, że po zatruciu metanolem zostają zaatakowane drogi wzrokowe wewnątrzczaszkowe. Powyższe spostrzeżenie nasunęło myśl, że przy zatruciu metanolem czynnik toksyczny znajduje się w płynie mózgowordzeniowym. Prace K e e s e r a, który wykrył aldehyd mrówkowy w płynie mózgowordzeniowym królików, zatrutych metanolem, oraz lecznicze działanie nakłuć lędźwiowych w zatruciach metanolem, opisane przez P i n c u s a, Z e t h e l i u s a i W e r s e n a, potwierdzają słuszność naszych przypuszczeń.

Z przewagi ubytków w nosowych połowach pola widzenia wynika, że pęczki boczne nerwów wzrokowych zostają w silniejszym stopniu zaatakowane przez czynnik toksyczny, niż pęczki przyśrodkowe. Dokładne badania stosunków anatomicznych w przebiegu wewnątrzczaszkowym nerwów wzrokowych i ich otoczenia wyjaśniły nam przyczynę tego zjawiska.

Płyn mózgowordzeniowy, w którym zawarty jest czynnik toksyczny, znajduje się pomiędzy pajęczynówką a naczyniówką w tak zwanej przestrzeni podpajęczynówkowej. Przestrzeń ta jest naogół bardzo mała. W niektórych tylko miejscach pomiędzy pajęczynówką a naczyniówką tworzą się większe przestrzenie, wypełnione płynem mózgowordzeniowym, tak zwane zbiorniki podpajęczynówkowe. Jednym z takich zbiorników jest zbiornik skrzyżowania nerwów wzrokowych.

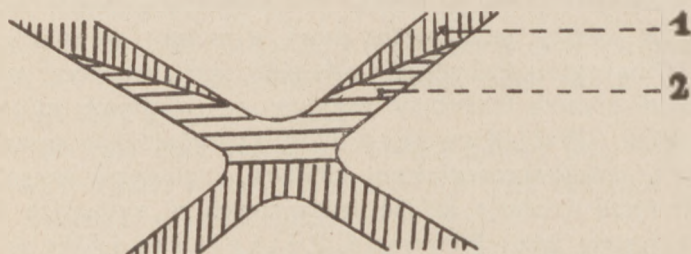
Ściany zbiornika skrzyżowania nerwów wzrokowych utworzone są z naczyniówki i pajęczynówki w ten sposób, że naczyniówka pokrywa nerwy wzrokowe i przyległe do nich części mózgu, a pajęczynówka tworzy zewnętrzną ścianę zbiornika.

Schodząc z zakrętu prostego i opuszki nerwu węchowego od przodu, a z płatów skroniowych od boków, przechodzi pajęczynówka na nerwy wzrokowe tak, że na zewnętrznych powierzchniach nerwów blaszka jej sięga dość wysoko (na 10—12 mm), następnie obejmując z dołu i z góry nerwy wzrokowe, cofa się coraz głębiej do spoidła przedniego w ten sposób, że na przyśrodko-



wych powierzchniach nerwów, pokrywa już tylko małą (2—3 mm) powierzchnię nerwów i spoidło przednie skrzyżowania. (Rys. 1).

Pomiędzy naczyniówką, pokrywającą górną, boczną i przyśrodkową powierzchnię nerwów, a tą blaszką pajęczynówki istnieje

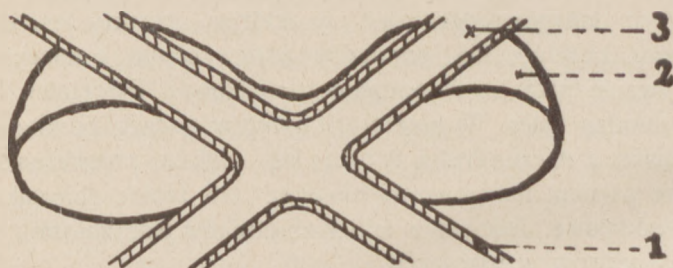


Rys. 1.

Rysunek dolnej powierzchni nerwów wzrokowych w okolicy skrzyżowania.

- 1 — m. vasculosa,  
2 — arachnoidea.

przestrzeń, powiększająca swe wymiary od spoidła przedniego skrzyżowania na boki. (Rys. 2). W części nerwu bliższej kości pajęczynówka zrasta się z naczyniówką.



Rys. 2.

Rysunek podłużnego przekroju nerwu w linii czołowej.

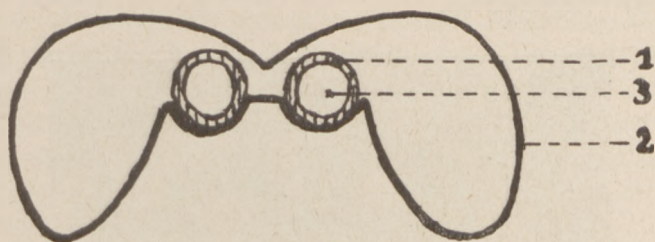
- 1 — m. vasculosa.  
2 — arachnoidea.  
3 — n. opticus.

Tak utworzony zbiornik pomiędzy naczyniówką a pajęczynówką obejmuje nerw wzrokowy z trzech stron. Na przekroju czołowym największa część zbiornika znajduje się po bocznej stronie nerwów wzrokowych, a tylko mała jej część po przyśrodkowej. Na dolnej powierzchni nerwu nie ma jej wcale. (Rys. 3).

Aby te stosunki obejrzeć dokładnie, nastrzykiwaliśmy (na zwłokach) przestrzenie podpajęczynówkowe roztworem żelatyny



zabarwionej błękitem metylenowym. Przez nakłucie podpotyliczne nastrzykiwaliśmy gorącą masę żelatyny do zbiornika mózgowordzeniowego (cysterna cerebello-medullaris). Stąd żelatyna prze-



Rys. 3.

Rysunek poprzecznego przekroju nerwu wzrokowego nad skrzyżowaniem.

- 1 — m. vasculosa,
- 2 — arachnoidea,
- 3 — m. opticus.

dostaje się z jednej strony przez otwór Magendi'ego do komór, z drugiej przez drogi podpajęczynówkowe do zbiornika skrzyżowania nerwów wzrokowych. Tak więc stwierdziliśmy połączenie dróg płynu mózgowordzeniowego ze zbiornikiem skrzyżowania nerwów wzrokowych.

Dla jaśniejszego wykazania tych stosunków spójrzmy na zdjęcia podstawy mózgu w okolicy skrzyżowania (str. 90). Po lewej str., z boku nerwu wzrokowego, widać owalną jamę. Brzegi tej jamy są otwarte z powodu przerwania i skurczenia się pajęczynówki. Górny i dolny jej brzeg obejmuje nerw, przyczem dolna blaszka zrasta się z naczyniówką tej powierzchni nerwu, a górna zachowała pewien mały odstęp. Drugie zdjęcie wykazuje nam przebieg blaszki wzdłuż nerwu. Widzimy, że na jego stronie bocznej blaszka sięga znacznie wyżej, niż po stronie przyśrodkowej.

Z układu stosunków anatomicznych wynika, że boczne pęczki włókien nerwu wzrokowego są bardziej omywane przez płyn mózgowordzeniowy niż pęczki przyśrodkowe. Powyższe stosunki wyjaśniają nam powstawanie nosowego zwężenia pola widzenia w zatruciach metanolem.

W dostępnym nam piśmiennictwie znaleźliśmy tylko w przypadku U h t h o f a niedowidzenie nosowe z mroczkiem środkowym w przebiegu zatrucia metanolem. Wydaje się dziwne, że

ono dotąd nie było spostrzegane. Prawdopodobnie dlatego, że występuje ono tylko w ciężkich przypadkach zatrucia, gdzie ze względu na niską ostrość wzroku i ciężki stan ogólny chorego nie badano perymetrem.



Z układu stosunków anatomicznych wynika, że zawarty w płynie mózgowordzeniowym formaldehyd przenika do nerwu wzrokowego przez jego powierzchnię boczną ku powierzchni przyśrodkowej, a nie przez całą powierzchnię nerwu ku jego środkowi. Poprzez boczny pęczek włókien nerwu wzrokowego dostaje się formaldehyd do pęczka plamkowo-tarczowego, a dopiero w końcu do pęczka przyśrodkowego i powoduje zaburzenia czynności zaatakowanych pęczków, którego wyrazem są zmiany w odpowiednich częściach pola widzenia. Z tego wynika, że najpierw winno się zjawić nosowe zwężenie pola widzenia, później mro-

czek środkowy, a dopiero wkońcu ubytki w skroniowych połowach pola widzenia.

Obserwacje kliniczne wskazują jednak, że w przebiegu zatrucia metanolem najpierw zjawia się mroczek środkowy, który jest uważany za objaw charakterystyczny dla tego cierpienia, a dopiero później w cięższych przypadkach zjawia się nosowe zwężenie pola widzenia. Na pierwszy rzut oka wydaje się dziwne, że najpierw zostają zajęte głębiej leżące włókna pęczka plamkowo-tarczowego, a dopiero później kontaktujące z płynem mózgowo-rdzeniowym boczne pęczki włókien nerwu wzrokowego.

Wyjaśnienie tego zjawiska znajdujemy w pracy K n a p p a („Beitrag zur Frage des Zentralscotoms bei basalem Hirntumor“). Opisuje on przyp. guza podstawy czaszki, uciskającego prawy nerw wzrokowy. Ucisk nerwu powodował zmiany w polu widzenia w postaci ubytku w kwadrancie dolno-nosowym oraz bezwzględny mroczek środkowy. Ze zmian w polu widzenia wynika, że guz wywierał największy ucisk na górną część włókien nieskrzyżowanych nerwu wzrokowego. Po naświetlaniu promieniami R o e n t g e n a nastąpiła znaczna ogólna poprawa oraz znikło nosowe zwężenie pola widzenia, ale bezwzględny mroczek środkowy pozostał. W miarę postępującej poprawy powróciła czynność powierzchownie leżących nieskrzyżowanych włókien nerwu wzrokowego, podczas gdy głębiej leżące i mniej narażone na ucisk włókna pęczka plamkowo-tarczowego pozostały nieczynne. Zjawisko powyższe, według K n a p p a, powstaje wskutek tego, że włókna pęczka plamkowo-tarczowego są bardziej wrażliwe i mniej odporne na działanie ucisku niż pozostałe włókna nerwu wzrokowego.

Zupełnie analogiczny przebieg widzimy w przypadkach zatrucia metanolem, gdzie pęczek plamkowo-tarczowy łatwiej ulega działaniu czynników toksycznych niż pozostałe pęczki nerwu wzrokowego. Następuje zakłócenie czynności pęczka plamkowo-tarczowego i powstaje mroczek środkowy — objaw charakterystyczny dla zatrucia metanolem. Dopiero w cięższych przypadkach, gdy zwiększa się działanie czynnika toksycznego, następuje zaburzenie czynności pęczków bocznych nerwu wzrokowego i powstają ubytki w nosowej połowie pola widzenia. Powyższy przebieg wyjaśniam, dlaczego w zatruciu metanolem najpierw powstaje mroczek



środkowy, a dopiero później nosowe zwężenie pola widzenia. Dlatego schorzeniom, przebiegającym z nosowym zwężeniem pola widzenia, tak często towarzyszy mroczek środkowy.

Wielu autorów z Birsch-Hirschfeldem na czele przypuszcza, że metanol właśnie ma specjalne powinowactwo do nerwu wzrokowego. Nie posiadamy jednak żadnych danych, któreby potwierdzały słuszność tego przypuszczenia.

Nerw wzrokowy jest bardziej wrażliwy i mniej odporny na działanie czynników toksycznych i dlatego najłatwiej ulega uszkodzeniu.

Włókna wzrokowe w zatruciu metanolem zostają zaatakowane przez czynnik niszczący dwukrotnie: raz przez formaldehyd, znajdujący się w ciałku szklistym, drugi raz przez tenże czynnik, znajdujący się w płynie mózgoworodzeniowym. Przypuszczamy, że powyższe warunki odgrywają dużą rolę w powstawaniu zaburzeń wzrokowych z zatrucia metanolem.

#### P I Ś M I E N N I C T W O .

*Prof. Dr. Birsch-Hirschfeld.* Die Schädigung des Auges bei Vergiftung durch Methylalkohol. Medizinische Klinik 1916 J., S. 227.

*Friedrich Pincus.* Zur Behandlung der Methylalkohol Erblindung mit Lumbalpunktion. Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde, 1920 J., II. B., S. 695.

*Zelbelius und Wersen.* Behandlung der Methylalkoholvergiftung insbesondere der Sehstörung mit Lumbalpunktion. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1920 J., B. II., S. 51.

*Uhlboff.* Beitrag zu den Sehstörungen durch Methylalkoholvergiftung. Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde, 1915 J., B. I. S. 48.

*Keeser.* Über die Ursache der Giftigkeit des Methylalkohols. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1931 J., B. I, S. 398.

*Knapp.* Beitrag zur Frage des Zentralscotoms bei basalem Hirntumor. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1924 J., S. 371.

---

Nowy lek przeciwbólowy, przeciwgorączkowy i przeciwgośćcowy

# PROPALGON

fenyldwumetylopyrazolono-metyloamino-  
metano-sulfonian sodowy

**SKUTECZNIE ZASTĘPUJE ŚRODKI ODURZAJĄCE**

Nr. rej. 1980 i 1981

## W S K A Z A N I A:

objawowe leczenie wszelkich stanów bólowych.  
Kolka nerkowa, kolka wątrobową, dławica pier-  
siowa, zawał serca, przełomy wędrowe, rwa  
kulszowa, choroba gośćcowa

## Z A L E T Y:

szybkie i niezawodne działanie kojące, łagodne  
obniżanie ciepłoty, łatwa wchłanianie bez  
szkodliwego wpływu na serce, nerki i wątrobę.

## OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Rurka zawierająca 10 tabletek po 0,5 g	Cena detal. zł. 2.50
Pudełko zawierające 5 ampułek po 1 cm <sup>3</sup>	Cena detal. zł. 3.50
Pudełko zawierające 5 ampułek po 2 cm <sup>3</sup>	Cena detal. zł. 5.00

Proszek do receptury.

## Dawkowanie:

Doustnie — 3 — 4 razy dziennie po 0,5 — 1 g (1 — 2 tabletki).

Pozajelitowo: podskórnie, domięśniowo i dożylnie od 1 do 5 cm<sup>3</sup> na raz.

**Fabryka Chemiczno-Farmaceutyczna**  
**AP. KOWALSKI**  
**WARSZAWA**

## **Przyczynek do sprawy powstania i rozpoznawania ślepoty histerycznej.**

P O D A Ł

**Zygmunt Finkelstein**

Wraz ze zmianami poglądów na istotę hysterii — zmianami zasadniczymi, zapoczątkowanymi jeszcze w r. 1908 przez J. Babińskiego, a nieustającymi aż do chwili obecnej, czego dowodem może być i żywa dyskusja na łamach „Revue Neurologique“ w r. 1937 pomiędzy Tinel'em, Froment i Marinisco, ulega też przeobrażeniom ujęcie kliniczne szczególnie rzadkiej postaci hysterii, jaką jest ślepota histeryczna.

Z określeniem Babińskiego hysterii — jako stanu patologicznego — w postaci zaburzeń, które można odtworzyć u pewnych osobników drogą sugestii i usunąć za pomocą samej przeciwsugestii, nie zgadza się wielu neurologów, walczących, między innymi, o rzeczywistość t. zw. znieczulenia histerycznego. Dla przykładu przytoczyć też można pogląd Mendla, który odróżniał postać specjalną przemijającą ślepoty histerycznej, będącej, według tego autora, wyrazem znużenia ośrodków wzrokowych. Również i Kehrer nie znajduje ostrych granic pomiędzy histerią a schorzeniami z t. zw. grupy „nerwic narządowych“ oraz neurastenią. Von Zauli stwierdził nawet w ślepotcie histerycznej skurcz naczyń siatkówki. Moriez uzależnia ślepotę histeryczną od skurczu naczyń w korze mózgowej płatów potylicznych, nie przytaczając — co prawda — dowodów na poparcie swej hipotezy. Z drugiej strony, istnieje zasadnicza różnica pomiędzy histerią a symulacją. Histerik, o ile wogóle „symuluje“, czyni to nieświadomie. W niektórych jednak przypadkach hysterii i ślepoty histerycznej chory niezależnie od hysterii demonstrowa zjawiska, polegające na świadomym wprowadzaniu lekarza w błąd. Znamienny pod tym względem jest przypadek ślepoty histerycznej, opisany przez Flauriego, w którym chora płakała „krwawymi łzami“, gryzła się bowiem w palec, by krew zakraplać do worka spojówkowego. Należy więc do faktów prawie ogólnie przyjętych twierdzenie, że między ślepotą histeryczną a symulacją istnieją wszelkie formy



prześciowe, a rozstrzygnięcie, jaką w przypadku danym rolę odgrywa czynnik nieświadomy, a jaką świadomy — możliwe jest jedynie na drodze badań psychologicznych, obejmujących całą osobowość chorego. Żadne próby, specjalnie opracowane w tym kierunku, na pytanie to odpowiedzieć zadowalająco nie mogą.

Ślepotą histeryczną należy do jednej z najrzadszych postaci hysterii, czego dowodem może być fakt, że w materiale wojennym, obejmującym wiele tysięcy przypadków nerwic, K e h r e r spostrzegął ją jedynie 6 razy.

Również okulista francuski M o r a x podkreśla rzadkość zaburzeń histerycznych wzroku pośród chorych żołnierzy z czasów wojny światowej, a z przypadków ślepoty histerycznej przytacza tylko jeden, znany mu z opisów kolegów - chirurgów i zbadany przez niego dopiero w okresie powrotu do zdrowia.

Stosunek częstości psychorodnych zaburzeń słuchu do ślepoty i niedowidzenia histerycznego wyraża się, według K e h r e r a, aż liczbą 40.

Podajemy tu w szkicu przypadek, przez nas spostrzegany w oddziale, a przedstawiony wspólnie z dr. F a j g e n b l a t e m na posiedzeniu Warsz. Tow. Neurolog. w dniu 26 listopada 1937 r.

21 letni chory H. A. (L. 184/1937) przybył 8.XI 1937 r.; z zawodu — pracownik w składzie aptecznym. Zazył 6. XI 1937 r. z powodu bólów zęba kilka tabletek związku palaliny (o składzie zbliżonym do cibaliny) i tegoż dnia wypalił 50 papierosów. Następnego dnia zaniewidział na przeciąg 15 minut. 8. XI przyjął 0,8 gardenalu, a po południu tegoż dnia wystąpiła nagle ślepotą obuoczną. Badanie przedmiotowe w dniu 9.XI 1937 wykazało: Żrenice średnio szerokie, na światło oddziałują sprawnie. Na zbliżenie nagle do oczu ręki badającego nie reaguje mrugnięciem. Światło elektryczne widzi od strony lewej. Przedmiotów nie rozpoznaje. Naczynia tętnicze na dnie oka dość wąskie, stosunek do szerokości żył  $= \frac{1}{2}$  (norma  $\frac{2}{3}$ ). Same tarcze nerwów wzrokowych niezmienione. W kierunkach skrajnych drobne drgania oczopląsowe. Badanie lusterkiem płaskim, rozmiaru około  $25 \times 35$  cm., wg. metody F a j e r s t e i n a - K r z e m i ń s k i e g o, polegające na poruszaniu lusterka dookoła osi poprzecznej tuż przed oczyma chorego, wywołuje u niego wyraźne ruchy opuszczania i unoszenia gałek i powiek. Ruch lusterkiem dookoła osi pionowej wyzwala ruchy gałek ku bokom, jednakże w rozmiarze bardzo ograniczonym. Oczopląs optokinetyczny występuje u chorego w obie strony. - Chory euforyczny, stale dowcipkuje. Orientacja w przestrzeni dobra. Chodzi bez pomocy, patrzy

przy tym w dół. Na wołanie nie reaguje ani zwróceniem głowy w stronę mówiącego, ani też mimicznie; odpowiada dopiero po upływie kilku sekund. 18. XI chory odróżnia okiem lewym sylwetki osób i przedmiotów, oglądane pod światło. 19. XI. widzi okiem lewym, prawym nie widzi nic w dalszym ciągu Ostrość wzroku oka lewego podczas tego samego badania zmienna ( $\frac{1}{10}$  —  $\frac{1}{5}$  —  $\frac{1}{3}$ ). Z odległości 5 metr. czyta litery, odpowiadające ostrości =  $\frac{1}{3}$ , mając przed okiem lewym soczewkę + 10 D; czyta oczywiście okiem prawym. Podaje, że widzi podwójnie. 22. XI zaczyna widzieć okiem prawym. 25 XI Ostrość wzroku obuocznie  $\frac{5}{5}$ , pole widzenia bez zmian.—Badanie neurologiczne: odruchy skórne i ścięgniste zachowane, bez patologicznych. Płyn mózgoworodzeniowy norm. Wasserman—we krwi i w płynie m. rdzen.—ujemny. W wywiadach nie stwierdza się „przeszłości historycznej”, ani cech psychopatycznych. Wypisany 28. XI. 37 wyleczony.

Rozpoznanie ślepoty historycznej opiera się tu na bardzo dobrym orientowaniu się chorego w przestrzeni, wyniku próby lusterkowej, obecności oczopląsu optokinetycznego, zachowanym oddziaływaniu źrenic na światło, badaniu z okresu ślepoty jednoocznej, stwierdzającym widzenie obuoczne. Zachowanie się chorego takie — jakgdyby był również głuchy — niezwracanie głowy w stronę mówiącego, należy do obrazu ślepoty historycznej. Podnosi to szczególnie Charlin, podkreślając głuchotę rzekomą i tendencję do utrzymywania oczu, zwróconych w dół, w przypadkach ślepoty historycznej w przeciwieństwie do dotkniętych ślepotą organiczną, którzy starają się zwrócić głowę i oczy w stronę mówiącego. Spostrzeżenie to potwierdził, między innymi, Vila Ortiz.

W rozpoznaniu różniczkowym przypadku naszego należało myśleć o 3 następujących schorzeniach. Przede wszystkim więc o zapaleniu nerwu wzrokowego pozagałkowym. Wyniki próby lusterkowej, oczopląs optokinetyczny, dobre oddziaływanie źrenic na światło, głuchota rzekoma, szybki powrót do zdrowia, całkowicie restitutio ad integrum, okres ślepoty jednoocznej, w którym stwierdzono widzenie obuoczne — oto argumenty, wyłączające bezwzględnie wymienione cierpienie. Z kolei w grę wchodzić mogła ślepota korowa. W takim wypadku oczywiście oddziaływanie źrenic na światło jest również zachowane a próby lusterkowe i oczopląs optokinetyczny mogą wypaść dodatnio. Jednakże głuchota rzekoma obok przypuszczalnego istnie-

# TRAUMATOL- -M O T O R

biologicznie czynny preparat  
do leczenia ran i owrzodzeń

d z i a ł a

**silnie odkażająco i pobudzająco  
na procesy gojenia i rozrost  
tkanek.**

nia jednocześnie dwóch ognik symetrycznych w obu półkulach u osobnika młodego, nie przedstawiającego żadnych innych zmian w układzie nerwowym ośrodkowym przemawiały na niekorzyść tego przypuszczenia. Dalszy rozwój choroby, zanikanie ślepoty nie poprzez fazę niedowidzenia połowiczego — wyłączały koncepcję taką całkowicie.

Trzecim wreszcie i ostatnim rozpoznaniem, wymagającym tu omówienia, to ślepota, występująca po zatruciach ostrych związkami barbiturowymi.

Istnieje w piśmiennictwie wiele opisów tej ślepoty, występującej najczęściej po zażyciu większej ilości tych związków (np. w przypadku Rivet i Sambron po 8 gr. gardenalu i 3 gr. veronalu; w przypadku Rivet, Magitot i Bourée po 6 gr. gardenalu). Ślepota ta ujawnia się zazwyczaj bezpośrednio po obudzeniu się chorego ze stanu śpiączki; jest wówczas obuoczna, przemijająca, trwająca zaledwie dni kilka. W przypadku ślepoty po zatruciu gardenalem, opublikowanym przez Rivet, Magi-



tot i Bourée, źrenice na światło oddziaływały, gałki oczne w położeniach skrajnych wykonywały ruchy oczopląsowe, w obrazie oftalmoskopowym uderzało zwężenie naczyń tętniczych, objaw potwierdzany i przez innych badaczy; przypadek Dubar'a, Mosquin'a i Dublineau opisany jest wprost jako „spasme de l'artère centrale de la rétine à la suite d'une intoxication aigue par le gardenal“. Mimo istnienia pewnego podobieństwa obrazu w spostrzeżeniu Rivet'a, Magito't'a i Bourée do naszego, rozpoznanie tej postaci ślepoty nie wydaje się nam z wielu względów możliwe. Chory zażył zaledwie 0,8 gardenalu; okresu śpiączki wogóle nie było, związków barbiturowych w moczu nie wykryto (dr Dworecki), ślepotą trwała dłużej niż w przypadkach, w których chorzy zażyli kilkakrotnie większe dawki gardenalu; wreszcie zachowanie się chorego, próby lusterkowe, oczopląs optokinetyczny — wyłączały całkowicie to rozpoznanie. Czyż więc gardenal nie odegrał żadnej roli w przypadku naszym?

Ślepotą historyczną, według poglądów wielu badaczy, np. Kehrera, powstaje na podłożu pewnego usposobienia nie tylko psychicznego, lecz i miejscowego, w związku z niższą wartościowością czynnościową oka lub oczu („Organ begründheit“ Kehrera; potwierdza ją również Best).

Dwie mogłyby być możliwości powstania tu ślepoty historycznej.

Wiedząc o istnieniu ślepoty po zatruciach związkami barbiturowymi, mógł chory jej się spodziewać, i to spowodować mogło jej wystąpienie. Mechanizm w tym wypadku byłby podobny do mechanizmu w nerwicach urazowych, w których chory jakby oczekuje nieszczęścia, którego uniknął („phase de méditation“ — Charcot'a) i wskutek tego oczekiwania zjawia się ono w postaci nerwicy („Erwartungsneurose“).

Chory nie wiedział jednakże o szkodliwym dla wzroku działaniu związków barbiturowych, co pozwala wymienioną hipotezę odrzucić.

Pozostaje więc drugie tłumaczenie. Pod wpływem niedużej względnie dawki gardenalu, niewystarczającej dla wystąpienia ślepoty pobarbiturowej i śpiączki, powstało u chorego czynnościowe zaburzenie wzroku, które u osobnika, mającego pewne predyspozycje psychiczne w tym kierunku, odegrało rolę czynnika

# „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. **Miażdżycę 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.

ZAKŁ. CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

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

wyzwalającego (agent provocateur), stwarzając według Kehrera „uzasadnienie narządowe” (Organberggründheit). Obraz oftalmoskopowy z dnia 9.XI., przedstawiający wąskie tętnice na dnie oka, stanowi argument na korzyść naszego przypuszczenia.

Podawane w piśmiennictwie, względnie częste, spostrzeżenia przypadków ślepoty histerycznej po zażyciu veronalu, nie wydają się nam przypadkiem. Możliwe, że w niektórych z nich wchodziła w grę organiczna ślepota pobarbiturowa, w innych zaś proces mógł rozwijać się analogicznie jak w naszym przypadku — na podłożu przelotnych zmian organicznych występowało duże nawarstwienie czynnościowe.

W przypadkach ślepoty histerycznej chorzy różnie się zachowują w stosunku do przeszkód w przestrzeni, niebezpieczeństw i t.p. Chory, opisany przez Oppenheim’a, inaczej zachowywał się z oczyma zawiązanymi a odsłoniętymi. Chory Westphala nie omijał nawet pieca rozżarzonego, narażając się na poparzenie.

W tym przypadku chory nie reagował mrugnięciem na szybkie zbliżenie palców do oczu, ani też na głośne trzaski tuż koło uszu. W przestrzeni orientował się bardzo dobrze.

Poruszone w pracy niniejszej zagadnienie stanowi ułamek ogólniejszej kwestii, dotyczącej „prawdziwości” objawów deficytowych — czuciowych w histerii, zagadnienia dotychczas nie rozstrzygniętego.

Chory nasz nie był poddawany „ogniowym” próbom. Mamy jednak wszelkie dane, aby twierdzić, że zachowywałby się wobec nich inaczej, niż dopiero co wymienicny wyżej chory *Westphala*.

W przypadkach ślepoty histerycznej jednoocznej do analizy zaburzeń rozporządzamy metodami dodatkowymi, jak np. posługujemy się pryzmatem i stereoskopem. Doprowadza to do ciekawych paradoksów, z których jeden, niezmiernie charakterystyczny, podaje *Lewandowsky*.

Nauczyciel, przedstawiający obraz ślepoty jednoocznej psychorodnej, badany przy pomocy stereoskopu, posługiwał się obu oczyma. Uświadomiony co do tego, tłumaczył się, że widzi okiem chorym jedynie w tych niezwykłych warunkach. *Rokowanie* w ślepotcie histerycznej jest przeważnie dobre. *Wyleczenie* następuje w ciągu dni, tygodni, niekiedy jednakże sprawa trwa długo, jak to było w przypadku *Augusteina i Sterna* — 21 miesięcy. Zdarzają się nawroty (*Vila Ortiz*). W całym szeregu przypadków wreszcie ślepota jest powikłana innymi objawami histerycznymi.

#### P I Ś M I E N N I C T W O (przytoczone w pracy).

*Lewandowsky*. Handbuch der Neurologie t. V, str. 641.

*F. Kebner*. Ergänzungsband I Teil Spezielle Symptomatologie der Hysterie und Neurasthenie, st. 72. *Riset, Magitot et Bourée*. Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hopitaux de Paris Nr. 13, 1936. *Un nouveau cas d'amaurose transitoire après un coma barbiturique traité par la strychnine* - Zentralblatt für Augenheilkunde, t. 30 1933—1934, str. 321. *Beit. Die Augenstörungen bei Hysterie*. *Charlin Carlo*. L'amaurose hystérique compliquée. An. W. d'Ocul. 1935.

*Babiński — Froment*: Hysterie — Pitiatisme.

---



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

**O asymetrycznych zaburzeniach roślinnych  
w przypadkach odosobnionego obwodowego  
porażenia nerwu twarzowego oraz znaczenie  
ich w patogenecie, rokowaniu i leczeniu<sup>1)</sup>**

P O D A Ł

**Leon Lipszowicz.**

Na podstawie danych anamnestycznych oraz wielokrotnego badania chorych, obserwowanych w roku 1936/1937 na Oddziale Fizycznej Terapii, a częściowo i na Oddziale Oto-laryngologicznym (część chorych była demonstrowana na posiedzeniach klinicznych szpitala na Czystem), przyszedłszy do wniosków następujących.

1. Z okresu poprzedzającego porażenie nerwu twarzowego chorzy podają szereg objawów świeżej i starej daty. Na czoło tych objawów wysuwają się napady bólów względnie parestezji, umiejscowionych bądź w głowie, bądź szyi, bądź twarzy, bądź też we wszystkich wymienionych okolicach naraz, z reguły po stronie odpowiadającej porażeniu. Bóle te i parestezje nie dają się ściśle zlokalizować, posiadają raczej granice rozplątne, a niekiedy występują wysepkami. Dzieje się tak zarówno w przypadkach porażenia obwodowego nerwu twarzowego, zjawiających się samoistnie, jako też towarzyszących zapaleniu ucha.

W niektórych przypadkach samoistnego porażenia n. tw. bóle głowy po stronie, odpowiadającej porażeniu, występowały już i wiele lat przed porażeniem, przypominając poniekąd postać migreny, wyodrębnioną przez Flatau — jako migrena twarzoporażna (hemicrania facioplegica).

Względnie często bóle ze zjawieniem się porażenia ustają, względnie słabną, w niektórych jednak, rzadszych przypadkach, wprost przeciwnie, nasilają się bardziej, zajmując też niekiedy większą przestrzeń.

Poza bólami i parestezjami w wymienionych okolicach podają chorzy i inne skargi, pochodzące z okresu poprzedzającego porażenie n. tw.. Ostatnie świadczą o jednostronnych (względnie z wyraźną przewagą jednej strony) zaburzeniach roślinnych, przede wszystkim naczynioruchowych. Tak więc, jedna chora

<sup>1)</sup> Odczyt — wygłoszony na XV-tym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie w r. 1937.

miewała napady zbłądnięcia twarzy po stronie, odpowiadającej porażeniu oraz zaczerwienienia po stronie przeciwnej; dwóch chorych podawało samoistne okresowe jednostronne krwawienie z nosa, w jednym przypadku po stronie, odpowiadającej porażeniu, w drugim — po stronie przeciwnej. W tym ostatnim przypadku krwawienie występowało pod koniec napadu typowej migreny. Jedna chora, u której po operacji radykalnej ucha wystąpiło bardzo uporczywe porażenie n. tw., uskarżała się na trwające od wielu lat napady migreny z drętwieniem połowy ciała łącznie z połową języka, do których po operacji przyłączyło się ziębienie w tej okolicy. Były również skargi na przemijające osłabienie słuchu.

2. Po wystąpieniu porażenia stwierdza się w pewnej ilości przypadków w obrębie twarzy, a niekiedy szyi i karku, przeczulicę na ucisk (dotkliwy ból przy ugniataniu skóry, względnie ujmowaniu jej w fałdę) i ciepło przy braku przeczulicy na dotyk — po stronie odpowiadającej porażeniu. Jeżeli u takich chorych zastosować diatermię na okolicę opuszki, przykładając elektrody jednakowych rozmiarów do małżowin usznych, to stwierdzić można, że podniesienie ciepłoty odczuwają intensywniej po stronie odpowiadającej porażeniu. W jednym przypadku po długotrwałym stosowaniu diatermii (50 minut) chory poza tym podawał, że odczuwa wyraźne sensacje w noszdrze (kręcenie w noszdrze) oraz w połowie języka (dziwny smak) — po stronie, odpowiadającej porażeniu. Również po tej samej stronie wystąpiły pod koniec seansu obfite poty.

U tychże chorych obserwuje się ponadto m. in. długotrwałe obrzmienie twarzy po stronie porażenia, bardzo obfite wydzielanie łez po tejże stronie, a niekiedy i owrzodzenie rogówki.

W przeciwstawieniu do tylko co wymienionych przypadków wyodrębniliśmy drugą grupę, liczniejszą od pierwszej, w której po stronie porażenia czucie bólu i ciepła było raczej obniżone — przy nietkniętym czuciu dotyku. Pocenie w jednym przypadku (pod wpływem diatermii, względnie nagrzewania Sollux'em strony porażonej) występowało bardzo skąpo po stronie porażonej, podczas gdy po stronie zdrowej było bardzo obfite. Przeczulicy na ból (poza wrażliwością na ucisk okolicy za uchem) nigdy w tej grupie przypadków nie stwierdziliśmy.

Przypadki porażenia nerwu twarzowego z dużą przeczulicą miały przeważnie przebieg szczególnie uporczywy.

Z pośród wymienionych objawów zajmimy się naprzód przeczulicą, odznaczającą się, jak to podnosiliśmy, charakterem rozszczepieniowym (przechulica na ból i ciepło obok braku przechulicy na dotyk).

Charakter przechulicy kieruje przede wszystkim uwagę w stronę tych odcinków układu nerwowego, w których szlaki czuciowe uległy rozszczepieniu. Według K o h n s t a m m a, szlakiem takim dla nerwu trojdzelnego, przewodzącym wyłącznie czucie bólu i ciepłe, byłby korzonek rdzeniowy tegoż nerwu, biegnący, jak wiadomo, od jądra czuciowego n. V-go poprzez most i rdzeń przedłużony aż do końca doogonowego opuszki, względnie jeszcze bardziej doogonowo, a mianowicie do II-go odcinka rdzeniowego. Przechulica bólowa i ciepła w obrębie twarzy mogłaby zatem być zależna od bodźców, płynących z okolicy korzonka rdzeniowego n. V-go. Bodźce te powstać mogłyby albo na skutek stanu podrażnienia omawianej okolicy opuszki, albo też pochodzić z narządów oddalonych, których włókna współczulne, zdążając do opuszki, kończą się w obrębie *substantiae gelatinosae radices spinalis n. trigemini*. Wchodziłoby tu w grę zapalenie ucha środkowego, jakoteż zmiany chorobowe w innych okolicach, połączonych z opuszką włóknami współczulnymi (jak opony miękkie). Byłaby tu zatem przechulica na skutek promieniowania bodźców, jako wyraz odruchu czuciowo-trzewnego w sensie H e a d a i M a c k e n z i e g o, analogiczna do przechulicy w obrębie klatki piersiowej i kończyny górnej w przebiegu dławicy. Należałoby wziąć pod uwagę jeszcze jedną ewentualność, a mianowicie bezpośrednie podrażnienie samych włókien współczulnych bądź na skutek infekcji, bądź też uszkodzenia przy operacji radykalnej ucha środkowego (*plexus Jacobsoni*).

Niezależnie więc od umiejscowienia sprawy chorobowej, czy to w opuszcze, czy to poza nią — przechulica występować będzie w tej samej okolicy na obwodzie. Okoliczność ta tłumaczyłaby, dlaczego zarówno w porażeniach samoistnych n. tw., jako też zjawiających się w przebiegu schorzenia ucha środkowego — objawy przechulicy są te same.

Podobnie jak przechulicę, również i napadowe bóle i pare-



stezje możnaby uzależnić od udziału korzenia rdzeniowego n. V-go. Być może, nieliczne przypadki migreny twarzoporażnej tłumaczyłyby się — w odróżnieniu od migreny nie powikłanej — stanem podrażnieniowym korzenia rdzeniowego n. trójdzielnego w obrębie samej opuszki. Bliskie sąsiedztwo z jądrem n. VII-go stwarza możliwość przejścia stanu podrażnienia (zapalenia) również i na to jądro i spowodowania w ten sposób porażenia obwodowego n. tw.. To samo odnosi się do włókien czuciowych nn. IX, X oraz pośredniego (n. intermedius), których zajęcie tłumaczyłoby zaburzenia smaku oraz sensacje w obrębie języka jamy ustnej w przebiegu porażenia n. VII-go.

Co się tyczy objawów przywspółczulnych, towarzyszących porażeniu n. tw. w pewnej grupie przypadków, to odnieść je możemy do stanu podrażnienia w obrębie ośrodków przywspółczulnych, umiejscowionych w opuszcze mózgowej w bezpośrednim sąsiedztwie z jądrem n. VII-go, jak jądro ślinowe górne K o h n s t a m m a, jak hipotetyczne jądro, dające początek nerwowi skalistemu powierzchownemu większemu (nervus petrosus superficialis major), pozostającemu w związku ze zwojem klinowo-podniebiennym i rządzącemu łzotokiem, jako też czynnościami roślinnymi nosogardła. Skłonność do krwawień z nosa po stronie porażenia pozostawałaby, być może, w związku ze stanem podrażnienia ośrodka, dającego początek nerwowi skalistemu powierzchownemu większemu (rozszerzającemu naczynia).

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że objawom podrażnienia opuszkowych ośrodków przywspółczulnych towarzyszą przeczulica miejscowa oraz napady bólów i parestezji, to bliską prawdy wyda się hipoteza, że cechujące się tymi objawami przypadki porażenia n. tw. pozostają w związku z opuszką, a w pewnej liczbie przypadków wskazują wprost na ognisko w opuszcze, obejmujące jądro n. tw. wraz z najbliższym otoczeniem.

Ostatnie należałoby zaliczyć do zapalenia rogów przednich ostrego, wzgl. podostrego, a nawet przewlekłego (poliomyelitis acuta, subacuta, chronica), w którym to schorzeniu, jak wiadomo, zajęte być może wyłącznie jądro n. VII. bez udziału nawet, leżącego bardziej grzbietowo, jądra n. odwodzącego.

Mielibyśmy zatem do czynienia z predylekcją czynnika szkodliwego do jądra n. twarzowego. Ale obok jądra n. VII-go

EKSTRALIT

kąpiele

DEFUZOLIT

nacierania

OZONOLIT

kompresy

**PAJERSKI**

Z PIŚMIENNICTWA — *Dr. J. Raczyński.*

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

jako locus minoris resistentiae należałoby wziąć pod uwagę ośrodki roślinne w opuszcze, znajdujące się w bliższym i dalszym sąsiedztwie z jądrem tego nerwu.

Z powyższych danych wyciągnąć można następujące wnioski terapeutyczne. W przypadkach, przebiegających z objawami cechującymi pierwszą grupę, należy postępować w sposób analogiczny do poliomyelitis anterior. Własne doświadczenie przemawia za skutecznością stosowania promieni Rentgena na tylną jamę czaszkową. Nie celowe wydaje się stosowanie diatermii. Obok Rentgena, dla przeciwdziałania przewodze układu przywspółczulnego, stosowaliśmy środki, podnoszące napięcie układu współczulnego (zastrzyki adrenaliny, jontoforezę wapniową). Próby lecznicze są w toku i w tej chwili trudno jeszcze wydać o nich sąd stanowczy.

W przypadkach, przebiegających z objawami wymienionymi w drugiej grupie, celowe jest stosowanie środków rozszerzających naczyń. Szczególnie skuteczna wydaje nam się diatermia, zaaplikowana na okolicę opuszki mózgowej. Ostatnią metodą osiągaliliśmy dobre wyniki nawet w zastarzałych i ciężkich przypadkach porażenia n. tw..

Z oddziału ginekologiczno - położniczego  
(Ordynator: H. Altkauffer).

## **Leczenie mięśniaków macicy w świetle dawnych i współczesnych poglądów w zestawieniu z postępo- waniem na oddziale ginekologiczno - położniczym d-ra H. Altkauffera.**

PODAŁ

**Marek Segal,**

Asystent oddziału.

Panu D-rowsi Henrykowi Altkaufferowi  
w roku 35-lecia Jego pracy lekarskiej  
szpitalnej w dowód wdzięczności — po-  
święcam.

Warszawa, r. 1937.

Ginekologia współczesna przyjęła, jako zasadę, że macicę, narząd tak bezwzględnie ważny dla żywotności kobiety, należy usiłować zachować możliwie w każdym przypadku (Bacciarelli).

Zasada ta w leczeniu mięśniaków macicy przejawia się w dążności do stosowania zachowawczych metod operacyjnych. Od lat dziesięciu daje się to zauważyć w postępowaniu zarówno ginekologów starszego pokolenia, jak i najmłodszych. Wynika to również i z tego, że chirurgia mięśniaków macicy osiągnęła bardzo wysoki stopień rozwoju, dzięki czemu można dziś leczyć wiele przypadków, nie upośledzając zbytnio czynności fizjologicznej chorego narządu. W myśl powyższych zasad stosujemy leczenie radykalne tylko wtedy, kiedy jest ono bezsprzecznie konieczne.

Dawniej traktowano radykalnie również i przypadki, tak zwane „konieczne“, dziś jednak znaczna liczba takich chorych kwalifikowałaby się najwyżej do wykonania wysokiej amputacji nadpochwowej. Zresztą do tych spraw powrócę jeszcze i omówię je szerzej.

Tu nadmienię jedynie, że postępowanie w przypadkach mięśniaków macicy jest obecnie b. różnorodne, a granice radykalnego, konserwatywnego, operacyjnego, bądź nieoperacyjnego postępowania są bardzo rozległe. Nie od rzeczy więc będzie tu omówienie bliższe pewnych kierunków w traktowaniu mięśniaków macicy.



Mięśniaki, guzy, jak wiadomo łagodne, rozwijają się z tkanki mięśni gładkich. W ich budowie może przeważać tkanka mięśniowa lub łączna. O ile przeważa łączna, mówimy o włókniako-mięśniaku, albo nawet o włókniaku<sup>1)</sup>.

Jak wyżej wspomniałem, łagodne ich cechy pozwalają, w myśl tezy Bacciarelli'ego, zachowawczo traktować te mięśniaki, które nie dają żadnych objawów. Tu nawet takie zabiegi, jak wyluszczenie, mogą mieć uzasadnienie jedynie wówczas, kiedy istnieje konieczność zapobieżenia rozrostowi lub przemianom złośliwym. Idąc konsekwentnie po linii tego rozumowania, dochodzimy do wniosku, że istnieje niewątpliwie pewna kategoria mięśniaków macicy, które wogóle nie wymagają żadnego leczenia. Rzeczywiście takie przypadki istnieją; liczba ich jest nawet dość duża. Z nowszych autorów A. Labhard (Basel) mówi o 25%, Frantz o 23%, Lockeyr o 55% takich przypadków. — Olshausen, jeden z najbardziej konserwatywnych ginekologów w traktowaniu mięśniaków, mówi o 70%! Statystyka naszego oddziału ustala 12% mięśniaków macicy, nie wymagających żadnego leczenia. Liczby te jednak nie są miarodajne. W rzeczywistości liczba przypadków takich jest znacznie większa, lecz niektóre w ogóle nie trafiają na oddziały ginekologiczne, gdyż są słusznie eliminowane przez lekarzy, kwalifikujących chore do leczenia szpitalnego, gdyż wystarcza tu sama obserwacja okresowa. — Zastanawia fakt, że choć „cały szereg kobiet doskonale znosi mięśniaki“ (Cott), co zostało ustalone statystycznie, jednak nóż, promienie X, a ostatnio rad — są nadal zbyt często stosowane. Mięśniaki stanowią schorzenie dość rozpowszechnione, a systematyczne badanie kobiet w wieku od 35 do 45 lat daje duży odsetek wykrytych włókniaków; istnienia ich chore nawet nie przypuszczają. — Niektóre nie dają wogóle objawów; inne ujawnia nieco przedłużająca się miesiączka, nie wpływająca na stan ogólny. Inne znów wywołują drobne dolegliwości uciskowe. To też nic dziwnego, że znaczna liczba mięśniaków tej kategorii zostaje zupełnie przypadkowo odkryta. — O stwierdzonym włókniaku nie należy mówić pacjentce, jako o „guzie“,

---

<sup>1)</sup> Pragnę zaznaczyć, że bardzo rzadko spostrzega się histopatologicznie czyste włókniaki lub mięśniaki. A że postępowanie w obu wypadkach jest jednakowe, będziemy więc tu terminem — mięśniak, włókniak — określać zarówno mięśniako-włókniaki, jak i włókniaki.

szczególnie pacjentkom przeczulonym, z objawami hipochondrii. Takie należy raczej uświadomić, że jest to zupełnie niewinna dolegliwość, o której jednak powinna wiedzieć i poddawać się regularnie badaniu lekarskiemu.

Z chwilą, gdy na podstawie badań klinicznych, popartych wywiadem oraz badaniem dwuręcznym, ustalono rozpoznanie mięśniaka macicy, lekarz ma do rozstrzygnięcia następujące cztery zagadnienia:

1. czy stwierdzony mięśniak w ogóle należy leczyć?,
2. czy należy przeprowadzić tylko leczenie objawowe, czy też i przyczynowe?,
3. czy zastosować leczenie operacyjne, czy zachowawcze?,
4. którą z metod operacyjnych obrać: zachowawczą czy radykalną?

Postaram się w krótkim zarysie ustalić postępowanie oddziału naszego w rozwiązywaniu wymienionych zagadnień, oraz podać w zestawieniu stanowisko niektórych autorów w tych kwestiach.

1. **Włókniaki nie wymagające leczenia.** W odpowiedzi na pytanie pierwsze podkreślę w tym miejscu zasadę postępowania, przyjętą na naszym oddziale:

Guzy, nie przekraczające wielkością główki noworodka, a sięgające pod pępek (wielkości  $< >$  4-mies. ciąży) nie wymagają postępowania leczniczego, oczywiście, gdy nie dają żadnych objawów. Odchylenie od tej reguły następuje wtedy, gdy stwierdzamy, że bezobjawowy mięśniak jest jedyną bezwzględną przyczyną niepłodności albo nawykowego poronienia, względnie też gdy w przebiegu operacji brzusznej z odmiennych przyczyn, wykrywamy mięśniaki macicy. Wówczas można je usunąć tylko w tym wypadku: 1) jeżeli są to pojedyncze mięśniaki podsurowicze; tych wyłuszczenie jest proste; 2) jeżeli guz jest uszypułowany. Tak postępując, działamy w myśl zasady, że, o ile włókniak klinicznie nie daje znamion patologicznych nie należy go czynnie leczyć.

Gdy się jednak stwierdza, że mięśniak wymaga interwencji, to okazuje się, że skala metod leczniczych jest dość rozległa, a trudność wyboru między leczeniem objawowym, a przyczynowym staje się punktem wyjścia bardzo rozbieżnych poglądów

# SEPTAZIN

Benzylo - p - amino - benzeno - sulfamid

Swoisty lek przeciw chorobom zakaźnym  
o wybiórczym działaniu na streptokoki.

Nietoksyczny, bezbarwny i bez smaku

## SEPTAZIN SOLUBILE

Rozpuszczalna poohodna Septaziny (5% bezbarwny roztwór l-fenilo - 1,3  
(dwusulfopropyl)-p-amino-benzeno-sulfamidu sodowego)

**do stosowania dożylnego i domięśniowego.**

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

Róża. Zakażenie połogowe. Posocznica.  
Angina septyczna. Grypa i jej powikłania.

**Ceny obniżone** (dla publiczności)

Septazin tabl 20 × 0,5	zł 4,80
" " 12 × 0,5	zł 3.—
" solub. 5 amp po 5 cm <sup>3</sup>	zł 5,25
" " 5 " " 10 "	zł 8,60

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

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

**Septazin Solubile** Dzieciom do 20 cm<sup>3</sup> domięśn.  
Dorosłym do 60 cm<sup>3</sup> dożylnie  
i domięśniowo.

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

Przem. - Handl. Zakł. Chem.

## LUDWIK SPIESS i SYN

Sp. Akc. — Warszawa



### Leczenie objawowe:

Aschner, wychodząc w swych poglądach krańcowych z założenia teorii hormonalnych, wypowiada się za koniecznością zachowawczego powszechnie traktowania włókniaków, utrzymującego miesięczkowanie (co ma być procesem oczyszczenia koniecznym dla ustroju kobiety). Pogląd taki krańcowy trudno bez zastrzeżeń uznać za słuszny. Proponowane przez Aschnera upusty krwi lub środki przeczyszczające nie znajdują przypuszczalnie wielu zwolenników w leczeniu krwawiących mięśniaków. Tak samo zresztą budzą wątpliwości poglądy tych, co żądają radykalnego operowania wszystkich absolutnie mięśniaków lub też przeciwnie — stosowania wyłącznie naświetlań promieniami Roentgena. Leczenie objawowe włókniaków macicy, w myśl postępowania naszego oddziału, odnosi się tylko do nielicznej grupy przypadków, w których są tylko nieznaczne krwawienia, bądź obfite miesiączki.

Wyjątek stanowią tu guzy podśluzowe oraz włókniaki wielkie. To też środkiem orientacyjnym dla nas, w każdym przypadku stwierdzonego włókniaka macicy, nie przekraczającego wielkością główki noworodka (1 — 2 palce pod pępkiem) z objawami krwawienia, jest zawsze wynik histopatologicznego badania wyskrobin, otrzymanych z próbnego wyłyżeczkowania jamy macicy. *Excochleatio probatoria cavi uteri* zorientuje nas wyraźnie co do postępowania objawowego w przypadkach niedużych włókniaków bez charakteru podśluzowego lub zmian zwyrodnienia. Zabieg ten stanowi również środek leczniczy, dający często niezłe wyniki, o ile uzupełnia go podawanie leków farmakologicznych z grupy styptica lub secale. Podkreślić tu jednak należy, iż lyżeczkowanie jamy macicy, dawniej stosowane *larga manu*, później zostało przez wielu zachowane tylko dla nielicznych przypadków bądź też nawet w zupełności zaniechane, a to z powodu licznych następstw i komplikacji (np. oderwanie podśluzowego mięśniaka, zakażenia i ropienie, krwotoki, przebicie macicy i t. p.) Stano-wisko tych autorów ma swe uzasadnienie, gdy uważać będziemy wyłyżeczkowanie jamy macicy za środek terapeutyczny, a nie rozpoznawczy, jak w postępowaniu naszego oddziału. Nie ulega wątpliwości, że wyłyżeczkowanie jamy macicy, gdy są małe mięśniaki, jest tak samo niewinnym zabiegiem, jak w macicach bez mięśniaków. W przypadkach mięśniaków dużych lub podśluzo-

wych zabieg ten, wykonany przez ginekologa doświadczonego przy dokładnym i starannym rozszerzeniu szyjki i umiejętnym sondowaniu jamy macicy, nie tylko jest nieszkodliwy, ale, jak już nadmieniałem, stanowi często skuteczny środek leczniczy, a przede wszystkim rozpoznawczy, daje bowiem wytyczne dalszego postępowania w terapii promienistej lub operacyjnej.

Tak więc leczenie objawowe w nieskomplikowanych i diagnostycznie ściśle ustalonych przypadkach ma swoje uzasadnienie. Lecz jest to tylko postępowanie próbne; należy je przerwać z chwilą, gdy okaże się bezskuteczne, wzgl. szkodliwe (np. gdy wzrasta się krwawienie) lub też, gdy wskutek swej długotrwałości, nie nadaje się ze względów ogólnospołecznych.

Objawowe leczenie krwawień macicy z powodu mięśniaka wymaga głównie leżenia w łóżku, uregulowania wypróżnień oraz stosowania środków, hamujących krwawienie. W naszym postępowaniu skutecznymi okazały się preparaty wapnia, podawane czas dłuższy, wzgl. też i środki z grupy styptica i secala pod rozmaitymi postaciami.

Niektórzy stosują chętnie w tych przypadkach zimne lub ciepłe przepłukiwania oraz tamponadę pochwy. Według nas, zabiegi te są dość zdradliwe a mało skuteczne.

Podkreślić tu jeszcze należy oddziaływanie dodatnie w niektórych, zresztą nielicznych przypadkach, kuracji balneologicznej w specjalnych zdrojowiskach. Chore powracają jakby odświeżone i odmłodzone po kuracjach solankowych lub jodowych, kąpielach  $\frac{1}{2}$ -pełnych, częściowych, nasiadowych lub tylko nóg. Obserwujemy nierzadko nawet zmniejszenie się krwawień po tak przeprowadzonej kuracji. Tu jednak bezwzględnie są przeciwwskazane gorące kąpiele solankowe lub błotne, jak również kwasowęglowe i morskie, jako zabiegi, mogące wzmocnić krwawienie.

Siłą rzeczy nowoczesne poglądy na mechanikę hormonalną miesiączkowania spowodowały zaniechanie prób leczenia organopreparatami metro- i menorrhagij z powodu włókniaków. W obecnym stanie wiedzy nie jesteśmy w stanie ustalić niezbiecie, czy istnieje związek przyczynowy między nowotworem macicy a zmianami w jajniku, a jeżeli tak, to co jest tu zjawiskiem pierwotnym a co wtórnym.

Leczenie energią promienistą: Aby uzupełnić zakres objawowego leczenia krwawień z powodu mięśniaków macicy, należy tu jeszcze omówić postępowanie promieniolecnicze. W naszej klasyfikacji stoi ono na pograniczu leczenia objawowego a przyczynowego. W istocie zaś swej sprowadza się do usunięcia czynnika, powodującego krwawienia miesięczkowe, t. j. do wywołania stałej i przedwczesnej kastracji.

Zastanawiając się nad istotą leczenia mięśniaków prom. Roentgena, którego celem jest zahamowanie krwawień macicznych i przeciwdziałanie dalszemu rozrostowi włókniaków przez zburzenie aparatu pęcherzykowego, przychodzimy do przekonania, że, pomimo dużego powodzenia tej metody leczniczej, w założeniu swym jest ona jednak sprzeczna z podstawową zasadą lekarską „primum non nocere“. Stosując prom. X doprowadzamy do niszczenia organów zdrowych, jakimi są w tych przypadkach jajniki, a pozostawiamy chore — to jest macicę mięśniakową. Takie postępowanie nie odpowiada celowi terapii właściwej, czynnej, w zwalczaniu mięśniaków; polegać ono winno, jak każde racjonalne leczenie, na usunięciu przyczyny choroby, a więc tu — na usuwaniu mięśniaków macicy. Roentgenoterapia sprzyja raczej zwalczaniu, wzgl. tylko łagodzeniu, objawów choroby — krwawień, kosztem niszczenia zdrowego organu — gruczołu rozrodczego, w tym inniemaniu, że dojrzewanie jajeczek, będąc czynnikiem wyzwalającym i regulującym krwawienia miesięczne, czyni rozwój i rozrost włókniaka zależnym od czynności zdrowego jajnika.

Pozostaje tu jeszcze wyjaśnić, czy takie leczenie objawowe nie staje się bardziej szkodliwe dla organizmu kobiety od innych metod, czy — usuwając dolegliwości poszczególne — tu krwawienie — nie powodujemy większych szkód, zmian ogólnych, bardziej dokuczliwych i w swej istocie nie pożądanych. Czy więc leczenie prom. Roentgena nie wywołuje pierwotnych lub wtórnych uszkodzeń?

Jeśli chodzi o uszkodzenie pierwotne, (oparzenia, owrzodzenia skóry), to przy dzisiejszej technice naświetlań mogą one być prawie wyłączone, a więc nie mogą być brane w rachubę w ocenie samej metody. Często jednak zdarzają się uszkodzenia wtórne, czy to w postaci zwyrodnienia rakowatego, czy też mięsakowatego w samym mięśniaku, lub też uszkodzenia czynności gruczołów rozrodczych, posiadających, jak wiadomo, ogromne



znaczenie dla zdrowia. Uszkodzeń tych nie udaje się już naprawić. Współczesna endokrynologia dostatecznie wyjaśniła, że okres przekwitania jest najprawdopodobniej związany przede wszystkim z wyczerpaniem wyłącznie jajnika i zanikiem jego czynności samoistnymi lub też sztucznie wywołanym. A ponieważ gruczoł rozrodczy kobiety posiada nie tylko doniosłe znaczenie w wykonywaniu funkcji rozmnażania, ale również wpływa na ogólny stan zdrowia i kształtowanie się życia osobniczego, to leczenie mięśniaków macicy promieniami Roentgena mieć winno zastosowanie tylko w tych przypadkach, które odpowiadają określonym wskazaniom, wzgl. gdy są przeciwwskazania do leczenia czynnego, to jest operacyjnego.<sup>1)</sup>

Pogląd nasz na te zjawiska należy uzupełnić jeszcze zestawieniem skutków naświetlania promieniami Rtg. ze zjawiskami zaniku czynności jajników po nadpochwowym usunięciu macicy z pozostawieniem przydatków. Doświadczenie naszego oddziału wskazuje wyraźnie, że dolegliwości, związane z zanikaniem czynności jajników po naświetlaniu promieniami Roentgena, są jednoznaczne z objawami po kastracji chirurgicznej, a więc bardziej przykre, niż po nadpochwowym odcięciu macicy z pozostawieniem jajników. Zdania wielu autorów są i pod tym względem bardzo rozbieżne. Większość autorów na czele z P e h a m e m, F r a n t z e m, J a s c h k e, S e l l h e i m e m, B u m e m uważa, że zjawiska wypadania funkcji jajników, związane z naświetlaniem, są identyczne z kastracją chirurgiczną. Odmiennego zdania są O p i t z i A s c h n e r, którzy wprawdzie uważają zanik menstruacji za główną przyczynę objawów wypadania, lecz tym nie mniej są przeciwnikami opinii, jakoby zjawiska te były silniejsze po naświetlaniach, niż po amputacji nadpochwowej. Ciekawa jest statystyka G a l l a, który (według H a l b a n a i S e i t z a) skonstatował, że zaburzenia psychiczne i nerwowe, włącznie z biciem serca — są zależne nie od leczenia promienistego czy chirurgicznego, a jedynie od tego, czy pozostawiono jajnik, czy też usunięto. Ostrość zjawisk w związku z wypadaniem funkcji jajników ujawnia się przede wszystkim w większej wrażliwości roślinnego układu nerwowego. Kobiety uskarżają się tu na wzmo-

---

<sup>1)</sup> W okresie dojrzewania zależność od jajnika jest tylko wtórna — zmiany w jajniku są spowodowane czynnością przysadki mózgowej, — gdy znów w okresie przekwitania zależą w pierwszym rzędzie od czynności jajnika.

zoną pobudliwość nerwową, znaczne poty, szum w uszach, bóle i zawroty głowy. Często też tym zjawiskom towarzyszy nadciśnienie z dolegliwościami takimi, jak extrasystole, tachycardia, stenocardia. Do tego przyłączają się niedomagania żołądkowo-kiszkowe oraz zaburzenia psychiczne (zaduma, silne podrażnienia i t. p.). Niektórzy tłumaczą te objawy podrażnienia psychicznego stanem stałej nerwowości wielu kobiet. Toteż u osób przeczułonych należy naświetlania prowadzić bardzo oględnie, biorąc pod uwagę możliwość wywołania ciężkich stanów psychotycznych, a nawet psychoz z myślami samobójczymi (A s c h n e r).

Objawy wypadania, związane z naświetlaniami, są według G a u s s a i A s c h n e r a, prawie zupełnie niezależne od wieku kobiet. Nie ulega jednak wątpliwości, że cięższe dolegliwości spostrzega się raczej u młodych (D ö d e r l e i n i inni). U starszych, tuż przed climacterium, zjawiska wypadania są raczej zbliżone do fizjologicznych objawów przekwitania. W ciągu ostatniego pięciolecia poglądy autorów, oparte na licznych doświadczeniach, są jednak zgodne, że objawy wypadania po naświetlaniach Rtg. zazwyczaj są bardzo ciężkie u kobiet młodych, stąd też należy u nich bezwzględnie zaniechać tego sposobu leczenia, zwł. że młode kobiety znacznie łatwiej znoszą krwawienia z powodu mięśniaków, aniżeli objawy wypadania czynności jajników po naświetlaniu (D ö d e r l e i n i P e h a m). F r a n t z uważa naświetlanie młodych kobiet za barbarzyństwo; w swym postępowaniu dąży — ze względu na zdrowie psychiczne pacjentki, do utrzymania po nadpochwowym odcięciu macicy kikuta, zdolnego do miesiączkowania. Prawie wszyscy współcześni specjaliści zaniechali naświetlań włókniaków prom. Rtg. u kobiet młodych, aby uniknąć, jak wyżej zaznaczono, objawów wypadania a utrzymać zdolność rozrodczą oraz miesiączkowanie.

Istnieje znaczna różnica zdań co do granicy wieku, w którym należy wogóle myśleć o naświetlaniu. Oddział nasz unika naświetlania kobiet poniżej lat 40-u. Staramy się granicę tę nawet przesunąć do lat 45 u, co znów uzależniamy od rodzaju guza, jego wielkości, zachowania się w jamie brzusznej, a także warunków indywidualnych i społecznych chorej. Kobiety przeczułone, którym ciężkie objawy wypadania przeszkadzałyby w wykonywaniu codziennej pracy, staramy się raczej operować, niż naświetlać. Niektórzy autorzy, jak np. A s c h n e r, na zasadzie

Przy wrzodach żołądka i dwunastnicy,  
nadkwasocie  
nadsekrecji,  
niepowściągliwych wymiotach  
u ciężarnych

szczególnie skuteczny jest

# Alucol c. Belladonna

w proszku i tabletkach

**Fabryka Chem. Farm. Dr A. Wander, S.A.**

**K R A K Ó W.**

ujemnych wyników z objawami wypadania, idą znacznie dalej i chcieliby wogóle zaniechać naświetlań. Inni, jak Opitz i Waldhard, w przeciwstawieniu do większości autorów, nie uznają wieku, jako przeciwwskazania do naświetlań. Schikele lub Thaler uważają tu za pogranicze 30 lub 35 lat. Przeważa jednak opinia, że uszkodzenie przez naświetlanie czynności gruczołów rozrodczych powoduje tak silne objawy wypadania, nie dające się naprawić, że sposób leczenia prom. Rtg. traktować należy, jako sposób odrębny dla niektórych tylko przypadków. Do takich zaliczamy przypadki, powikłane chorobami, które zmuszają do naświetlań ze względu na niebezpieczeństwo operacji. Choroby serca i naczyń, gruźlica, cukrzyca, ciężkie zapalenie miedniczek nerkowych, bojaźń lub wzbranianie się pacjentki, mogą zmusić lekarza do stosowania naświetlań, choć nie raz wbrew wskazaniom.

Traktując więc leczenie prom. Roentgena jako objawowe, należy się również zastanowić nad jego skutecznością w zwalczaniu 2 głównych objawów mięśniaka, t. j. krwawienia oraz roz-



miarów guza. Tu stwierdzić trzeba, iż w niektórych przypadkach krwawienia, spowodowanego włókniakiem, w żaden sposób nie udaje się usunąć leczeniem promienistym. W jednolitej opinii wszystkich autorów, potwierdzonej również obserwacjami naszego oddziału, mięśniaki podsurowicze, uszypułowane, powodujące krwawienia niezależnie od czynności jajników, nie reagują na naświetlania. Naświetlania tego rodzaju mięśniaków nie prowadzi do celu; tu bowiem i całkowita sterylizacja nie uchroni chorych przed powikłaniami, czy to mechanicznymi (skręt), czy też przed zakażeniem drobnoustrojami (zapalenie macicy i jajowodów), względnie powikłaniami krwotocznymi, spowodowanymi obecnością obcego ciała, jakim staje się bez wątpienia mięśniak.

Identyczne stanowisko zajmuje nasz oddział w stosunku do włókniaków podśluzowych. Z całą stanowczością twierdzimy, że wszystkie przypadki bezskutecznie naświetlanych mięśniaków — okazały się źle rozpoznanymi podśluzowymi włókniakami. Celem uniknięcia tych błędów diagnostycznych oddział, zgodnie z powyższym, stosuje jako metodę, wyłączającą błędy rozpoznawcze, próbne wyłyżeczkowanie jamy macicy w celu histopatologicznego zbadania wyskrobin.

Omawiając wpływ leczenia prom. Roentgena na wielkość guza, stwierdzić należy, że bardzo duże włókniaki, zwł. twarde, nie reagują, lub mało reagują na prom. Roentgena. I tu istnieje znaczna rozbieżność zdań autorów. O ile Seifert i Beclere wcale nie uwzględniają wielkości mięśniaka (Halban) przy wskazaniach do naświetlania, o tyle Opitz (choć jest wielkim entuzjastą promienioleczenia), wypowiada się za operacyjnym leczeniem mięśniaków, sięgających powyżej pępka. Opitz wychodzi z założenia, że zmniejszanie się tych włókniaków albo wcale nie następuje pod wpływem prom. Rtg., albo bardzo powoli, a są możliwości groźnych powikłań w wyniku naświetlania lub dłuższego trwania choroby. Frantz, Halban i J. L. Faure uważają, że leczenie energią promienistą mięśniaków macicy ani nie odpowiada istotnym wymaganiom nauki o leczeniu choroby (*primum non nocere*), ani nie jest skutecznym środkiem w zwalczaniu objawów choroby.

To też względy powyższe spowodowały, że na oddziale stale poddajemy kontroli wydolność ogólną, stwierdzaną za pomocą próby wodnej, co w połączeniu z dokładnym zbadaniem stanu

serca, pozwala ściślej oceniać w poszczególnych przypadkach możliwość wykonania zabiegu operacyjnego.

**Leczenie operacyjne.** — Pozostaje do rozpatrzenia sprawa operacyjnego traktowania mięśniaków. Tu każdy lekarz staje przed dylematem, co wybrać — metodę operacyjną zachowawczą czy doszczętną.

Nasz oddział za metodę wyłączną obrał nadpochwowe odcięcie macicy z pozostawieniem jedynie jajników (*amputatio supravaginalis cum salpingectomy bilateralis*).

Jedynie w zupełnie odrębnych przypadkach czynimy w tym odstępstwa albo w kierunku zachowawczym — wyluszczaamy mięśniak (*enucleatio myomatis modo Martin*), względnie odcinamy go (*ablatio myomatis*), albo też wykonywamy doszczętny zabieg — całkowite wycięcie macicy (*extirpatio totalis uteri*).

Nie ulega wątpliwości, że ideałem w chirurgicznym traktowaniu mięśniaków macicy byłoby w każdym przypadku umiejętnie, łatwe, ośosobnione usuwanie mięśniaka z pozostawieniem macicy i przydatków. Odpowiadałoby to wspomnianej na wstępie zasadzie współczesnej chirurgii, że należy zachować funkcję fizjologiczną chorego narządu. Lecz postępowanie chirurgiczne zachowawcze — wyluszczanie, wzgl. odcięcie mięśniaka z pozostawieniem macicy i przydatków, lub usuwanie włókniaków uszypułowanych, wzgl. za pomocą klinowatej rezekcji, w stylu *A s c h n e r a* lub *C o t a*, daje się zastosować tylko w nielicznych wypadkach. Albo dlatego, że mięśniaki przeważnie występują w liczbie mnogiej, co przy najbardziej doskonałej technice operacyjnej stwarza trudności w opatrzeniu rany oraz hemostazje i powoduje liczne komplikacje pooperacyjne. Pominę już bardzo znaczny odsetek nawrotów, stwarzających konieczność powtórzenia dość ciężkiego zabiegu operacyjnego.

Oddział nasz — na zasadzie wieloletniego doświadczenia — uwzględniając właśnie znaczenie czynności gruczołów rozrodczych zarówno dla fizycznego i psychicznego zdrowia kobiety, wzgl. dla przemiany materii oraz układu nerwowego wegetatywnego, uważa za konieczne w traktowaniu mięśniaków macicy dążyć do oszczędzania jajników. Już dawno wszczęto dyskusję na temat, czy zachowanie gruczołów rozrodczych chroni przed objawami wypadania. Większość autorów dowodzi, że ścisła obserwacja operowanych chorych wykazuje znaczną różnicę w przebiegu objawów

pooperacyjnych po wycięciu jajników (extirpatio uteri totalis cum adnexo) a powolnym nawet zanikiem pozostawionych jajników. Gdy bowiem w pierwszym wypadku dolegliwości przekwitania występują dość prędko i bardzo burzliwie, wpływając ujemnie i niekorzystnie na subiektywny stan zdrowia, to w drugim spostrzega się powolne przystosowanie organizmu do zanikających funkcji, na ogół odpowiadające fizjologicznym zjawiskom. Hy-neman, Frantz, Zweifel i Winter uważają, że, pozostawiając jajniki, można u większości kobiet zapobiec zjawiskom wypadania; według nich w 28% są słabe objawy i tylko 17% skarżyć się będzie na bardzo silne dolegliwości.

Biorąc za podstawę założenie współczesnej fizjologii, że dopóki macica ma tendencję do miesiączkowania, to należy dążyć do pozostawienia w ustroju takiej jej części, która byłaby jeszcze zdolna do życia i umożliwiała dalsze regularne miesiączkowanie, usiłujemy przy nadpochwowym odcięciu macicy wraz z mięśniakiem, pozostawić w kikucie jaknajwiększy odcinek szyjii a nawet mięśniówki wraz ze śluzówką zdrowej macicy. W tym celu wykonujemy tak zwaną wysoką amputację. Zaobserwowaliśmy pewne wyrównanie i pewną zwłokę w występowaniu climacterium, gdy wraz z jajnikami pozostawia się też część śluzówki z mięśniówką. Korzyścią tej metody operacyjnej jest więc możliwość zachowania prawidłowego miesiączkowania do późnego wieku, nawet do 55-u lat, gdyż, jak wiemy, kobiety, chore na mięśniaki, przestają miesiączkować później niż zdrowe. Obserwacja nasza wskazuje, że część tych kobiet zachowała zdolność menstruacyjną, większa jednak część utraciła miesiączkę. Lecz i to staje się już zdobyczą o dużym znaczeniu w walce z mięśniakami i dla życia psychicznego i seksualnego jednostki.

Ostatnio niektórzy autorzy francuscy, idąc jeszcze dalej, proponują, w myśl tych założeń, wszczepianie śluzówki do kikuta pooperacyjnego (również Fuks, Beck, Czyżewicz).

Odpierając zarzuty, które mogłyby być skierowane przeciwko naszej metodzie operacyjnej, zwrócimy w pierwszym rzędzie uwagę na rzekome niebezpieczeństwo zwyrodnienia rakowatego w kikucie tak pozostawionym. Często wskazywali na to niektórzy autorzy starsi, jak Christophor, Murtin, Chrobak, Richelot. Na podstawie obserwacji naszego oddziału wydaje się to mało prawdopodobne, od czasu, gdy przedoperacyjne badanie drobno-



widowe wyskrobin pozwala zawczasu wykryć cechy zmian złośliwych. Obserwacje Frantza, Lunda i Albrechta potwierdzają słuszność naszego stanowiska, a Fleischman ocenia możliwość tych zwyrodnień liczbą — 0,32%. Kliniki amerykańskie Newton-Lincoln znacznie wyżej oceniają ewentualne zwyrodnienie złośliwe, dochodząc do 3—6% przypadków pooperacyjnego raka kikuta. Gdybyśmy przyjęli nawet tak wysoki przeciętny odsetek zwyrodnienia kikuta po nadpochwowym odcięciu macicy, to niebezpieczeństwo operacyjne tej metody w porównaniu z całkowitym wycięciem macicy i liczbowo nawet przemawia na korzyść tej pierwszej.

Amputacja nadpochwowa dla wyszkolonego ginekologa jest najpewniejszym zabiegiem w chirurgii jamy brzusznej od czasu zaprowadzenia aseptyki, udoskonalenia techniki i większego doświadczenia w ustalaniu wskazań do tego rodzaju operacji.

Wskazania do wykonania nadpochwowego odcięcia macicy, tej odrębnej metody operacyjnego leczenia mięśniaków macicy, mają naturalnie swoje granice. A więc: a) pewność, że pozostawiony kikut nie jest dotknięty żadną sprawą chorobową (wczesne raki szyi macicy lub trzonu wyłączamy badaniem drobnowidowym); b) łatwość hemostazy, uwarunkowana istotną łagodnością nowotworu; c) jałowość pola operacyjnego, uzależniona od pewnego rozpoznania i wyłączenia zapalnych guzów jajnika, d) niskie usadowienie mięśniaków, zwł. drążących ku szyi i macicy (myoma cervicale); e) duże guzy międzywładłowe (myoma intraligamentare), nie zawsze nadają się do prostej metody operacyjnej i często zniewalają operującego do wykonania całkowitego wycięcia macicy (extirpatio uteri totalis), operacji, stosowanej przez nasz oddział we wszystkich skomplikowanych wypadkach. Nadpochwowe odcięcie macicy, zdaniem naszym, w przypadkach nieskomplikowanych, a nawet bardzo dużych włókniaków, daje znacznie większe korzyści, niż całkowite wycięcie macicy, a to wynika z łatwości technicznej, absolutnej pewności aseptyki i hemostazy oraz możliwości szybkiego wykonania zabiegu; to ostatnie w wielu przypadkach jest rzeczą nie bez znaczenia, gdy idzie o ratowanie życia operowanej.

Aby dokładniej uzasadnić i objaśnić postępowanie oddziału przy wyborze właściwej metody operacyjnej pozwolę sobie w krótkości wymienić tu jeszcze niektóre szczegóły. Dążeniem naszym

jest, o ile tylko warunki operacyjne pozwalają (ruchomość guza i grubość powłok), stosować cięcie poprzeczne P f a n n e n s t i e l a, jako najdogodniejsze do utrzymania bez zmiany warunków kosmetycznych i zdrowotnych tłoczni brzusznej. Daje to też najmniejszy odsetek przepuklin pooperacyjnych nawet w przypadkach gojenia się per secundam. Przy usuwaniu włókniakowatej macicy uważamy za podstawową konieczność pozostawienie jajników; ostatnio usiłujemy również utrzymać i trąbki (w miarę możliwości), będące w żywym połączeniu z naczyniami i jajnikami, a jest to nieobojętne dla utrzymania żywotności jajnika (badania N e u g e b a u e r a).

Statystyka umieralności chorych naszego oddziału w odniesieniu do nadpochwowego odcięcia macicy, wyrażona w %, w porównaniu ze śmiertelnością w % po całkowitym wycięciu macicy, wprawdzie nie świadczy obiektywnie wyraźnie o niebezpieczeństwach samych metod, gdyż skomplikowane warunki operacyjne i ciężkość operowanych mięśniaków rozmaicie ją obciążają. Tym niemniej zgodna opinia najbardziej wprawnych operatorów, jak F r a n t z, L a t z k o, W e i b e l i inni, stwierdza przewagę bezpieczeństwa amputacji nadpochwowej.

Po tych wywodach o stosowaniu przez nas nadpochwowego odcięcia macicy, jako metody wyłącznej w leczeniu dużych i nieskomplikowanych włókników, oraz całkowitego wycięcia macicy, jako metody koniecznej w wypadkach skomplikowanych lub złośliwie zwyrodniałych mięśniaków — chciałbym tu omówić jeszcze stosowane przez nas od czasu do czasu daleko idące zachowawcze metody operacji mięśniaków macicy.

Są to zabiegi, odnoszące się w pierwszym rzędzie do pochwowych operacji włókników podśluzowych, wzgl. polipów rodzących się pojedynczo. Pojedyncze, a i liczne polipy macicy, usuwamy skręcaniem ich u podstawy szypuły i oraz wyłyżeczkowaniem jamy macicy (wyskrobiny badamy zaraz drobnowidowo). Pojedynczo rodzące się włókniaki macicy usuwamy przez wyluszczenie z otoczki, podwiązanie jej oraz z kolei ostrożne wyłyżeczkowanie jamy macicy. Oddział nasz od szeregu lat nie stosuje usuwania mięśniakowatej macicy przez pochwę, wychodząc z założenia, że włókniaki, które dają wskazania do zabiegu operacyjnego przez swój wymiar i zmiany, nie nadają się do usuwania przez pochwę. — Metoda ta i ze względu na długotrwałość za-

- 131 -  
Chemiczna Fabryka dawniej

**Sandoz**

Bazylea, Szwajcaria

# Bellergal

Drażetki o składzie:

Bellafolin,

Gynergen,

kwas feniloetylobarbiturowy

w zaburzeniach wegetatywnych,  
ogólnych stanach nerwowych,  
w depresjach,  
w nerwicach narządów,  
w skłonnościach do wrzodu przewodu  
pokarmowego,  
w migrenach, pokrzywkach na podłożu  
amfotonicznym

okazał się równie pożądanym jak skutecznym.

Wszystkie preparaty marki **SANDOZ**

**Składnica apteczna, zaopatrująca szpitale**

**m. st. WARSZAWY,**

posiada na składzie

**po specjalnie obniżonych cenach.**

**WSPÓŁP. NAUK. FIRMY SANDOZ:**

**Inż. KAROL ANT. SOMMER, Warszawa**

**Hoża 42 8, tel. 8.09.36**



nieograniczone. Chora mówi z trudem, głosem ochrypłym, wpadającym często w falset; męczy się przy mówieniu, gdyż często odczuwa potrzebę wykonania głębokich wdechów.

Gruczoły chłonne na szyi wzdłuż przedniego brzegu prawego mięśnia sutkowo - obojczykowego znacznie powiększone, bolesne; ruchy głowy również bolesne. Tarczycza nie powiększona.

Zrenice: równe, okrągłe, na światło i zbieżność reagują prawidłowo. Spojówki blade; odruch spojówkowy i rogówkowy zachowane. Ruchomość gałek normalna. Oftalmoskopia zmian na dnie oka nie stwierdza (Dr Sterling).

Język: wilgotny, lewa połowa nieco obłożona, zbacza nieco w lewo; ruchy języka we wszystkich kierunkach prawidłowe. Zaburzeń smaku nie stwierdzono.

Błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli bez widocznych zmian. Migdałki ukryte za łukami, o powierzchni i kryptach niezmienionych. Języczek zbacza w stronę lewą. Podczas fonacji napina się jedynie lewa połowa podniebienia. Przy obmacywaniu palcem dolnego gardła wyczuwa się tylko po stronie lewej skurcz zwieracza. Czuć bólowe i dotykowe na całej przestrzeni gardła zachowane.

Nos i uszy bez zmian patologicznych.

Laryngoskopia: Nagłośnia nieznacznie przeciągnięta w lewo. Błona śluzowa krtaniowej powierzchni fałdu nalewkowo-nagłośniowego prawego oraz prawej połowy nagłośni i przedsionka krtani aż do wysokości strun rzekomych jest nieco zaczerwieniona; na tej przestrzeni widzimy 5 ugrupowań pęcherzyków w ilości od 3—5, wielkości prosa, które nigdzie nie przekraczają linii środkowej krtani. Brzeg tych ugrupowań przedstawia tu linię nierówną w postaci łukowatych odcinków koła, a powierzchnia ich koloru szaro - żółtawego jest w częściach środkowych bardziej pomarszczona niż na obwodzie. Tylko w 2 ugrupowaniach zachowany jest charakter pęcherzykowy wykwitów, pozostałe zaś przedstawiają sobą nadżerki, na których powierzchni znajdują się płatki warstwy nabłonkowej. Struny o wyglądzie niezmienionym; prawa struna nieruchoma, ustawiona w położeniu trupim.

Serce: Lewa granica górna poszerzona o  $\frac{1}{2}$  palca, II ton nad aortą zaakcentowany. Tętno miarowe, 76/min., silnie napięte, na obu tętnicach promieniowych równocześnie wyczuwalne. Ciśnienie krwi:  $\frac{180}{85}$ . Żadnego stłumienia patologicznego pod mostkiem i obojczykiem nie stwierdzono. Na klatce piersiowej żył rozszerzonych niema.

Płuca: fizykalnie zmian patologicznych nie wykryto.

Narządy jamy brzusznej bez zmian.

Badanie neurologiczne (Dr Sterling) wykazuje, poza zmianami w jamie ustnej i gardzieli, jedynie wzmożenie odruchu kolanowego i odruchu ze strony ścięgna Achillesa po stronie lewej.

Zdjęcie roentgenowskie klatki piersiowej: w płucach wzmożony rysunek naczyń - oskrzelowy; łuk aorty nieco wychylony (Dr Mesz).

Reakcja Wassermanna — ujemna.

Badanie moczu — norma.

Badanie morfologiczne krwi wykazało nieznaczną limfocytozę — 32%.

Na nakłucie lędźwiowe chora się nie zgodziła.

W danym przypadku mamy niewątpliwie do czynienia z półpaścem krtani. Przemawiają za tym: 1. Charakterystyczne ugrupowanie i umiejscowienie pęcherzyków, nie przekraczające ściśle linii środkowej krtani; 2. Ustąpienie tych wykwitów po kilku dniach bez pozostawienia w krtani jakichkolwiek śladów; 3. Silne bóle gardła o charakterze neuralgicznym; 4. Powiększone i bolesne gruczoły chłonne; 5. Krzywa ciepłoty; 6. Porażenia, dla których nie znaleźliśmy żadnego innego wytłumaczenia.

Na ogół porażenia nie są typowe dla półpaśca. Opisano jednakże liczne przypadki bezwładu nerwu III i VI w przebiegu półpaśca ocznego, porażenia n. VII w półpaścu usznym, porażenia mięśni ściany brzusznej i kończyn w przebiegu półpaśca na tułowi i kończynach.

Z dostępnego mi piśmiennictwa przytoczę w szkicu obserwacje półpaśca krtani innych autorów.

1. P. Jacques na kongresie laryngologów belgijskich w 1930 r. podał przypadek lewostronnego porażenia półpaścowego mięśni twarzy, podniebienia, gardła i krtani u 60-letniej kobiety, u której pęcherzyki wystąpiły na lewej połowie podniebienia miękkiego i krtaniowej powierzchni nagłośni oraz w lewym przewodzie usznym. Obraz choroby i przebieg w danym spostrzeżeniu nie nasuwały żadnych wątpliwości co do rozpoznania. Ciekawe jest w tym przypadku wystąpienie półpaśca w przebiegu leczenia zębów; zachodziło stąd podejrzenie, że uraz, związany z zabiegami podczas leczenia, mógł odegrać rolę wywołującą, na co zwraca uwagę D i o u d o n n a t, L e m p e r t.

2. S o m o g y i L a s z l ó w 1933 r. opublikowali przypadek półpaśca krtani u 72-letniej kobiety, u której wystąpiło porażenie n. zwrotnego. Objawy i przebieg choroby i w tym przypadku nie nasuwały żadnych wątpliwości rozpoznawczych.

3. P i r o v a n o obserwował przypadek półpaśca krtani u 27-letniego pacjenta. Cierpienie rozpoczęło niedomaganie ogólne, gorączka, dreszcze i bóle głowy. Po kilku dniach wystąpiły silne bóle w łykaniu, które uniemożliwiły przyjmowanie pokarmów. Laryngoskopowo stwierdzono na jednej połowie krtani powierzchowne nadżerki.

4. B a l d e n w e c k w 1934 r. referował przypadek półpaśca podniebienia i krtani z porażeniem n. zwrotnego u 45-letniego mężczyzny z rakiem tarczycy. Wobec stwierdzonego tu raka, który mógł być spowodować porażenie, A n d r é B l o c h ma wątpliwości co do półpaścowego charakteru sprawy i skłonny jest tu raczej rozpoznać zwykłą opryszczkę krtani.

5. C a r l o M a r c a n d i n o w 1934 r. opisał przypadek półpaśca krtani u kobiety 26-letniej. W tym przypadku po długotrwałych dolegliwościach stawowych pojawiły się bóle ucha, kaszel, duszność i powiększenie gruczołów. Na błonie śluzowej języka i krtani stwierdzono pęcherzyki, które po pęknięciu miały wygląd zlewających się i głęboko drażących nadżerek. Z powodu obrzęku krtani dokonana została tracheotomia, podczas której nastąpiło zejście.

Przypadek ten wobec nietypowego obrazu klinicznego i rozlanego obrzęku krtani, zagrażającego życiu, nasuwa wątpliwości rozpoznawcze tym bardziej, że na sekcji stwierdzono zmiany o charakterze błoniczym (Herpes błoniczy?)

Nie będę bliżej wnikał w różne teorie, tłumaczące patogenезę półpaśca. Związek jego z ospówką nagminnym zapaleniem mózgu i opryszczką stwierdzają liczne doświadczenia biologiczne, epidemiologiczne oraz obserwacje kliniczne.

W niniejszej pracy pozwolę sobie jedynie podać zmiany anatomo-patologiczne, stwierdzane na sekcji w przypadkach półpaśca z zejściem śmiertelnym.

M a ń k o w s k i i L h e r m i t t e stwierdzili zmiany histopatologiczne nie tylko w zwojach międzykręgowych i korzeniach tylnych, lecz obok zmian w pierwszym neuronie czuciowym — znaleźli także zmiany w szarej i białej substancji rdzenia. Te ostatnie nie zawsze ujawniały się klinicznie. Zmiany te tłumaczą nam porażenia, nie ustępujące w wielu przypadkach półpaśca, a które przez zwykły obrzęk lub też przekrwienie korzeni nie mogły być wywołane.

B i n g i R o s e przeprowadzali badania doświadczalne na świnkach morskich, którym szczepiono w łapki virus półpaśca. Szczepienia wywoływały nacieki około n. kulszowego po stronie





# Seciferrina

Ovolecithina z żelazem

Znany środek odżywczy  
i wzmacniający

**Stosowany:**

w osłabieniach, blednicy,  
anemii, neurastenii,  
w rekonwalescencji

Flakon  $\frac{1}{1}$  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

równobocznej, zarówno jak po przeciwnej. Nacieki te sięgały ku górze, aż do mózgu. Zaznaczyć należy, iż w odcinkach odpowiadających n. kulszowemu, były zmiany o charakterze rozlanym; natomiast w mózgu były mniej liczne ogniska o rozmiarach niedużych. W danym przypadku i w analogicznych przypuszczać możemy zmiany w gł. nodosum, względnie jugulare oraz w nucleus ambiguus w rdzeniu przedłużonym. Oprócz porażenia krtani i zwieracza gardła zmiany te tłumaczyłyby także objawy porażenia ze strony podniebienia, jeżeli pogląd Arnolda jest słuszny, że gałązki n. błędnego unerwiają m. dźwignic podniebienia miękkiego, m. nieparzysty języczka i m. podniebienno-gardłowy.

Tu objawy bezwładu wystąpiły wcześniej niż erupcja pęcherzyków, gdyż trudności w łykaniu oraz chrypka istniały już przed wystąpieniem wysokiej ciepłoty i bólów. Podobnie też w półpaścu innych okolic ciała, zwłaszcza w okolicy twarzy, opisano porażenia, występujące przed zjawieniem się pęcherzyków.

Niektórzy autorzy dopatrują się przyczyny t. zw. reumatycznego porażenia n. twarowego w półpaścu, który klinicznie nie ujawnił się wykwitami na skórze, bądź też ujawnił się tak nikłymi, że zostały one niespostrzeżone.

Należy przypuszczać, że porażenia w obrębie gardzieli i krtani, o etiologii niejasnej, mogą także mieć niekiedy tło półpaścowe.

---

Z I-go oddziału neurologicznego.  
(Ordynator: doc. W. Sterling).

---

### **Erytromelalgia w przebiegu władu rdzenia.**

(Przyczynek do leczenia histaminą nerwic naczynioruchowych).

PODAŁ

**W. Stein.**

Erytromelalgia należy do angioneuroz nie często spotykanych, a w władzie rdzenia zdarza się wyjątkowo. Patogeneza erytromelalgii jest niejasna, a leczenie objawowe. Być może, że wprowadzenie do leczenia angioneuroz histaminy (P a s t e u r - V a l l e r y - R a d o t, C h a z a n o w) rzuci pewne światło na patogenezę tych schorzeń. Te dwa względy: powikłanie władu rdzenia erytromelalgia i jej wyleczenie za pomocą histaminy — skłoniły właśnie do opublikowania poniższego przypadku.

48-letni mężczyzna P...,<sup>1)</sup> z zawodu portier, zgłosił się do oddziału I.VIII.1937 r., skarżąc się na dokuczliwe drętwienie dłoni i stóp oraz uczucie stałego ziębnienia podudzi i stóp („jakby po lodzie stapał“). Dolegliwości te trwały od maja r. b.—Innych skarg nie wypowiadał. Przed trzema laty szankier twardy. Odczyn W a s s e r m a n a we krwi (zbadany w szpitalu Ś go Łazarza) wypadł dodatnio. Chory w tymże szpitalu pobrał dwie kolejne kuracje swoiste (neosalwarsan i quinby), trzecią kurację na mieście. Więcej nie leczył się. Wysypki nigdy nie miał. Przez cały czas pracował, uważał się za zupełnie zdrowego. Wódkę pije od trzech lat po 1/4 litra codziennie. Wypala po kilkadziesiąt papierosów dziennie. Wywiady rodzinne nie wnoszą nic istotnego.

---

<sup>1)</sup> Chory był przedstawiony na posiedzeniu Warsz. Tow. Neurologicznego w październiku r. 1937.

Badanie obiektywne nie wykryło w narządach wewnętrznych żadnych odchyień od normy. Tętno w granicach 70—80 na minutę. Przez cały czas pobytu na oddziale (trzy miesiące) stan bezgorączkowy. RR. 110/75.

Układ nerwowy: Czaszka o średnich wymiarach, zbudowana symetrycznie, przy opuku nie bolesna. Objawów oponowych nie było. Zrenice: lewa szersza od prawej i ścięta w dolnym biegunie. Reakcja na światło mało obszerna, na nastawienie i zbieżność dobra. Ostrość wzroku obustronnie 5/5; pole widzenia — norma; dno oczu — norma. Pozostałe nerwy czaszkowe bez zmian. W zakresie górnych kończyn: rozmiar ruchów czynnych, siła mięśniowa, napięcie mięśniowe, próba palec-nos, diadochokineza — bez zmian. Drobne drżenie palców u rąk. Odruchy okostnowe i z m. trójęłowego umiarkowane, równe. Odruchy brzuszne obustronnie bardzo żywe; o. nosidłowe umiarkowane, jednakowe. W zakresie dolnych kończyn rozmiar ruchów czynnych jak w normie, lecz obustronnie wykazywał słaby wysilek mięśniowy. W próbie pięta-kolano zaznaczony lekki bezład. Napięcie mięśniowe umiarkowane. Odruchy rzepkowe dość zwawe, jednakowe. Odruchów ze ścięgna Achillesa niema. Odr. podeszw. — obustronnie zgięcie podeszwowe palców; nadmierna wrażliwość stóp przy wywoływaniu tego odruchu. Minimalna tkliwość uciskowa pni nerwowych. Percepcje kinestetyczne w obrębie palców u stóp zaburzone. Czucie wibracyjne wybitnie osłabione na podudziach i stopach. Czucie powierzchniowe na podudziach i stopach zaburzone — często klucie bierze za dotyk. Przeczulica w odcinku Hitziga. Chód niepewny. Mowa i psychika bez zmian.

Odczyn Wassermana i citocholowy we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. W płynie m.-rdz. bez pleocytozy; Nonne-Appelt +, białka 0.16%. We krwi: cz. c. 5.160 000, Hb 105%, I=1; b.c. 4.800, ich wzór jak w normie. Mocz bez zmian patologicznych. Chory przebywał na oddziale przez 3 miesiące. W pierwszym miesiącu pobytu przeważnie uskarżał się na bolesne klucie i mrowienie w opuszkach palców rąk oraz drętwienie i ziębienie rąk i nóg. Uczucie zziębnięcia objęło całą dolną połowę ciała. Mimo że sierpień był upalny, leżał przykryty trzema kocami i drżał z zimna. Zwykle środki uspokajające nie przynosiły żadnej ulgi, również bez skutku pozostały zabiegi fizykoterapeutyczne (galwanizacja, diatermia, kąpiele czterokomorowe, nagrzewania lampą pantahelion). Pilokarpina pozostawała bez wpływu. Również nie wpłynęła uspokajająco kuracja specyficzna. Krótkotrwałą poprawę przyniosły iniekcje betabionu i wątroby. W dalszym ciągu stan chorego coraz bardziej się pogarszał,



gdyż akroparestezje stawały się coraz bardziej dokuczliwe. Skóra dłoni i palców zaróżowiła się, była stale wilgotna, nieco obrzękła. Chory nie mógł przez to zwinąć palców ręki w ścisłą pięść. Odosobniona przeczulica dłoniowej powierzchni skóry. Zaczęły się pojawiać napady purpurowego zaczerwienienia najpierw opuszek palców rąk, później nawet skóry dłoni, z początku krótsze, a potem coraz dłuższe, połączone z bardzo gwałtownymi i ciężkimi bólami, obrzmieniem, wybitną hiperhidrozą (pot ściekał kroplami) i lokalnym podniesieniem się temperatury w porównaniu z resztą powierzchni skóry. W czasie napadów chory miał uczucie, że „jakby krew miała wytrysnąć z palców”. Chory był w stanie stałego rozdrażnienia, w ciągłym oczekiwaniu napadu, groził samobójstwem. Oba-  
wiał się dotknąć rękami koldry, żeby nie wywołać napadu. Trzymał ręce uniesione ponad koldrą. Podobne zmiany miały miejsce w obrębie stóp, ale w mniejszym stopniu — tam prze-  
ważało uczucie odrętwienia i zziębnięcia podudzi.

9.X. choremu drogą skaryfikacji wprowadzono do skóry 3 krople roztworu histaminy 1:1.500. Skaryfikowano na przestrzeni 1x2 cm. równoległymi nacięciami, na miejsce skaryfikowania wpuszczono 3 krople roztworu histaminy i powtórnie skaryfikowano, ale tym razem aż do zaróżowienia się histaminy, którą rozprowadzono po całej przestrzeni skaryfikacji. Później chory czekał około pół godziny, aż do całkowitego przyschnięcia histaminy. Żadnego odczynu ogólnego nie było, natomiast miejscowo utworzył się bąbel, otoczony pasem żywego zaróżowienia, utrzymujący się około kilku godzin.

12.X. powtórnie dokonano szczepienia histaminą. Chory po dwóch dniach od powtórnego szczepienia oświadczył, że czuje dużą ulgę — mianowicie całkowicie znikły bóle i uczucie pieczenia. Również zabarwienie skóry straciło na palcach i dłoniach swą jaskrawą różowość. Od 4 dnia po powtórnym szczepieniu — skóra dłoni i palców była zabarwiona niemal prawidłowo, już nie była spotniała. Bóle i napady bolesnych obrzemień i zaczerwienień nie występowały. Chory zupełnie swobodnie posługiwał się palcami rąk. 18.X. szczepiono histaminę po raz trzeci. Epizod erytromelalgiczny po 6 tygodniach trwania uległ likwidacji. Stan neurologiczny obiektywny nie zmienił się. Nadal odczuwał ziębienie stóp i podudzi.

Obraz kliniczny w wyżej podanym opisie odpowiada najbardziej wiądowi rdzenia. Jednakże to rozpoznanie nie jest niewątpliwe. Zastrzeżenia wynikają z braku odpowiednich serologicznych reakcji i pleocytozy w płynie m.-rdz.. Jeżeli wziąć jednak pod uwagę całość objawów, a więc niezupełnie okrągłe i równe źrenice, ich gorszą reakcję na światło niż na zbieżność



i nastawienie, b. żywe odruchy brzuszne, brak odruchów ze ścięgna Achillesa, przeczulicę w zonie Hitziga, upośledzenie czucia powierzchniowego i głębokiego (percepcji kinestetycznych i czucia wibracyjnego) na kk. dolnych, wybitny objaw Romberga, daleko mniejszą tkliwość uciskową nerwów, niż to się widuje w zapaleniu wielonerwowym, brak jakichkolwiek porażień i anamnesticznie stwierdzoną seropozytywną kiłę — wydaje się, że jednak raczej chodzi tu o wiażdżenia, niż o zapalenie wielonerwowe. — W przebiegu tego schorzenia wystąpiły objawy innego cierpienia. Napadowe zaczerwienienie skóry — najpierw końców palców rąk, później całej dłoni — połączone z gwałtownymi bólami, uczuciem pęcznienia, obrzmieniem, lokalnym podniesieniem temperatury, wybitną hyperhidrozą i przeczulicą — ten zespół objawów odpowiada erytromelalgii, czyli chorobie Weir-Mitchella. W przypadku opisanym wystąpienie epizodu erytromelalgicznego było poprzedzone przez akroparestezę. Tego rodzaju przejście akroparestezi w erytromelalgję spotyka się dość często, tak samo zresztą jak przejście w chorobę Raynauda, albo współistnienie akroparestezi, erytromelalgii i choroby Raynauda, co specjalnie podkreśla wielu autorów (Achar i Levi, Dide, Gordon, Rolleston, Lannois i Perrot, Potain, Weber, Benoist). Wskazywałoby to, że granice między poszczególnymi postaciami angioneuroz są dość

płynne. W naszym przypadku, gdy na dłoniach zespół erytromelalgiczny był wyraźny, a nawet wybitny, na stopach był ledwie zaznaczony przy wyraźnych akroparestezjach. Cassirer, a po nim Curschman, dzielą erytromelalię na idiopatyczną i zjawiającą się symptomatycznie w przebiegu innych schorzeń. W naszym przypadku chodziłoby o tę drugą postać. Erytromelalię spostrzegano w migrenie (Lewin-Benda, Staub, Eulenburg, Dehio), po urazach czaszki (Rosen) w epilepsji (Kroll), w niedowładzie połowicznym (Henoch, Graves), w syringomyelii (Pospolow), w poprzecznym zapaleniu rdzenia (Collier), w pseudotabes ethylica (Lewi), w nowotworach zewnątrzrdzeniowych (Teuberts, Ferrarini, Schlesinger), w stwardnieniu rozsianym (Colier w 5 przypadkach), w psychozach (Hornowski i Rudzki, Cristiani, Auché, Cassirer, Mutschnik). Wśród schorzeń kiłowych układu nerwowego Lewin i Benda spostrzegali erytromelalię w kile mózgu, Cassirer, Machols w porażeniu postępującym oraz Woodnut, Personali, Auerbach, Collier (2 przypadki) we władzie rdzenia. Na uwagę zasługują przypadki Colliera. W obu jego przypadkach objawy erytromelalii występowały zawsze równocześnie z kryzami gastrycznymi; Collier nazywa je „kryzami naczyniowymi”. Co do czasu, w którym erytromelalgia zjawiała się w wyżej cytowanych a nielicznych przypadkach władu rdzenia z erytromelalią, to w większości, podobnie jak w naszym, stanowiła ona objaw późniejszy. Tylko w przypadku Auerbacha erytromelalgia zjawiała się wcześniej od innych objawów wladowych. Z wyjątkiem Colliera inni autorzy nie stwierdzili zaostrozania się objawów erytromelalgicznych, albo też ich ujawniania się w zależności od przełomów w władzie. Czy w tych wypadkach istotnie erytromelalgia jest zależną od władu rdzenia, czy należy ją zaliczyć do tak częstych w tym schorzeniu trofonuroz, względnie czy stanowi „kryzę naczyniową” Colliera, albo może niema tego ścisłego związku, a jedynym łącznikiem jest tylko wspólne tło etiologiczne — kiła — nie da się to rozstrzygnąć przy dzisiejszym stanie wiedzy o erytromelalii i jej patogenecie. W danym przypadku mielibyśmy zgrupowanie kilku czynników, które mogą odegrać rolę w powstawaniu angionuroz, a mianowicie, oprócz kiły, działania termiczne (chory



dniem i nocą dyżuruje w przewiewnej bramie), alkoholizm i prawdopodobnie współudział nikotyny. Weir - Mitchell i Lanois uzależniali erytromelalgii od porażenia nn. zwężających lub podrażnienia rozszerzających naczynia. Tym autorom udało się jednak wywołać skurcz vasokonstryktorów w czasie napadu bólów erytromelalgicznych. Benoist przerywał podobny napad przez iniekcję epiduralną kokainy, która ma działać specjalnie i wyłącznie na nerwy, rozszerzające naczynia. Ten sam bodziec równocześnie może wywołać u tego samego osobnika podrażnienie nerwów zwężających i wywołać chorobę Raynaua oraz podrażnić nerwy, rozszerzające naczynia i dać obraz choroby Weir - Mitchella. Pogląd ten wszakże nie wyjaśniał, jakiego rodzaju czynniki ogólne, czy też może ściśle lokalne, warunkują tu reakcję tej czy innej grupy nerwów naczyniowych. Uzależnienie tych zjawisk od układu wegetatywnego znajdowało tu swoje uzasadnienie w danych anatomicznych. Z 6 przypadków różnych schorzeń ze współistniejącą erytromelalgia, które doszły do autopsji, w przypadku Lanois i Parrota znaleziono zmiany w tractus intermedio-lateralis Clarke'a, gdzie Gaskell, Biedl lokalizują ośrodki sympatyczne. Bóle erytromelalgiczne mają istotnie cechy bólów sympatycznych i przypominają kauzalgie przez swój charakter bólów piekących, palących i t. p. Na łączność z układem współczulnym również wskazuje przerost układu chromafinowego nadnerczy, znaleziony przez Dehio i innych autorów. Badania ostatnich lat nad histaminą i jej wpływem na ustrój przeniosły na inną płaszczyznę zagadnienie angioneuroz wogóle, a erytromelalgii w szczególności. Dzięki badaniom Th. Levisa, Koesslera, Henckego, Besta, Henryego, Loepera wiemy, że histamina odgrywa dużą rolę zarówno w procesach fizjologicznych jak i patologicznych, a zwłaszcza w powstawaniu zjawisk alergicznych. Lewis nazywa histaminę hormonem tkankowym.

Aktywizacja histaminy, prowadząca do zwiększenia się ilości histaminy w ustroju (do „histaminozy“), co daje się zupełnie dokładnie sprawdzić (metody Schwartz'a i Stasburgera, Ungara, Marcou), względnie zwiększenie się ilościowe substancji H, ciała pokrewnego histaminie, która ma odgrywać specjalną rolę w odruchowych procesach naczyniowych — może odbywać się pod wpływem bardzo wielu czynników. Gra tu

rolę nie tylko podrażnienie czy uraz żywej tkanki, ale również zaburzenie równowagi hormonalnej i to przede wszystkim ze strony nadnerczy, które mają odgrywać rolę dezintoksykacyjną w stosunku do nadmiaru histaminy w ustroju. Dalej mają znaczenie procesy fermentacyjne i gnilne w jelicie, gdyż mogą prowadzić do odszczepienia w jelitach od histydy grupy karboksylowej, przetworzenia jej w histaminę, która drogą uczulenia może wywołać pokrzywkę. W aktywizacji histaminy ma również znaczenie ciepłota, gdyż zimno może wyzwolić w skórze ciała, zbliżone do histaminy, które mogą odgrywać rolę autoallergenów (Lass). Niektóre z wymienionych czynników odgrywają w istocie rolę w powstawaniu angioneuroz (czynnik hormonalny, temperatura), ale dotychczas nie stwierdzono, że odbywa się to za pośrednictwem „histaminozy”. Według Chazanova niektóre objawy erytromelalgii przypominają zatrucie histaminą: rozszerzenie włosniczek, zabarwienie żywo czerwone,—ale z drugiej strony istnieje szereg objawów, które nie występują w zatruciu histaminą: podniesienie ciśnienia krwi, bóle, obrzęki, leukocytoza w granicach normy. Dlatego Chazanow twierdzi, że w erytromelalgii nie chodzi wyłącznie tylko o „histaminozę”, a o zakłócenie równowagi dwóch mechanizmów: jednego, utrzymującego poziom histaminy w ustroju, a drugiego adrenaliny. Zaburzenie równowagi histaminowej należy odnieść do niewydolności dezintoksykacyjnej kory nadnerczy. Labilność układu naczyniowego ma być czynnikiem dodatkowym. Skuteczne wyniki leczenia histaminą nie przeczą wg. Chazanowa temu pogładowi, gdyż właśnie, jak wykazano doświadczalnie, bardzo małe dawki histaminy chronią przed zatruciem dawkami masywnymi (Deiken); Chazanow pierwszy zastosował histaminę do leczenia erytromelalgii. Osiągnął trwałe wyleczenie po dwukrotnym podaniu drogą skaryfikacji roztworu histaminy 1 : 15.00 (dwie krople). Myśmy osiągnęli w danym przypadku wyleczenie po trzykrotnym zastosowaniu roztworu 1:1500 (trzy krople). Ponieważ dalsze losy chorego nie są nam znane, nie wiemy, czy wyleczenie to jest trwałe. Sukces leczniczy w tym przypadku zachęcił nas do zastosowania tej samej metody leczniczej jeszcze w kilku przypadkach schorzeń pokrewnych. A więc zastosowaliśmy ją u chorego z rozsianym schorzeniem układu nerwowego prawdopodobnie na tle kiłowym, który w czasie pobytu na oddziale zaczął odczuwać dotkliwe pa-

lenia dłoni z ich lekkim zaczerwienieniem (pacj. kol. R o z e n t a l a). Po dwóch skaryfikacjach osiągnięto wyleczenie. Po czterokrotnym zastosowaniu histaminy osiągnęliśmy dużą poprawę w przypadku trwającej od kilku lat u osobnika 60-letniego choroby R a y n a u d a (okres cjanotyczny). Natomiast leczenie tym samym sposobem pozostało bez skutku w przypadku 32-letniej kobiety z ciężką sklerodermią i „doigts morts”. Czterokrotnym zastosowaniem histaminy u 30-letniego mężczyzny z chorobą B u e r g e r a sprawiliśmy mu dużą ulgę. Osobnik ten, mimo że przeszedł obustronną operację L e r i c h e a, odczuwał bóle i drętwienie w jednej nodze oraz mrowienie i zasypianie obu dłoni. Otóż histamina sprawiła, że dolegliwości z zakresu górnych kończyn ustąpiły, ból w dolnej kończynie zredukował się. Natomiast w przypadku endarteriitis obliterans na tle kiłowym z rozległym drążącym owrzodzeniem stopy, bólami i drętwieniem dolnych kończyn (pacjent z oddziału dermatologicznego) nie osiągnęliśmy żadnego wyniku. Być może, że histamina działa korzystnie tylko w okresach wczesnych („funkcjonalnych”), gdy nie wytworzyły się jeszcze trwałe nieodwracalne zmiany anatomiczne. Poza tym stosowaliśmy histaminę z jednoczesnym podawaniem mieszanki bromowej z diuretyką w przypadku ciężkiej migreny u 14-letniej dziewczynki (pacjentka kol. G e r t n e r a). Ból głowy, który przedtym występował niemal codziennie, po tej terapii wystąpił tylko jeden raz w ciągu miesiąca i to w daleko mniejszym nasileniu. Zdajemy sobie z tego sprawę, że liczba przypadków, w których stosowaliśmy histaminę podług metody podanej, jest jeszcze zbyt mała, żeby snuć z tego wnioski uogólniające i pewne. W każdym razie dotychczasowe wyniki C h a z a n o w a i nasze zachęcają tym bardziej, że nie jest to metoda niebezpieczna dla pacjenta ani nie jest kosztowna.

---



Z II oddziału wewnętrznego. (Ordynator: M. Fejgin).

## **W sprawie leczenia białaczek promieniami Rentgena.**

P O D A Ł

**Henryk Goldfarb.**

Bezspornie najpotężniejszą bronią w leczeniu białaczek są promienie Rentgena (p. R.).

Rentgenoterapię białaczek zapoczątkował w 1902 roku amerykańczyk S e n n a. Dodatni wpływ naświetlań wiązał z zadziałaniem p. R. na zarazek wywołujący chorobę. L i n s e r i H a l b e r przypuszczali, że z rozpadających się leukocytów powstaje leukotoksyna, która działa na ogniska tkanki białaczkowej. E h r l i c h był zdania, że p. R. działają na enzymy, wywołujące białaczkę. Dopiero J o a c h i m pierwszy, w odróżnieniu od wyżej wymienionych teorii humoralnych, wypowiada się za miejscowym działaniem p. R.. —

Wszyscy autorzy późniejsi zgodnie podkreślają, że pod wpływem naświetlań promieniami R. w miejscu tkanki białaczkowej powstaje tkanka łączna. Następuje tutaj nawrót komórek białaczkowych do komórki tkanki łącznej z tym, że powstająca po naświetlaniu p. R. tkanka łączna wykazuje niezupełnie prawidłową budowę.

Jak wynika z badań S c h w a r c a p. R. najsilniej działają na tkankę krwiotwórczą i elementy krwi, wykazał bowiem w śledzionach morskich świnek w 24 godziny po naświetlaniu p. R. zupełny zanik elementów limfatycznych.

Otóż zupełnie analogicznie dzieje się przy naświetlaniu p. R. chorych na białaczkę. Najpierw giną w szpiku komórki typu limfoidalnego, następnie zaś myeloidalnego. Trzeba dodać, że białe ciała krwi są wrażliwe na p. R. tylko w miejscach swego powstawania i w okresie różniczkowania się. Dojrzałe formy, krążące we krwi, trudno poddają się działaniu p. R., natomiast dużą wrażliwością na naświetlania odznaczają się ogniska tkanki białaczkowej w przewlekłych białaczkach, zarówno szpikowych jak i limfatycznych. Proces przeistaczania się tkanki białaczkowej w łączną zachodzi także samoistnie z biegiem czasu.

Zagadnieniem przemiany materii w białaczkach zajmowali się M o r a w i t z, K e n i g e r, R o s e n b e r g e r i i n. W a r-

s z a w s k a j a badając przemianę materii u chorych naświetlanych i nie naświetlanych p. R. doszła do następujących wniosków:

1) Między przemianą materii chorych na białaczkę szpikową i limfatyczną zachodzi różnica; istnieje też różnica w działaniu na nie naświetlań p. R..

2) W białaczkach zarówno szpikowych, jak i limfatycznych zachodzą zaburzenia ilościowe i jakościowe w przemianie azotowej — zatrzymanie w organizmie azotu i zwiększenie ilości nie-dotlenionych produktów azotowych.

3) Pod wpływem naświetlań p. R. następuje ilościowa poprawa w przemianie azotowej przy jakościowo niezmienionej lub nawet pogorszonej.

4) Wydalanie kwasu moczowego waha się w białaczkach limfatycznych w górnych granicach normy, w szpikowych wzrasta dwukrotnie.

5) Pod wpływem naświetlań p. R. wzrasta ilość wydalanego kwasu moczowego.

6) Wydalanie fosforu jest mniejsze niż średnie liczby normy.

7) Po naświetlaniu p. R. następuje wzrost wydalanego fosforu.

8) Wzrost wydalanego fosforu i kwasu moczowego pokrywa się czasowo ze wzmożonego rozpadu i zmniejszenia się ilości ciałek białych.

9) Naświetlania powtórne dają te same objawy.

10) W białaczkach ma się do czynienia z zatruciem organizmu produktami azotowymi.

11) Poprawa po naświetlaniu zależy od chwilowej poprawy przemiany azotu.

Zdania co do wyników leczniczych naświetlaniami p. R. są dość rozbieżne. Większość autorów zgadza się z jednym, a mianowicie, że w białaczkach ostrych nie tylko nie osiągamy żadnej poprawy, lecz, przeciwnie, często następuje wybitne pogorszenie, a nawet skracające życie chorego.

Na naszym oddziale w latach 1932 — 1937 było 38 chorych białaczkowych w tym 14 kobiet. Ostre przypadków białaczek mieliśmy 9, z tych 4 zakończyły się śmiertelnie przed upływem 48 godzin, pozostałych chorych na własne żądanie wypisano po pobycie na oddziale, nie przekraczającym 6—7 dni. Ze względów więc od nas niezależnych nie mogliśmy prowadzić dokładnych obserwacji wpływu naświetlania p. R.. Jak jednak wy-

nika z krótkiej obserwacji, chorzy nasi po naświetlaniu raczej czuli się gorzej.

Czy należy naświetlać białaczki sub-i-aleukemiczne?

Zdania poszczególnych autorów co do tej kwestii znacznie się różnią. Blumenthal, Witkowski i inni twierdzą wręcz, że naświetlania nie dają żadnego efektu. Krańcowo negatywne stanowisko zajmuje Sch war z, uważając, że zachodzi pod wpływem naświetlania ciężkie uszkodzenie czerwonego wzoru krwi. Zwolenniczką bardzo ostrożnego naświetlania, pod stałą kontrolą obrazu krwi, jest K r a s z e w s k a. Niebezpieczeństwo nieostrożnego naświetlania polega, zdaniem jej, na zbytym zmniejszaniu się ciałek białych i uszkodzeniu ciałek czerwonych. Wprawdzie, zdaniem niektórych autorów, ferment z rozpadu leukocytów działa pobudzająco na szpik kostny, dotyczy to jednak dawek małych—dawki duże działają uszkadzająco. Bezkrtyczne więc naświetlania p. R. w sub- i -aleukemicznych formach białaczek może w następstwie wyrządzić niepowetowane uszkodzenia.

Należy na początku naświetlać nie więcej jak 3 — 4 pola  $10 \times 10$  cm. lub  $6 \times 8$  cm. z odległości 30 cm. przy filtrze 0,5 mm. Zn. i 1 mm. Al. dawką od  $\frac{1}{4}$  do  $\frac{1}{2}$  H. E. D. i to pod stałą kontrolą obrazu krwi. Jeżeli liczba ciałek białych nie zmniejszyła się, dawkę można nieznacznie podnieść, jeżeli zaś ilość leukocytów zmniejszyła się zbyt znacznie, należy nie tylko nie podnosić dawki, lecz nawet zupełnie zaprzestać naświetlań.

Na naszym oddziale było 5 przypadków sub i aleukemicznych białaczek. Chorzy nasi byli bardzo ostrożnie naświetlani, pod ścisłą kontrolą obrazu krwi. W trzech przypadkach chorzy zostali wypisani z poprawą, w dwóch pozostałych poprawy nie widzieliśmy.

Dla przykładu przytoczę historię choroby chorego K. J. lat 52 z rozpoznaniem *myelosis aleucaemica*.

Chory przybył na oddział dnia 29.I.36 r. Badanie krwi z dnia 29.I. wykazało: Hb 67%. Czerwonych ciałek 3.070.000—Białych 2800. Wzór Schillinga E. 1%, S. 50%, P. 27%, L. 14%, Mn. 3%, Promyelocytów 3%, Metamyelocytów 2%.

W dniach 30.I., 1.II., 3.II., 5.II. i 7.II chory otrzymał serię naświetlań kolejno na regio lien. ant. sup., ant. med., ant. infer. oraz regio hepat. ant. med. i lat. po 170 r. na pole (Dr M e s z).

Badanie krwi z dnia 3.II: liczba białych ciałek 4000. Ilość



Hb. i czerwonych ciałek jak poprzednio. Wzór bez większych zmian. Samopoczucie chorego po naświetlaniu znacznie lepsze.

Badanie krwi w dniu 6.II: Hb. 55%; czerwonych ciałek 3.080.000; Białych 2.600. Wzór Schillinga: P. 8%, S. 58%, Limf. 18%, E. 5%. Promyelocytów 3%, Myelocytów neutr. 5%, Metamyelocytów 2%. Samopoczucie chorego znacznie lepsze. Dalsze badania krwi na ogół bez zmian. Dnia 18.II. chory wypisał się ze znaczną poprawą.

Jak widzimy, po pierwszych naświetlaniach liczba białych ciałek podniosła się — zjawisko stałe, by następnie wrócić do liczby pierwotnej. Ponieważ liczba ciałek czerwonych nie zmniejszała się, naświetlaliśmy w dalszym ciągu.

Właściwą jednak domeną stosowania p. R. są białaczki przewlekłe. Aczkolwiek Naegeli zapatruje się dość pesymistycznie na efekt rentgenolecznictwa — większość autorów jest za naświetlaniem białaczek p. R..

Jak wynika ze statystyki Minota długość życia chorych naświetlanych i nie naświetlanych niewiele się różni. Nie znaczy to jednak, byśmy się mieli wyrzec w leczeniu białaczek p. R., gdyż po innych środkach, jak As., Fe., Thorium X, benzol, witaminy, szczególnie witamina C, malarii i t. d. większego efektu leczniczego stanowczo spodziewać się nie należy.

Rzecz inna, jak to słusznie podkreśla Naegeli, że błędnym jest pogląd, jakoby każda białaczka, przebiegająca z większą ilością ciałek białych niż 50.000, wymaga naświetlania p. R. i to intensywnego. Nie chodzi bowiem o ilość ciałek białych, lecz o ich jakość, a przede wszystkim o stan ogólny chorego i ilość Hb. oraz ciałek czerwonych. Naświetlania p. R. są często bezskuteczne lub wręcz szkodliwe, przy czym każda następna seria naświetlań działa słabiej, wreszcie organizm już nie reaguje zupełnie na p. R.—

Wytyczną w naświetlaniu winna być przede wszystkim liczba myeloblastów. W okresach poprawy wystarczy intensywna kuracja arsenikowa dla podtrzymania osiągniętego efektu terapeutycznego. Nie należy wreszcie zapominać o tym, że pod wpływem naświetlania p. R. następuje gwałtowne przeładowanie organizmu dużą ilością produktów rozpadu, co dać może ciężkie ogólne objawy zatrucia, aż do zejścia śmiertelnego włącznie.

Jak wiadomo, działanie p. R. jest bezpośrednie i pośrednie. Co się tyczy sposobu naświetlania, to jedni naświetlają tylko śle-

dzionę, inni śledzionę, wątrobę i kości długie. Liczba pól, ich wielkość i częstość naświetlania zależy od ciężkości przypadku. Powszechnie używa się obecnie naświetlań głębokich, celem uniknięcia uszkodzenia skóry. Dawki wstępne nie przekraczają  $1/5$  H.E.D.

Kontrola krwi chorych, naświetlanych p. R., wykazuje po bezpośrednim tak zwanym „uderzeniu leukocytowym“ mniej lub więcej postępujący spadek ciałek białych. Objawy poprawy występują już po 2 — 3 dniach od naświetlania.

Jeżeli analizować dokładnie obraz białych ciałek krwi po naświetlaniu p. R., to można wyodrębnić 3 fazy:

1) hyperleukocytoza — wywędrowanie wszystkich form leukocytów do krwi z naświetlanego narządu;

2) zmniejszenie się ilości ciałek białych, a przede wszystkim form patologicznych, jak myeloblastów i myelocytów; kwasochłonne ciałka wracają do normy;

3) zjawiają się we krwi neutrofile, ale ilość leukocytów nie wzrasta.

Czerwone ciałka i Hb. zachowują się tak, że po początkowej niższej następuje wybitna poprawa. Przeciętnie wystarcza 8 — 10 naświetlań w odstępach 3 — 5-dniowych. Pamiętać jednak należy, że po doprowadzeniu nawet do normalnej ilości ciałek białych — wzór pozostaje nadal patologiczny.

Okres poprawy po naświetlaniu może trwać tygodnie, miesiące lub nawet lata. Jest to rzecz indywidualna. Im poprawa trwała krócej, tym rokowanie jest gorsze. Dalsze podnoszenie dawek nie prowadzi do celu lub nawet wręcz szkodzi.

Wogóle należy podkreślić, że patologiczny szpik kostny odznacza się wielką chwiejnością i nadmierną wrażliwością w stosunku do rozmaitych bodźców, szczególnie zaś do p. R., to też zdarzyć się może, że dawki p. R., działające w zwykłych warunkach drażniąco, mogą okazać się porażającymi bądź w stosunku do wszystkich składników zmienionego patologicznie szpiku, bądź tylko do niektórych. Przy naświetlaniu przypadków, w których podejrzewać można tak zmienione oddziaływanie szpiku, trzeba w stosowaniu p. R. zachowywać się z jaknajdalej idącą ostrożnością. Dotyczy to więc przypadków, w których znacznie zmniejszona ilość Hb. i ciałek czerwonych pozwala przypuszczać uszkodzenie erytroblastycznej części szpiku z możliwością powstania

niedokrwistości aplastycznej w następstwie zadziałania p. R; następnie — przypadków z leukopenią, w których otrzymać można, po naświetlaniu p. R., zespół agranulocytowy, wreszcie przypadków z dużą ilością myeloblastów we krwi obwodowej, w których znaczny stopień metaplastji szpiku każe obawiać się całkowitego jego porażenia w sensie panmyeloftyzy, na vet po stosunkowo niewielkich dawkach p. R. —

Z tego względu, w podobnych przypadkach nigdy nie rozpoczynamy leczenia od naświetlań, lecz przez uprzednie przetaczania krwi i inne środki lecznicze (As., Fe., wątroba, witamina C. i t. d.) staramy się wpłynąć na poprawę obrazu krwi i na stan szpiku. Nie raz w ogóle rezygnujemy z naświetlań, obawiając się wyżej wymienionych niepożądanych skutków.

W poszukiwaniu bardziej skutecznych metod naświetlania p. R. zaczął w roku 1925 T e s c h e n d o r f stosować naświetlania całego ciała. Metoda ta jest ekonomiczna, gdyż pozwala na dłuższe przerwy między poszczególnymi naświetlaniami; nie daje ona jednak, zdaniem większości autorów, lepszych wyników aniżeli metody stare. T e s c h e n d o r f stosuje dawki małe 25 — 30 r., z czego połowę na przednią, połowę na tylną powierzchnię ciała; używa promieni twardych, filtr 1 mm. Cu 2 mm. Al., odległość 150—160 cm. Liczba naświetlań i czas naświetlania zależy od stanu chorego i obrazu krwi. W roku 1931 T e s c h e n d o r f nieco zmodyfikował swoją metodę naświetlania, przy czym naświetlał raz na tydzień.

Większość autorów, którzy tę metodę sprawdzali, między inn. wśród autorów polskich R u b i n r o t, podnoszą, że metoda ta oszczędza skórę, atakując jednocześnie wszystkie miejsca, produkujące elementy krwi. Były opisane przypadki, które nie reagowały na naświetlania zwykłe, natomiast poprawiały się pod wpływem naświetlań metodą Teschendorfa. W ostrych postaciach białaczek efektu nie widziano. Przeciwno metodzie Teschendorfa wypowiada się u nas Ł u k a s z c z y k, uważając, że metoda ta jest niebezpieczna ze względu na możliwość łatwego uszkodzenia krwi oraz ogólnego zatrucia organizmu.

Wyniki naświetlania przewlekłych białaczek u naszych chorych (metodą zwykłą) są naogół zgodne z wynikami większości autorów, odnieśliśmy przy tym wrażenie, że nie wolno rozpoczynać naświetlań u chorych, u których ilość Hb jest mniejsza niż 50%,



a liczba czerwonych ciałek mniejsza niż 3.000.000. Chorych takich, jako skłonnych do zareagowania na naświetlania zupełnym porażeniem szpiku kostnego — poddawaliśmy uprzednio kilkakrotnemu przetaczaniu krwi w ilości 200—300 cm. —

Chciałbym jeszcze przytoczyć tylko jedną historię choroby, potwierdzającą słuszność naszego stanowiska o nie naświetlaniu chorych zanemizowanych.

G. S. lat 24, przyjęta na oddział dnia 23:9 1334 roku z rozpoznaniem — przewlekła białaczka szpikowa. Badanie krwi z dnia 25:9 wykazało: Hb 50%, ciałek czerwonych 2.02.000, ciałek białych 207 000, wzór E. Schillinga: o,25%, P. 11,5%, S. 49,25% L. 6,5%, Mn. 1,5%, Myeloc 4,5%, Promyelocyt 1%, Myelocyt. neutr. 8,25%, Myelocyt. bas. 0,25%, Matamyelocyt. 7% (obliczono 400 ciałek białych).

Dnia 3 10 i 3.10. chora otrzymała dwa naświetlania (reg. lien ant sup. i reg. lien ant infer à 170 r. dr. Mesz) Badanie krwi z dn. 6 10: Hb. 47%, czerw. ciałek 1.800.000, białych ciałek 158.000, wzór mniej więcej, jak poprzednio. W dniu 7.10. dalsze naświetlania śledziony i kości długich. Kontrolne badanie krwi z dnia 11:10 wykazuje spadek ciałek białych do 27.000, lecz jednocześnie ilość Hb. i ciałek czerwonych spadły do 37%, a następnie dnia 13.10 do 29%, zaś ilość czerwonych ciałek do 1.460.000. Naświetlania przerwano. Chorej dokonano dwukrotnie przetaczania krwi po 300 cm. Przy stanie Hb. 58% i czerwonych ciałek 3.100.000 chorą naświetlano jeszcze dwukrotnie. Po tych naświetlaniach ilość Hb. podniosła się do 67%, a liczba ciałek czerwonych do 3.450.000, a białych ciałek pozostała na poziomie 27.000. Wzór Schillinga — E. 1/3%, P. 5%, S. 74%, L. 5,5%, B. 1%, Myeloblast 1/2%, Myelocyt 7,5%, Metamyelocyt. 5,5%. Chora zwolna, lecz stale się poprawiała. Wypisana dnia 21.11. ze znaczną poprawą.

U naszej chorej zaczęto naświetlania przy zbyt niskim poziomie Hb i czerwonych ciałek; efekt naświetlania był wybitnie ujemny. Należało zacząć od przetaczania krwi, a następnie naświetlać chorą.

Bezwzględnie należy przerwać naświetlania w następujących wypadkach: 1) jeżeli samopoczucie chorego po naświetlaniu pogarsza się, zjawia się gorączka, biegunka, wychudzenie i upadek sił chorego; 2) liczba ciałek białych zmniejsza się zbyt gwałtownie, a myeloblastów zwiększa się; 3) ilość Hb. i ciałek czerwonych, po pierwszej fazie zmniejszania się, opada nadal.

Na moment ostatni chcielibyśmy zwrócić szczególną uwagę.

Jeżeli chodzi o powtarzanie serii naświetlań promieniami Rentgena w przebiegu białaczek przewlekłych, to w wyborze momentu dalszych naświetlań kierujemy się nie liczbą ciałek białych we krwi obwodowej, lecz momentami natury ogólnej. Jak długo stan ogólny chorego jest zadowalający, ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych nie ulega obniżeniu, a odsetkowa zawartość komórek niedojrzałych (myeloblastów) nie wzrasta nadmiernie, nie stwierdza się zbyt gwałtownego powiększenia śledziony względnie gruczołów chłonnych (białaczki limfatyczne), niema potrzeby powtarzania naświetlań. Wystarczy podtrzymywać osiągnięty efekt leczniczy za pomocą As, Fe. itd., oraz ogólnych dietetyczno-higienicznych warunków. Dopiero jeżeli wyżej wymienione momenty ulegną pogorszeniu, należy wznowić naświetlanie. W ten sposób udaje się nie raz przetrzymać tych chorych bez naświetlań w ciągu miesiąc/, a nawet i lat wielu.

Zestawiając wyżej powiedziane, można twierdzić, że

1. naświetlania p. R. stanowią dotychczas najskuteczniejszy środek leczenia w białaczkach;

2. Białaczki ostre na ogół nie poddają się żadnemu leczeniu, a więc i p. R.;

3. W białaczkach przewlekłych naświetlania p. R. są skuteczniejsze w postaciach szpikowych, aniżeli w limfatycznych;

4. Kwalifikując do naświetlania p. R., należy kierować się stanem ogólnym chorego oraz obrazem krwi i wykonywać naświetlania pod stałą, możliwie najczęstszą, kontrolą obrazu krwi;

5. Naświetlania należy przerwać, jeżeli stwierdza się: pogorszenie stanu chorego, wystąpienie wychudzenia i upadku sił; gdy liczba białych ciałek spada zbyt szybko, a myeloblastów wzrasta i wreszcie, gdy ilość Hb. i ciałek czerwonych stale spada;

6. Naświetlania są przeciwwskazane w przypadkach, gdy podejrzewać można nadmierną chwiejność układu krwiotwórczego, która grozi pojawieniem się wśród naświetlań ciężkiej niedokrwistości aplastycznej, zespołu agranulocytowego, względnie całkowitego porażenia szpiku. Odnosi się to do przypadków z niskim poziomem Hb. i ciałek czerwonych, z wybitną leukopenią i znacznieszą ilością myeloblastów we krwi obwodowej. We wszystkich tych przypadkach należy starać się o poprawę obrazu krwi drogą uprzedniego kilkakrotnego jej przetaczania;

7. Wskazaniem do powtórnego naświetlania p. R. jest nie-tyle liczba ciałek białych, ale poziom Hb. i ilość patologicznych postaci tych ciałek. Jeżeli ilość Hb. i ciałek czerwonych nie ulega wybitnym zmianom, a liczba młodocianych postaci nie powiększa się, można dłuższy czas nie naświetlać, wystarcza tutaj intensywne leczenie As.. —

Z oddziału dermatologicznego (Ordynator: J. Merenlender).

## **W sprawie etiologii (wzgl. dziedziczenia) bielactwa nabytego, oraz o jego leczeniu.**

P O D A Ł

**J. Rywlin.**

Patogeneza i etiologia bielactwa nabytego (b. n.), pomimo wielu prac o tym, dotąd jeszcze nie są wyjaśnione. Jak wiadomo, bardziej uznane są następujące teorie o pochodzeniu tego cierpienia. Bernhardt (1) wiąże powstawanie b. n. z rozmaitymi schorzeniami układu nerwowego, oraz schorzeniami, powodującymi zatrucie ustroju, wzgl. też naszekutek przewlekłego samozatrucia; między innymi przypuszcza tu również i zaburzenia gruczołów dokrewnych. Grzybowski (2) twierdzi, że bielactwo nabyte występuje częściej u kobiet i w latach młodych, oraz dodaje, że może być ono także objawem zaburzeń układu współczulnego.

Z najnowszego piśmiennictwa o b. n. należałoby wskazać tu jeszcze następujące dane. Tak więc niektórzy przytaczają przypadki, gdzie b. n. powstało na szutek czynników mechanicznych. Werther (3) podaje spostrzeżenie, gdzie b. n. powstało po zapaleniu skóry, wywołanym zadziałaniem chrysarobiny, z przeczuloną strefą na obwodzie. Inni znów, Morrow, Miller i Tausig (4) podają spostrzeżenia, gdzie czynnikiem prowokującym było ukąszenie moskitu. Bezecny (5) podaje jako czynnik etiologiczny b. n. — ucisk od zewnątrz, albo od wewnątrz i (ciąża pozamaciczna). Autorzy japońscy, Tagikawa (6) i inni twierdzą, że b. n. jest w ścisłym związku z czynnością gruczołów dokrewnych, wzgl. z układem nerwowym autonomicznym, wyłączają związek b. n. z kiłą. Natomiast Ristic (7) przytacza przypadek, gdzie b. n. powstało podczas kuracji przeciwkrtowej.



# WITOZA


Wyciąg pełnowartościowy  
z DROŻDŻY piwnych zawierający:

- I. kompleks witamin grupy B (antineurytyczna)  
B<sub>2</sub>—flawiny i inne.
- II. Koferment oxydoredukcyjny, odgrywający pierwszorzędną rolę w procesach przemiany materii.
- III. Glutation ważny przy przemianie oxydoredukcyjnej w tkankach.

## SPOSÓB UŻYCIA:

3 razy dziennie od 20—do 30 kropeł przed jedzeniem.

## LABORATORJUM W. ROSPĘDZIHOWSKI

Warszawa, Elektoralna 35.  Telefon 6-64-64

---

Leszczyński (8) dopatruje się przyczyny b. n. w zaburzeniach aparatu nerwowo-przysadkowego, oraz ośrodków wyższych w mózgu. Moniz i Fontes (9) twierdzą, że istnieje ośrodek w mózgu, regulujący powstanie barwika w skórze. Rowiński (10) uważa, że przyczyną powstawania b. n. jest porażenie układu nerwowego roślinnego (t. zw. ganglioneuritis). Jak wynika z przytoczonych powyżej danych, należałoby przypuszczać, że b. n. może powstawać na skutek zadziaływania różnorodnych przyczyn. W każdym bądź razie wyniki ostatnich badań wielu autorów, zwłaszcza japońskich — w przeciwieństwie do autorów francuskich — wyłączają związek b. n. z kiłą.

Jednym z najciekawszych zjawisk, dotyczących b. n., jest możliwość jego dziedziczenia. Kazyistka, dotycząca tego faktu, jest bardzo skąpa. W dostępnym piśmiennictwie (11, 12) wszechświatowym do 1933 roku naliczyłem zaledwie 7 spostrzeżeń. A mianowicie: Almquist opisuje b. n. u ojca i u syna; Lindberg u brata i u siostry; Wiśniewski u matki i u 2 synów; Bettman spostrzegał je w 2 i 3 generacjach; Gougerot u ojca i u ciotki; Evans opisał przypadek b. n. po błonicy u 38-letniej kobiety, która po roku urodziła syna,

u którego w 9-tym roku życia również powstało bielactwo; Ullman w wymienia: 1) 5 siostr z b. n.; 2) matkę i syna. Od 1933 roku do dnia dzisiejszego podano zaledwie jedno spostrzeżenie — Meirowskiego — dziedziczenia b. n. u ojca, syna i córki.

Poniżej podaję opis własnego spostrzeżenia b. n., występującego w 3-ich pokoleniach, a mianowicie u matki, syna i wnuczki.

Ojciec, lat 44, dziennikarz. W roku 1931 spostrzegł po raz pierwszy plamy białe, otoczone ciemną obwódka nadmiernie zabarwionej skóry, na grzbietowych powierzchniach palców oraz w okolicach międzypalcowych rąk. Z biegiem czasu takie same plamy wystąpiły na szyi, u kątów ust, na śródreczęch oraz w okolicy stawów nadgarstkowych, na twarzy w okolicy kości jarzmowej, i w okolicy międzykrocza, z białymi włosami. Plamy te są kształtu okrągłego, owalnego lub nieprawidłowego; na początku małe, później zwiększały się; zimą są mniej widoczne niż latem, zwł. na częściach osłoniętych; tu są wielkości od monety 10-groszowej do 10-złotowej. Ojciec podaje, że takie same plamy spostrzegał u swej matki. W badaniu stwierdzono u ojca następujące odchylenia od normy: niskie ciśnienie krwi — 85/60, wątrobę znacznie powiększoną oraz zwyrodnienie mięśnia sercowego.

Córka, lat 15, uczennica. Ojciec podaje, że w tym samym czasie spostrzegł u córki takie same plamy. Zrazu na karku, z białym pęczkiem włosów w tym samym miejscu, później pod pachami również z białym uwłosieniem, następnie w obu pachwinach, szerzące się ku przedniej powierzchni ud, u kostki prawej, oraz w okolicy wzgóрка łonowego wraz z białymi włosami. Córka podaje, że w miejscu plam swędzenia nie odczuwa.

Badania kliniczne, przeprowadzone u tej 15-letniej córki, wykazały, co następuje: Budowa asteniczna, skóra na ogół blada, podściółka tłuszczowa mierna. Gruczoły chłonne niemacalne. Śluzówki blade. Pocienie nadmierne. Uzębienie prawidłowe. Migdały bez zmian. Serce: akcja prawidłowa; tętno dobrze napięte. Płuca — granice prawidłowe, wypuk jawny, bębenkowy. Przewód pokarmowy, wątroba i śledziona bez zmian. Tarczycza wyczuwalna.

W układzie nerwowym (dr Herman) nie stwierdzono odchyień od normy; odr. kolan. słabe, stale udaje się wywołać.

Badanie ustrojowe (dr Szpidbaum) wykazało, co następuje: periody od 12 roku życia niezbyt obfite, nieregularne. Włosy na ogół suche, blask oczu znaczny; gałki oczne lekko uwypuklone. Objaw Graeffe'go — ujemny; objaw Moebiusa po stronie prawej dodatni. Asymetria twarzy: lewa strona głębiej osadzona. Zgryz — ortodontia. Lekki prognatyzm. Kończyny górne: dłonie zimne, cyanotyczne, spocone, wilgotne.

**Próba adrenalinowa Goetscha:** Naczo ciśnienie 105/68. Tętno 70/min. Po wstrzyknięciu 0,5 mgr. adrenaliny domięśniowo—po 15 min. — ciśnienie 112/55, tętno 72/min., lekkie drżenie całego ciała; po następnych 15 minutach — ciśnienie 112/55; tętno 64/min., palpacja serca. Po dalszych 15 minutach — ciśnienie 114/53, tętno 77/min.; po 10 minutach — ciśnienie 115/53, tętno 78/min. Przez cały czas chora odczuwała lekki niepokój i drżenie ciała. **Wniosek:** odczyn adrenalinowy słabo dodatni.



Jak widzimy z badań klinicznych i pracownianych, najbardziej zasługują tu na uwagę następujące znamiona:

1. Rzadko spotykane dziedziczenie bielactwa, występującego tu w 3-ch pokoleniach;
2. Anomalie ustrojowe;
3. Zaburzenia wewnątrzwydzielnicze.

Spostrzeżenie dane zasługuje więc na uwagę ze względu na niezwykłość wystąpienia b. n. w 3-ch pokoleniach. Że występuje ono rzadko w kilku pokoleniach świadczy fakt, iż od roku 1933 do 1937 włącznie (pomijając spostrzeżenie Meirowskiego) nie opisano ani jednego przypadku dziedzicznego tego schorzenia w kilku pokoleniach. W piśmiennictwie polskim spostrzeżenie takie jest drugim z kolei.

Tu zastosowano leczenie drażniące i miejscowe: olejkim bergamotowym z następowym naświetlaniem lampą kwarcową (do 15 seansów); na razie jest ono bez wyniku.

Pragnąłbym tu jeszcze krótko omówić sprawę terapii b. n. na podstawie najnowszych danych z piśmiennictwa. Okazuje się, że wszystkie stosowane dotąd sposoby leczenia zawodzą. Bernhardt (13) zaleca: dążyć do ustalenia przyczyny, wzgl. starać się o usunięcie przyczyny przewlekłego samozatrucia, zatruc innego pochodzenia, schorzeń nerwowych, objawów przymiotu itd. zwracać uwagę na gruczoły dokrewne, a w razie ich niedomogi zastosować leczenie odpowiednimi przetworami; w leczeniu miejscowym Bernhardt zaleca leczenie drażniące: sublimatem w roztworze alkohol. (1/4—1%) lub w maści 1—2%, kw. octowym, karbolowym lub chrysarobiną. Grzybowski (14) oraz inni autorzy zalecają środki drażniące, jak woda kolońska, olejek kokosowy, krotonowy lub bergamotowy w 10—20% roztworze alkoholowym, z następnymi kąpielami słonecznymi (po 8—10 kąpeli do pasa przez 1/2—1 godzin.). Niestety wyniki tej terapii nie są długotrwałe; Bechetowi nprz. (15) po takim dawkowaniu promieni słonecznych udało się utrzymać poprawę w ciągu 4 miesięcy. Niektórzy, jak Wise (16), radzą naświetlać lampą kwarcową do dawki rumieniowej (tylko w świeżych przypadkach), drażniąc miejsce schorzenia przedtym olejkim bergamotowym. Coc (17) radzi przykryć ognisko schorzone miazgą z orzechów leśnych lub roztworem nadmanganianu potasu. Autorzy japońscy, jak Aisin i Tosihio (18), tatuowali za pomocą  $Ag_2O$ ,

Ag<sub>2</sub>S, HgO, B<sub>2</sub>S<sub>3</sub>, Fe<sub>2</sub>O<sub>3</sub> oddzielnie lub w 2 — 3 kombinacjach z następnym naświetlaniem lampą kwarcową. Peyri, Joseph, Marie i Tragent (19) otrzymali dobre wyniki, pendzlując ogniska schorzone 1/2% roztworem eozyny z następnym naświetlaniem ich lampą kwarcową. Louste i Juster (20) otrzymali dobre wyniki po wcieraniu alkoholowego roztworu olejku bergamotowego z naświetlaniem lampą kwarcową przez 10 miesięcy. Scaglione (21) podaje 3 przypadki, wyleczone bezwodnikiem kwasu węglowego w ciągu 5—10 seansów, w odstępach tygodniowych; stosuje on lekki ucisk (5—10 sekund), nie dopuszczając do powstawania pęcherzy. Środkami chemoterapeutycznymi Nadel (22) osiągnął poprawę pod względem kosmetycznym, stosując metodę następującą: 5 wlewań dożylnych z 2% roztworu gonacryny po 5,0 z następnym podawaniem codziennie per os 0,1 trypaflawiny i przez cały czas naświetlał lampą kwarcową. Abramowicz (23) notuje poprawę po zastrzykach tiosiarczanu złota lub calcium chlorid. Jausion i Peckarier (24) stosowali sposób następujący: wlewania dożylnie 2% roztworu gonacryny przez 20 dni, następnie naświetlania lampą kwarcową lub słońcem po uprzednim pendzlowaniu płam białych olejkim kokosowym. Gdy nastąpiło przebarwienie, wówczas zastosowano promienie ultraczerwone aż do wystąpienia potów i kongestii, zastrzykując przed tym mieszanekę o składzie następującym: Rp. Natr. hyposulf 5,0; Pilocarpin nitrat. 0,005, Methylenblau 0,01 Aq. destil. 20,0. Autorzy ci radzą powtarzać postępowanie to kilkakrotnie. Burgess (25) otrzymał dobre wyniki, stosując 10% roztwór ol. bergamot. z jednoczesnymi wlewaniem dożylnymi złota oraz naświetlaniami lampą kwarcową. Grund i Jacob (26) radzą stosować (tylko u mężczyzn) 6 wlewań dożylnych złota 0,05 w odstępach tygodniowych, miejscowo zaś podskórnie rozczyń, przygotowany z 1/500 g. tiosiarczanu złota w 2% roztworze procainy w ilości 0,3—0,4. Niektórzy radzą dodatkowo jeszcze stosować opoterapię. Np. Highmann (27) zaleca naświetlania lampą kwarcową z jednoczesnym podawaniem wyciągu z nadnerczy. Wielu stosuje wyciąg z jajnika lub przysadki, twierdząc, że wyciągi te wytwarzają dopaoxydazę, gdyż powodują podrażnienie gruczołów dokrewnych. Hoshimoto (28) podaje dobre wyniki po zastrzykach trypaflawiny, hormonach przysadkowych z jednoczesnym naświetlaniem lampą kwarcową.

Bucky, Wollfenstein i Goldschlag (29) zachwalać leczenie promieniami granicznymi Bucky'ego (Bucky stosuje 5 serii naświetlań po 16 seansów przez 2 lata).

# PIŚMIENNICTWO.

- 1) *Bernhardt Robert*. Choroby skóry. Wydanie II, s. 419. 2) *Grzybowski Marian*. Podręcznik chor. skóry. Wyd. II. 3) *Werlber* Zentralblatt fur Haut und Geschlechtskrankheiten 35, s. 603. 4) *Morrow, Miller i Tauoing*. Zbl. f. Haut und Geschlechtskrankheiten 35, s. 257. 5) *Bezecny*. Zbl. f. Haut und Geschlechtskrankheiten 39, s. 264. 6) *Taqikava*. Zbl. fur Haut und Geschlechtskrankheiten 36, s. 610. 7) *Ristic*. Zbl. f. Haut und Geschlechtskrankh. 38, s. 14. 8) *Leszczynski*. Zbl. f. Haut und Geschlechtskrankh. 40, s. 161. 9) *Moniz i Fontes*. Zbl. f. Haut und Geschlechtskrankh. 40, s. 789. 10) *Rowiński*. Wiestnik wenerologii i dermatologii 7 r. 1937, str. 695. 11) i 12) Zbl. f. Haut und Geschlechtskrankheiten od Nr. 35 do Nr. 55 i *Jadassohn* Handbuch fur Haut und Geschlechtskrankheiten 1933 r., tom IV, część II, str. 751 i str. 906. 13) *Bernhardt Robert*. Choroby skóry. Wydanie II, str. 419. 14) *Grzykowski Marian*. Choroby skóry. Wyd. II. 15) *Becbet*. Zbl. f. Haut und Geschlechtskrankh. 35, s. 637. 16) *Wise*. Zbl. f. Haut und Geschlechtskrankh. 35, s. 637. 17) *Coc*. Zbl. f. Haut und Geschlechtskrankh. 36, s. 314. 18) *Aioin i Tosibic*. Zbl. f. Haut und Geschlechtskrankh. 40, s. 499. 19) *Peyri, Joseph i Marie*. Zbl. f. Haut und Geschlechtskrankh. 45, 339. 20) *Louste i Judeer*. Zbl. f. Haut und G. 45, s. 340. 21) *Scaglione*. 22) *Nadel*. Zbl. 35, s. 637. 23) *Abramowicz*. Zbl. 35, s. 637. 24) *Jausion i Peckar*. Zbl. 39, s. 542. 25) *Burgeon*. Zbl. 49, s. 150. 26) *Grund i Jacob*. Zbl. 52, s. 27. 27) *Higbmann*. Zbl. 35, s. 637. 28) *Hoobimoto*. Zbl. 45, s. 153. 29) *Bucky, Wollfenstein i Goldschlag*. Zbl. 40, s. 564. Zbl. 45, s. 725. Zbl. 35, s. 55.

Z oddz. chirurgicznego II. (Ordynator: D. Kohan).

## Rzadki przypadek ciąży brzusznej donoszonej.

PODAŁ

**M. Rozental.**

27 lipca 1936 r. przybyła na oddział kobieta lat 31, która podała, co następuje. — W sierpniu ubiegłego roku zaszła w ciążę (ostatnia miesiączka 5 VIII.35 r.); w październiku wystąpiły bóle w dolnej części brzucha oraz nieznaczne krwawienie z pochwy. Trwało to około 10 dni.

W styczniu 1936 r. poczuła ruchy płodu; od tej pory w przeciągu kilku miesięcy doznawała wciąż jakichś dolegliwości w brzuchu i niepokoju w okolicy serca. Nie gorączkowała. Gdy na początku maja 1936 r. nadszedł okres dojrzałości ciąży,



znów wystąpiły silne bóle, lecz już o charakterze porodowym. Poród jednakże nie nastąpił.

W tym samym czasie, wśród lekkiego krwawienia, wydzielily się z pochwy jakby strzępy tkanki, piersi znacznie się powiększyły i pojawił się obficie pokarm. Ruchy płodu, dotychczas wyraźne, ustały.

W szpitalu, w pobliskim Janowie Lubelskim, lekarze jakoby orzekli, że ciąża jest przenoszona i celem wywołania porodu zastosowali rozmaite zabiegi, lecz bez wyniku. Po 2 tygodniach chorą wypisano ze szpitala. W czerwcu 1936 r. zasięgała porady we Lwowie. Tu zakomunikowano jej, że płód obumarł, ale narazie nie zachodzi konieczność interwencji. Radzono też czekać aż wystąpią samoistne bóle, które spowodują wydalenie płodu. W końcu czerwca i około 20 lipca zjawiała się menstruacja. Wreszcie chora zaniepokojona swym stanem przybyła do Warszawy. Dotychczas zawsze zdrowa, rodziła 2 razy żywe donoszone dzieci. Na oddziale w badaniu przez powłoki stwierdzono w jamie brzusznej guz wielkości i kształtu płodu w VII—VIII miesiącu ciąży; części przodującej i drobnych nie można było ustalić. Tony płodu niesłyszalne. W rentgenogramie rozpoznano kościec płodu, z główką po stronie prawej, poniżej łuku żeberowego i wyraźnie zarysowanymi częściami kręgosłupa. Badanie przez pochwę wykazało jakby bezpośrednie przejście z szyjki macicy na trzon ciążarny, zawierający ów przypuszczalny 7 — 8-omiesięczny płód. Lecz w dokładniejszym badaniu udało się wyodrębnić macicę prawidłową — tuż pod spojeniem łonowym, a powyżej wymieniony guzowaty twór.

Sprawa stała się jasną, — mieliśmy tu niewątpliwie do czynienia z ciążą zewnątrzmaciczną, z płodem w jamie brzusznej. Byłoby to też zgodne z wywiadami. — Zapłodnienie nastąpiło istotnie w sierpniu 1935 r. w jednym z jajowodów; silne bóle w dole brzucha w październiku zbiegły się z procesem wydalenia zapłodnionego jaja przez ostium abdominale do jamy brzusznej; o dalszym biegu rozwoju płodu, zagnieżdżonego w wolnej jamie otrzewnej, świadczyły ruchy, odczuwane przez chorą, poczynając od 5-go miesiąca ciąży aż do dojrzałości płodu. Obumarciu płodu donoszonego, wydalenie doczesnej wśród bóli i lekkiego krwawienia z macicy, oraz znamienne cechy okresu połogowego, jak zjawienie się pokarmu, były tylko dalszym zejściem tak rzadkiej ciąży patologicznej. Dla potwierdzenia rozpoznania wykonano następnego dnia sondowanie macicy i okazało się, że długość jej wynosi  $8\frac{1}{2}$  — 9 cm. Laparatomia odbyła się 3.VIII.36 r. Cięcie podłużne w linii środkowej do wysokości 3 poprzecznych palców powyżej pępka.

W jamie brzusznej płód w błonach, pokryty włóknikiem, zrosnięty z unaczynioną siecią, zlepiony na dużej prze-

strzeni z jelitami i otrzewną ścienną. Główka płodu poniżej prawego łuku żebrowego, pośladki po stronie lewej, zwrócone ku małej miednicy. Po odłączeniu sieci od błon i nałożeniu kilku podwiązek, wywalcowano p'ód bokiem do otworu operacyjnego (z naderwanych błon wyciekła nieduża ilość mętno-żółtych wód płodowych), następnie wraz z łożyskiem, oddzielonem od podłoża, wydobyto go nazewnątrz. Łożysko przylegało częściowo do tylnej blaszki więzadła szerokiego prawego, do otrzewnej ściennej w dole biodrowym, częściowo też było zlepione z siecią i kreską jelit. Krwawienie nieznaczne, gąbczaste; podwiązano zaledwie kilka naczyń. Wydłużony i zgrubiały prawy jajowód usunięto; ręcznie rozszczepiono liczne zrosty międzyjelitowe. Macica była wielkości normalnej. Lewy jajowód oraz jajniki niezmienione — pozostawiono. Do zatoki Douglasa wprowadzono dren gumowy; jamę brzuszną i powłoki zeszyto.

Przebieg gładki, bezgorączkowy. 12.VIII.36 usunięto dren; 20.VIII 38 pacjentka opuściła oddział w doskonałym zdrowiu.

Płód płci żeńskiej — posiadał wszelkie cechy płodu dorosłego, trochę zmacerowanego. Długość 47 cm., bez wydawniejszych zniekształceń; pępowina krótsza od normalnej. Sekcja płodu zmian w narządach wewnętrznych nie wykazała.

Łożysko kształtu kulistego, wielkości dużej pięści, mało przypominało łożysko zwykle wewnątrzmaciczne.

Jeżeli zważyć, że od obumarcia płodu do dnia operacji upłynęło przypuszczalnie 3 miesiące, to zrozumiałą staje się zmiana i zewnętrznego wyglądu płodu i łożyska; — uległo ono przemianom wstecznym wskutek obliteracji naczyń doprowadzających i zamknięcia zatok łożyskowych; stąd też zmiany zanikowe pępowiny. W usuniętym jajowodzie zmian na błonie śluzowej nie stwierdzono; — był tylko wydłużony, nieco zgrubiały i na całej swojej przestrzeni bardzo unaczyniony.

Przechodząc do zagadnienia ciąży brzusznej, rozróżniamy:

a) Ciążę brzuszną pierwotną (*graviditas abdominalis primaria*), gdy jaje zagnieżdża się odrazu w jamie brzusznej. Postać ta jest wyjątkowo rzadka, a przez niektórych autorów podana nawet w wątpliwość, gdyż dla potwierdzenia jej należałoby udowodnić, że ani jajowód ani jajnik nigdy nie były pierwotną siedzibą zapłodnionego jaja. Jednak w oświetleniu nowszych badań i w opisach kilku przypadków, postać ciąży pierwotnej brzusznej została niezbicie potwierdzona.

Po raz pierwszy udowodnił to A. Czyżewicz (1912 r.), podając w Przegl. Lekarskim szczegółowy opis operowanych 2-eh przypadków. Zwł. przypadek II-gi jest przekonujący. W ze-

stawieniu z ostatnimi danymi o endometriosis, zrozumiałem się staję, że wszczępy śluzówki macicznej na otrzewnej i narządach jamy brzusznej są doskonałym podłożem do zagnieżdżenia się jaja zapłodnionego, niepodchwyczonego przez strzępki jajowodu.

Wyjaśnia to etiologię pierwotnej ciąży brzusznej. Paavo Varo, w przypadku pierwotnej ciąży brzusznej (Zentr. f. Gynäk. 1936. Nr. 47.), udowodnił istnienie organicznego związku bezpośredniego między rozwijającym się zapłodnionym jajem a tkanką endometrioidalną otrzewnej, która w miejscu zagnieżdżenia się jaja uległa zmianom podobnym do doczesnej macicy. Sprawę endometriosu peritonealis omówił szczegółowo L. Lorentowicz. (Przyczynek do etiologii ciąży brzusznej; Ginekologia Polska 1937. V—VI).

b) Ciążę brzuszną wtórną (graviditas abdominalis secundaria), w której jaje, pierwotnie zapłodnione i usadowione w jajowodzie, przedostaje się później do jamy otrzewnej i tu, w dość znacznej nieraz odległości od pierwotnego podłoża, zagnieżdża się powtórnie i odbywa dalszy rozwój. Tej postaci nie należy jednak utożsamiać z ciążą, w której płód również rozwijać się może w jamie brzusznej, lecz łożysko jego nadal pozostaje przytwierdzone w jajowodzie. — Omawiany przypadek należy zaliczyć do postaci brzusznej ciąży wtórnej prawdziwej, tu bowiem miejsce przyczepu łożyska znaleziono w wolnej jamie otrzewnej między jelitami, siecią i tylną blaszką więzadła szerokiego, bez jakiegokolwiek łączności z jajowodem; w jamie brzusznej odbył się też dalszy rozwój całego jaja płodowego. Płody prawie donoszone, a tymbardziej donoszone w ciąży brzusznej, należą w spostrzeżeniach klinicznych do wielkich rzadkości. Przeważnie już we wcześniejszych okresach rozwoju płodu następuje obumarcie jego, wzgl. występują burzliwe objawy i ciężkie powikłania, które zmuszają do interwencji chirurgicznej. — Znan: są też przypadki, w których obumarty płód ulega mumifikacji, a nieraz po latach a nawet dziesiątkach lat, skamienieniu (lithopaedion).

Tu obumarty donoszony płód był tylko zmacerowany, gdyż w owodni, w której przebywał, znajdowało się jeszcze nieco wód, co hamowało proces mumifikacji. — Postępowanie winno być zawsze operacyjne. Zbyt wielkie niebezpieczeństwo grozi matce każdej chwili, aby się liczyć z wątpliwą zawsze możliwością donoszenia płodu i wydobycia go żywym.

Dawniej w postępowaniu klinicznym wyczekiwano aż do



śmierci płodu, licząc na to, że w jakiś czas zatoki łożyskowe ulegną obliteracji i uda się odłączyć łożysko bez obawy wielkiego krwotoku.

Ostatnio poglądy uległy zmianie. Należy dążyć do jaknaj-szybszego wykonania operacji i starać się usunąć płód wraz z błonami i łożyskiem, gdyby nawet zaszła potrzeba podwiązania dużych naczyń. Tylko w wyjątkowych wypadkach, gdy zachodzą szczególnie niekorzystne warunki zabiegu, wydobywa się jedynie płód, pozostawiając łożysko, wzgl. wszywa błony do rany operacyjnej.

Chcielibyśmy tu zwrócić jeszcze uwagę na niektóre szczegóły godne podkreślenia. — Chora, nie mogąc doczekać się porodu, udała się początkowo do najbliższego szpitala, lecz tam nie rozpoznano istotnego stanu, skoro były zastosowane zwykłe sposoby w celu wywołania normalnego porodu. Niewątpliwie była badana i przez pochwę. Dowodzi to jak wielkie trudności rozpoznawcze mogą zachodzić w podobnych wypadkach. Również i późniejsze badania, przeprowadzone przez bardzo doświadczonych lekarzy, nie ustaliły właściwego rozpoznania. — Sprawę traktowano jako missed labour i poradzono czekać aż wystąpią samoistne bóle porodowe. Rozpoznanie właściwe, oczywiście w głównej mierze, następuje dopiero wówczas, gdy udaje się wyseparować małą, prawie normalną macicę z całokształtu guza brzuszego. Ale w czasie kiedy guz, mieszczący w sobie jaje płodowe, zasłania macicę, przesuwając ją ku tyłowi lub pociągając ku górze, wówczas i najbieglejszy klinicysta może istoty sprawy nie rozpoznać. My na oddziale znaleźliśmy się w położeniu bardziej pomyślnym, a to prawdopodobnie dlatego, że objętość guza brzuszego, w czasie przybycia chorej, znacznie się już zmniejszyła, co spowodowało większą łatwość wyodrębnienia normalnej macicy.

Nasuwa się tu jeszcze pytanie, czy w razie ustalenia w porę rozpoznania i operowania w okresie dojrzałości ciąży, możnaby było płód utrzymać przy życiu? Na to odpowiedzieć trudno, aczkolwiek tu sekcja płodu wyraźnych odchyień w narządach wewnętrznych nie wykazała. W świetle danych statystycznych w piśmiennictwie tego przedmiotu<sup>1)</sup> większość płodów, wydobytych żywych donoszonych lub prawie donoszonych, dawała tylko słabe oznaki życia; inne ginęły wkrótce po zabiegu operacyjnym. Dalsze losy tych nielicznych uratowanych płodów, są nam bliżej nieznane.

<sup>1)</sup> O. Hoehne, Halban und Seitz. — Biologie des Weibes. Tom. VII. Cz. II..

Z oddziału chirurgicznego I-ego. (Ordynator: A. Wertheim).

## **Zapalenie woreczka żółciowego, wywołane pałeczką gazotwórczą.**

PODALI

**Z. Podlipski i B. Lando,**

Asystenci oddziału.

Trudności rozpoznania, wzgl. leczenia, ostrych schorzeń jamy brzusznej powodują w każdym przypadku konieczność przeprowadzenia wszystkich badań pomocniczych, aby to rozpoznanie ułatwiły, a terapię podobnych schorzeń skierowały na właściwe tory. Z tego względu uważamy za wskazane ogłoszenie naszego przypadku, w którym ostre zapalenie woreczka żółciowego było wywołane przez niezwykły w tych razach zarazek chorobotwórczy.

Chory R. M., l. 41, piekarz, przybył do szpitala dn. 7.VI 1936 r. z powodu silnych bólów prawej połowy brzucha. Zachorował dnia poprzedniego wśród gwałtownych bólów brzucha, wymiotów i dreszczów. Bóle utrzymywały się przez cały dzień i noc; dopiero nad ranem po zastrzyku nieco zelzały. Jednak już po dwóch godzinach ponowiły się z tą samą siłą. Dotychczas podobnym napadom nie ulegał. Stolce i mocz oddaje prawidłowo. Przechodził operację guzów krwawniczych i przepukliny. Poza tym zawsze zdrow.

St. obecny: Ogólny — ciężki; rysy twarzy ostre; senny. Zabarwienie skóry, śluzówek i białkówek — normalne. Tętno — 120, temp. 37,6. Język suchy, obłożony. Płuca, serce — bez zm. Brzuch twardy, powłoki napięte, bolesne z uciskiem, zwł. w całej prawej połowie. Objaw Blumberga — dodatni. — Rozpoznano ostrą sprawę brzuszną z żywym od-czynem otrzewnym, w prawej  $\frac{1}{2}$  brzucha. Przypuszczając tu ostre zapalenie wyrostka robaczkowego (lub woreczka żółciowego), przystąpiono do zabiegu. W uśpieniu eterowym cięcie na zewnętrznym brzegu pr. m. prostego. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono w otrzewnie skąpą ilość płynu żółtawego. — Kątnica i wyrostek bez zmian. Woreczek żółciowy w luźnych zlepkach z siecią; oddzielono je. Ukazał się woreczek żółciowy, barwy buraczkowo-sinej, rozdęty, wystający na dwa palce poniżej brzegu wątroby. Na dnie jego kilkanaście skupionych miejsc zgorzeli, średnicy od  $\frac{1}{2}$  do 2 mm.. Z wo-

reczka wydobyto około 60 cm.<sup>3</sup> treści ciemno-zielonej, o krwistym zabarwieniu. Założono przetokę pęcherzykową, zeszyto częściowo powłoki brzuszne.

Przebieg gładki; objawy brzuszne ustąpiły po 5-ciu dniach. Przetoka żółciowa zamknęła się po 15-tu. Chory opuścił szpital po 4 tygod. w stanie dobrym, z małą raną powierzchowną.

Badanie treści pęcherzyka żółciowego (dr D w o r e c k i): w preparatach bezpośrednich, jak i z posiewu, otrzymano czystą hodowlę bacil. aerogenes capsulatus, zwany również b. phlegmonis emphysematosae lub b. perfringens. Drobnoustrój ten wykrywa się często w ziemi, wodzie źródlanej, w mleku, przewodzie pokarmowym ryb i zwierząt, przebywa w przewodzie pokarmowym człowieka, dokąd się dostaje wraz z pokarmem.

Jest on b. często czynnikiem chorobotwórczym i doprowadza do spraw zgorzeliowych. Stwierdza się go w ropowicach gazowych często w wyniku zanieczyszczenia ran ziemią (rany wojenne). Wywołuje znaczne zniszczenie tkanek, przeważnie z wytworzeniem gazu. Odczyn obronny ustroju ujawnia się nie tylko w obrzęku, ale i w obfitym przenikaniu białych ciałek przez ściany naczyń. Stąd wytwarza się ropa. Do krwi przenika rzadko; na ogół znajdujemy go tam u chorych w okresie przedśmiertnym. W wypadku ogólnego zakażenia na tle bac. perfringens — choroba staje się szybko śmiertelna, po ciężkim stanie ogólnym, z wysoką gorączką i żółtaczką hemolityczną, z krwiotokami (W i d a l).

Bac. perfringens jest to pałeczka dług. od 3 do 10 mikronów, nieruchoma, posiada otoczkę, barwi się spos. Grama. Spory wyrastają jedynie na pożywkach bez cukru. Zjadliwość jest rozmaita. Stwierdzano bac. perfringens w ranie i bez następnej ropowicy gazowej. Odwrotnie: drobnoustrój, wyhodowany z ropowicy, nie zawsze jest jadowity dla zwierząt doświadczalnych. U człowieka muszą istnieć warunki, usposabiające do działania chorobotwórczego bac. perfr.. Do takich czynników należy zniszczenie, zmiażdżenie lub upośledzone odżywienie tkanek, jednym słowem — działanie nekrotyczne bac. perfr. odbywać się może jedynie na podłożu białka martwego.

To też przypadki zgorzeii gazowej dotyczą zazwyczaj uszkodzeń niszczących, pourazowych, z jednoczesnym zanieczyszczeniem rany pałeczką gazotwórczą (p. g.).



**Dla zwalczania zaburzeń w miesięczkowaniu  
Dla pobudzenia czynności jajnika**

**Ściśle standaryzowany  
hormon jajnikowy**

**GLANDOFOLIN**

---

**„RICHTER”**

---

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

Tabletki po 100, 300  
i 1000 j. m. w 1 tablecie.

**FABRYKA CHEMICZNA GEDEON RICHTER T. A.  
BUDAPESZT X.**

Przedstawicielstwo na Polskę  
„O P O T H E R A P I A” Warszawa, Moniuszki 8, tel.: 299-95.

---

Opisano jednak również przypadki schorzeń narządów wewnętrznych, wywołanych przez p. g. — E. F r e n k e l podał przypadek, w którym u 35-letniego mężczyzny, po kilkudniowych burzliwych objawach brzusznych, na sekcji stwierdzono zgorzel gazową żołądka. K o n s c h e g g z Grazu stwierdził zgorzel gazową żołądka po rezekcji, wykonanej z powodu owrzodzenia; chory zmarł w 5 dniu po operacji. H i t s c h m a n i L i n d e n t h a l w przebiegu duru obserwowali w 2-im tygodniu choroby zaostrenie objawów brzusznych; wkrótce potem chory zmarł; na sekcji stwierdzono zgorzel gazową jelita cienkiego; w płynie otrzewnowym i narządach p. g. — W przypadku, opisanym przez J e p p s o n a, wystąpiła śmierć po 30 godzinach ciężkich objawów brzusznych, a na sekcji stwierdzono zgorzel gazową jelita cienkiego; wykryto tu pałeczkę, podobną p. g., — kolonie jej jednak rozwijały się również przy dostępie powietrza. We wszystkich tych przypadkach były schorzenia odcinka przewodu pokarmowego, wywołane przez p. g. — W przypadku F r e n k l a nastąpiło ono po urazie

palca i można było tu przypuszczać, że on spowodował zakażenie. Licząc się jednak z częstością występowania p. g. w przewodzie pokarmowym — jako saprofitem, prawdopodobniejsze wydaje się przypuszczenie, że rozbudzone tu zostało drzemiące w narządzie wewnętrznym zakażenie przez te czy inne sprzyjające warunki. Z dostępnego nam piśmiennictwa podajemy w szkicu niektóre spostrzeżenia analogiczne z naszym.

Przypadek I. (Cottam) dotyczył 41-letniej kobiety. 6. III. 17 r. ostry ból w górnej prawej okolicy brzucha i dole klatki piersiowej, częściowo i w linii środkowej. Wymioty. Brzuch był miękki, brak obrony mięśniowej. Temp. — 37°. Nazajutrz ból w pępku i punkcie Mc. Burneya. Oporność powłoki brzusznej w prawym dolnym kwadrancie. Bębnica. W 2 dni później te same objawy w górnym prawym kwadrancie brzucha. Operacja: woreczek żółciowy rozdęty, czerwony; w obrębie dua ognisko zgorzeli o barwie zielonej, (1,2, 2,2 cm.). Nieco dalej podobne ognisko; w woreczku 5 kamieni. Badanie bakteriologiczne wykazało bac. aerogenes capsulatus.

Przypadek II. (Hallé i Marquézy). Kobieta, 60 l.; zaczęło się od gwałtownego bólu w prawym górnym kwadrancie brzucha, promieniującego do prawego barku. Wymioty. Ból ustąpił: pozostało wyczerpanie. Po 5 dniach (po środku przeczystczającym) nawrót objawów, bez gorączki i wzdęcia. W dalszym przebiegu choroby wystąpiła żółtaczką, żywy ból w okolicy woreczka. Tegoż dnia operacja w miejscowym znieczuleniu. W jamie brzusznej — bez ropy — stwierdzono sieć, pokrytą ogniskami zgorzeli podobnie, jak w ostrym zapaleniu trzustki. W wycinku sieci wykryto gramdodatnie beztlenowce. Zastrzyk ich sińcem morskiej wywołał śmierć w ciągu 10 godzin, przy czym wykryto b. aerogenes capsulatus w wątrobie i śledzionie. Pacjentka zmarła po 2 dniach. W woreczku żółciowym był płyn i gaz, lecz kamieni nie było, owrzodzenie i zgorzel ściany woreczka. Wtórne go zakażenia nigdzie nie stwierdzono.

Przypadek III. (Lereboullet). Przedziurawienie woreczka z cuchnącą ropą. Od dawna kamica żółciowa. Przebieg był podobny do opisanego w przypadku II. Stwierdzono i tu zgorzelinowe przedziurawienie woreczka, poza tym było zapalenie otrzewny z cuchnącą ropą. Z hodowli wyrósł bac. aerog capsul.

Przypadek IV. (Kirchmayer). Mężczyzna, l. 64, napad kurczowych bólów brzucha; ustąpił po kilku godzinach; po 14 dniach ponowny. Brzuch wzdęty. Defensę w prawym górnym kwadrancie i okolicy woreczka żółciowego. Stan ciężki. Operacja; stwierdzono zgorzel pęcherzyka; w tym gaz i wiele złośliwych. Tkanki były b. kruche, próby podwiązania tętnicy pęcherzykowej zawiódły, stąd autor był zmuszony do wytamponowania gazą stryfonową. W ścianie usuniętego pęcherzyka stwierdzono p. g. — Wyleczenie.

Przypadek V. (Gould i Whitby). Kobieta, l. 46, od 2 dni ostre napadowe bóle w pr. górnym kwadrancie brzucha. Temp. do 40°. Operacja: usunięto woreczek napięty, natrzyknięty, z ogniskami zgorzeli w śluzówce. (W rozmazie liczne gramdodatnie laseczki (bac. aerogenes capsulatus Welchii). 6 kamieni — w woreczku — zmiażdżono, wyhodowano z nich te same drobnoustroje. Wyzdrowienie.

Przypadek VI i VII. (Wahlberg). Kobieta, l. 36, dwumiesięczne poronienie. 2 dni po skrobaniu ból w pr. podżebrzu, żółtaczką, dreszcze. Objawy te minęły. Po 5 tygodniach objawy ostrego zapalenia woreczka żółciowego z gorączką i wymiotami. Guz w pr. górnej części brzucha, aż do pępka. Operacja — brak tu było znamion gazotwórczego zakażenia, lecz z żółci, ściany woreczka i kawalków wątroby wyhodowano bac. aerogen. capsul. Nie stwierdzono p. g. w treści dwunastniczej. Krew i moczu również jałowe. Badanie rozmazu z szyi macicy oraz treści (z drenu, wyjętego na dziesiąty dzień) wykazało p. g. Wyleczenie.

Wahlberg podaje przypadek, w którym woreczek był przedziurawiony. Czyste hodowle tego drobnoustroju otrzymano z dużego ropnia i żółci. Wyzdrowienie.

Przypadek VIII. (Spitznagel) Mężczyzna, l. 50, zawsze zdrowy. Nagle ostry ból w okolicy woreczka żółciowego; ustąpił po paru godzinach. Po 4 dniach żółtaczką, po czym pierwsza konsultacja lekarska. Na 2-gi dzień ponowny napad bólów; pogorszenie stanu ogólnego. Żółtaczką nasiliła się, temp. 39,9°. Stan ciężki nie pozwolił na operację. Po paru godzinach zmarł. Sekcja — w 16 godzin po śmierci: tkanka podskórna zawierała gaz, skóra ciała jak poduszka; z brzucha wydostał się gaz z ostrym swistem; w jamie otrzewnej brudny krwawy płyn. Woreczek żółciowy rozdęty, surowicówka mętna z nalotem włóknistym, przylegała luźno do narządów sąsiednich; tu i ówdzie plamy zgorzelinowe. W pęcherzyku odbarwiona żółć bez pęcherzyków gazu; śluzówka tu martwicza, na dużej przestrzeni. Ściana pęcherzyka cienka; w niej plamy zgorzelinowe bez kamieni, przewody drożne. Pozostałe narządy (prócz przewodu żółdkowo-jelitowego) w obręku z pęcherzykami gazu. Z żółci i krwi wyhodowano pałeczki gazotwórcze.

Przypadek IX. (Hegner). Mężczyzna, l. 62. Ostry napad bólów, jak w kamicy żółciowej. Po 16 dniach ponownie lekka żółtaczką, szybkie pogorszenie stanu ogólnego, zejście śmiertelne. Ze ściany woreczka żółciowego wyhodowano bac. Welchii.

Przypadek X. (Graef i Sturtevant). Mężczyzna, l. 63, 48 godzin po przyjęciu, na oddz. wewnętrzny, dreszcze i temp. 40°, sinica i duszność. Leukocytoza zrazu 7200, doszła do 17000. Zamroczenie, duszność, sinica. Po 2 dniach — śmierć. Sekcja w 4 godz. po śmierci: wątroba wagi 2 kg. na przekroju jej żółć, w niej pęcherzyki gazu; złogi w przewodach żółciowych. Miąższ mętny, szarobronzowy, bez ognisk rozpadowych. Woreczek żółciowy powiększony i zgrubiały. W przekroju pienisty, zielonawy płyn. W pęcherzyku liczne kamyczki, na śluzówce głębokie owrzodzenia, niektóre o krwawym dnie. W przewodzie pęcherzykowym i wspólnym, rozszerzonych, kamienie.

W ścianie pęcherzyka obrzęk wszystkich warstw ze złuszczeniem nabłonka, tu też drobne ropnie i złogi w kryptach. Wyhodowano bac. Welchii z treści żółciowej i we krwi z serca, pobranej podczas sekcji.

Przypadek XI. (Koban). Mężczyzna, l. 72, przybył do szpitala z powodu bólów w pr. 1/2 brzucha, od 2 dni. W zabiegu: rozdęty woreczek żółciowy z ogniskiem zgorzeli, nakłuciem wydobyto ciemną żółć, o wiśniowej barwie, z domieszką gazu. Wykonano przetokę pęcherzykową. Zejście pomyślne. Wyhodowano p. g. —



Z zestawienia naszych przypadków wynika, że dotyczą one osób w wieku powyżej 35 lat, zatem średnim i starszym (najstarszy z chorych liczył 72 lata). Z 12 przypadków było 7 mężczyzn, a tylko 5 kobiet. Kamice dróg żółciowych stwierdzono u opisanych chorych w 5-ciu przypadkach. Wiadomo zaś, że schorzenia woreczka żółciowego spostrzega się przeważnie u kobiet; według Rovsinga kamica dróg żółciowych bywa u kobiet 4 razy częściej niż u mężczyzn, a zatem zakażenie dróg żółciowych pałeczką gazotwórczą nie odpowiada częstości innych schorzeń woreczka żółciowego.

Chorzy ci są kwalifikowani do zabiegu operacyjnego z rozpoznaniem często błędnym, jak: zapalenie ostre wyrostka robaczkowego, przedziurawienie wrzodu żołądka, ostra martwica trzustki i t. p. Przypadki nie operowane zwykle giną. Przypadki wcześnie operowane dają rokowanie pomyślne. Z 9 operowanych — siedmiu tu wyzdrowiało; dwu z pozostałych poddano zabiegowi po kilku dniach ostrej choroby, a w stanie ogólnym b. ciężkim, bez nadziejnym.

Z zabiegów, stosowanych tu, w grę wchodzi usunięcie pęcherzyka, bądź też przetoka pęcherzykowa. Zdaniem naszym, wzięwszy pod uwagę ciężki zazwyczaj stan chorych w przebiegu tej choroby, jakoteż dobre wyniki, otrzymywane po założeniu przetoki pęcherzykowej, należałoby zabieg ten uważać za najbardziej skuteczny, jako krótki i stosunkowo bezpieczny.

Pałeczka gazotwórcza łatwo przedostać się może do woreczka żółciowego z przewodu pokarmowego poprzez przewód wspólny. Ostre schorzenia pęcherzyka żółciowego na tle zakażenia pałeczką gazotwórczą należy wiązać z nasileniem ich zjadliwości, gdy następuje chwilowe zmniejszenie odporności śluzówki pęcherzyka. Odnosi się to tylko do tego narządu, a przemawiają za tym dobre wyniki leczenia za pomocą sączkowania zakażonego woreczka żółciowego.

#### P I Ś M I E N N I C T W O .

1. Collam — Surg. Ginec. Obst. 1917. 2. Hallé et Marquézy — Bull. et mem. Soc. med. hop. de Paris. 1922. 3. Lereboullet — Bull. et mem. Soc. med. hop. de Paris. 1922. 4. Kirchmayr — Zblatt f. Chir. 1925. 5. Gould and Wilby — Brit. J. Surg. 1927. 6. Wahlberg — Münch. med. Woch. 1927.

7. *Spitznagel* — *Wien. med. Woch.* 1929. 8. *Hegner* — *Arch. Surg.* 1931. 9. *Graef and Sturtevant* — *Arch. Surg.* 1934. 10. *Philibert* — *Précis de bacteriologie.* 11. *Roger, Vidal, Teissier* — *Traité de médecine.*

Z III-go oddziału wewnętrznego. (Ordynator: B. Jochweds)

## W sprawie zachowania się cholesterolu w durze.

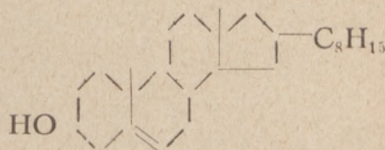
(Doniesienie tymczasowe)

PODALI

**E. Kosman, S. Śniadower i P. Piątko.**

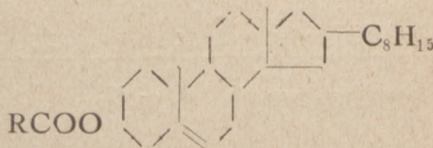
Zachowanie się cholesterolu całkowitego we krwi chorych durowych było już przedmiotem wielu prac, natomiast dokładniejsze badanie nad poziomem zestryfikowanego cholesterolu w durze nie były, o ile nam wiadomo, przeprowadzane.

Cholesterol, ciało o wzorze



może występować w ustroju w postaci wolnej albo też związanej z kwasami tłuszczowymi. Związki z kwasami tłuszczo-

wymi są to estry cholesterolu  
o wzorze



W warunkach prawidłowych  $\frac{1}{3}$  cholesterolu całkowitego występuje w krwi w stanie wolnym,  $\frac{2}{3}$  — w stanie związanym. Jeżeli więc stosunek zestryfikowanego cholesterolu do cholesterolu całkowitego oznaczmy literą K, to normalnie K wynosi około 0,65.

Badania nasze dotyczą 22 oznaczeń cholesterolu i jego estrów u 16 chorych na dur brzuszny. Wyniki streszczone są w załączonej tabelce.

L. p.	Płeć	Wiek	Cholesterol całkowity	Cholesterol zestryfikowany	K	Tydzień choroby	U w a g i
1	m	49 I	167 mg%	67 mg%	0,4	II	ubgen +, diazo +; żółta
2		II	170	7	0,04	V	taczka
3	m	14	176	60	0,34	IV	żółta
4	m	41	100			X	ustąpiła
5		II	140	34	0,25	XIII	stan średni
6	m	29 I	80	12,5	0,15	II	spondylitis
7		II	240	114	0,48	V	cervicalis
8	m	32	117			III	
9	m	29 I	166	40	0,25	V	krwotok
10		II	186	93	0,5	IX	jelitowy
11		III	190	33	0,15	X	
12	m	38	150	50	0,33	IV	lec. salwar.;
13	m	12	200	34	0,17	II	przebieg lekk;
14	m	28	190	124	0,66	III	dermografizm;
15	m	42	140	7	0,05	III	stan b. ciężkiej
16	m	35	173	47	0,23		39°; zamro-
17	m	12	173			VII	czenie
18	ż	39	170				nephritis
19	ż	40	113	23	0,19		
20	ż	16	145	60	0,42	III	
21	ż	27	119	27	0,23		
22	ż	24	79	23	0,3	VI	
Wartość średnia			155,8	47,5	0,285		
Odchylenie średnie			± 39,27	± 33,2	± 0,159		
Prawidłowa wartość			160—180		0,631 ± 0,083		

### Omówienie.

Jeżeli chodzi o wnioski z powyższych danych, to w pierwszym rzędzie należy podkreślić, że średnia wartość całkowitego cholesterolu, a mianowicie 153,8 mg% ze średnim odchyleniem  $\pm 39,27$  — pozostaje u naszych chorych w granicach normy. W związku z tym należy przypomnieć, że gdy cholesterolęmię bada się w dużej w krótszych odstępach czasu, to zwykle stwier-



dza się pewien cykliczny przebieg krzywej. I tak stwierdzał Achard<sup>2)</sup> w 1-ym tygodniu choroby obniżanie się cholesterolu, w późniejszych zaś okresach wzrost, często powyżej normy. Podobne wyniki otrzymali Chauffard i inni, u nas Szpidbaum<sup>3)</sup>.

Nasz materiał kliniczny składał się z chorych, którzy poważnie tranzlokowani byli na oddział z innych szpitali i przybywali do nas na ogół w późniejszych okresach cierpienia. Jest to poza tym materiał szczupły, i dlatego też wyniki nasze nie mogą oświetlić całokształtu zagadnienia i powinny być uważane za tymczasowe. Z 22 oznaczeń 6 było dokonanych w 2 i 3 tygodniu choroby—odpowiednie liczby wynoszą 167, 80, 200, 140 i 145 mg.%. Wynika z tego, że nawet i w tym okresie wyraźne obniżenie się poziomu cholesterolu stwierdziliśmy wyłącznie w 2 przypadkach (norma około 160—180 mg%).

Co się tyczy estrów cholesterolu, to Boyd<sup>4)</sup> w początkowych okresach chorób gorączkowych spostrzegał zmniejszenie się stosunku zestryfikowanego cholesterolu do cholesterolu całkowitego. Marini<sup>5)</sup> obserwował w durze brzuszny obniżanie się ilości estrów cholesterolu.

Średnia wartość współczynnika K. wynosi w naszych spostrzeżeniach 0,285 (średnie odczylenie  $\pm$  0,159), w porównaniu z normalną wartością 0,65. Najwyższe wartości K wynosiły 0,65 (III tydz.), 0,5 (rekonw.) i 0,48 (V tydz.); w pozostałych 19 oznaczeniach otrzymaliśmy liczby znacznie niższe od normy we wszystkich okresach duru, nie wyłączając rekonwalescencji; najniższa wartość — 0,04.

Nie możemy tu wypowiedzieć żadnego określonego wniosku co do równoległości między obniżeniem się współczynnika estrowego a ciężkością ogólnego obrazu klinicznego. Obserwacja kliniczna nie dała również odpowiedzi na pytanie, dlaczego obniża się współczynnik estryfikacji.

W sprawie mechanizmu obniżania się współczynnika estrowego istnieją dwie teorie.

I. Teoria, reprezentowana przez Tannhausera<sup>6)</sup>; zwolennicy jej uważają, że czynność estryfikowania cholesterolu jest udziałem komórki wątrobowej. W stanach niedomogi komórki wątrobowej estryfikacja jest niedostateczna — następuje zmniejszenie się

współczynnika K, niezależnie od wartości cholesterolu całkowitego.

II. Bürger<sup>1)</sup> przypuszcza, że — naskutek głodzenia się albo upośledzonego wchłaniania tłuszczów ze światła jelita — następuje obniżenie współczynnika K, z braku w ustroju kwasów tłuszczowych, stanowiących budulec estrów.

Jeżeli chodzi o nasze przypadki, to wydaje się, że nie ma podstaw do przyjęcia drugiej teorii (Bürgera), gdyż — według zasad, przyjętych na oddziale — chorzy durowi otrzymywali pożywienie dostateczne i pod względem kalorycznym i pod względem zawartości tłuszczów. Zresztą niski współczynnik estrowy otrzymywaliśmy również u ozdowieńców, którzy odżywiali się normalnie, następnie w cięższych przypadkach duru i u niektórych chorych, którzy przez cały czas nie mieli biegunek. Toteż słuszniejsze wydaje się nam tłumaczenie pierwsze — Tannhausera — że w durze następuje pewne uszkodzenie komórki wątrobowej, które staje się przyczyną względnego spadku ilości estrów cholesterolu. Pogląd ten znalazł kliniczne zastosowanie — między innymi — w różniczkowaniu między żółtaczką miąższową a zastoinową (odpowiednie prace przeprowadzamy również na naszym oddziale).

W powyższym ujęciu obniżenie współczynnika estrowego w durze staje się jeszcze jednym wyrazem uszkodzenia wątroby przez prątek durowy, jeszcze jedną czynnością cząstkową, która ulega zahamowaniu na skutek rozwoju sprawy chorobowej. Do takich znanych objawów cząstkowego uszkodzenia czynności wątrobowej należy również i wzrost urobilinogenu w moczu oraz upośledzenie krzepliwości krwi<sup>2)</sup>. Rzecz możliwa, że dodatni odczyn dwuazowy w moczu jest także przejawem niedomogi wątrobowej.

Powyższe wnioski uważamy jednak na razie — ze względu na szczupły zakres badań — za prowizoryczne. Sprawa ta wymaga oczywiście rozszerzenia i pogłębienia badań: materiał kliniczny powinien być obfitszy, badania należy przeprowadzać częściej, w krótszych odstępach czasu i uzgodnić je z obrazem klinicznym. Ale przede wszystkim, jeżeli zubożenie krwi w estry cholesterolu traktować, jako przejaw niedomogi wątrobowej, należy odpowiednie badania przeprowadzać równolegle i innymi znanymi metodami oceny czynności wątrobowej.

PIŚMIENNICTWO.

- <sup>1)</sup> Page I. H., Kirk E., W. H., Thompson W. R. Van Slyke D. D. — J. Biol. Chem. 111, 613, 1935.
  - <sup>2)</sup> Achard—Les maladies typhöides. Paris, Masson.
  - <sup>3)</sup> Szpidbaum H. — Medycyna, 1935, Nr. 7.
  - <sup>4)</sup> Boyd E. M. — Canad. Med. Assn. J. 32, 500, 1935.
  - <sup>5)</sup> Marini — cit. u. Szpidbauma, vide<sup>3)</sup>.
  - <sup>6)</sup> Tannahauser u. Schaber — Klin. Wchschr. 1926, Nr. 7.
  - <sup>7)</sup> Bürger M. — Münch. Med. Wchschr. 1922 p. 103.
  - <sup>8)</sup> Jochweds B., Szejnberg A. i Milebandowa J. — Warsz. Czas. Lek. 1935, Nr. 38.
- 

Z II oddziału neurologicznego (Ordynator: E. Herman)

**Ostra psychoza majaczeniowa w przebiegu guza kąta mostowo-mózdkowego\*.**

podali

**E. Herman i D. Wdowiński**, asystent oddz. psychiatrycznego.

Zaburzenia psychiczne w guzach mózgu były już niejednokrotnie opisywane wszechstronnie przez licznych autorów polskich i zagranicznych. Wartość lokalizacyjną i patogenezę zaburzeń psychicznych w przebiegu guzów mózgu szczegółowo omówił na XV Zjeździe Psychiatrów Polskich w Płocku prof. J. Rothfeld, opierając się na bogatym materiale własnym, obejmującym 198 przypadków, w tym 55 z zaburzeniami psychicznymi. Z autorów obcych wymienić wypada pracę Schuster'a, Redlich'a, Sterna, Mingazzini'ego, Knapp'a, Baruk'a, a przede wszystkim znakomite monograficzne ujęcie tego działu przez Pfeifera w podręczniku psychiatrii Bumkego. Wszyscy niemal klinicyści dochodzą do wniosku, że większość objawów psychicznych w guzach mózgu zaliczyć należy do objawów ogólnych, tylko niewielką część uważać można jako objawy psychiczne ogniskowe czyli miejscowe; stąd zalecana ostrożność w przypisywaniu znaczenia rozpoznawczo-lokalizacyjnego rozmaitym zaburzeniom psychicznym w guzach mózgu. Psychozy w gu-

---

\*) Według pokazu, który się odbył w oddziale warszawskim Polskiego Tow. Psychiatrycznego w dn. 23.III.1938 r.



zach mózgu odpowiadają przeważnie, na co zwraca uwagę Pfeifer, zewnątrzpochodnemu typowi reakcyjnemu Bonhoefera, ujawniając się, według tego autora, na skutek pomieszania objawów ogólnych i miejscowych raczej w powikłanych obrazach, niż jak to bywa w ściśle odgraniczonych jednostkach psychicznych.

Chociaż zaburzenia psychiczne zdarzają się w połowie, względnie w  $\frac{1}{3}$  przypadków guzów mózgu, jak wynika ze statystyki wspomnianego autora, lub należą niemal do reguły, jak to przyjmują Bruns i Knapp oraz Oppenheim, to jednak w guzach pewnych okolic występują często, w guzach innych obszarów mózgu—niezmiernie rzadko. Dla przykładu przytoczymy, iż najwięcej przypadków zespołu amnestycznego, opisanych przez Pfeifer'a, przypada na guzy półkul, zwłaszcza płatów czołowych, natomiast najmniej na guzy podstawy mózgu; mianowicie spośród 86 przypadków guzów mózgu w 37 stwierdzał Pfeifer psychozę Korsakowa, w tym wśród 3 przypadków guza mostu w żadnym nie było zaburzeń psychicznych; wśród 9 przypadków guza mózdzku—tylko w 2, guzy zaś kąta nie są w ogóle wymienione. Tak samo w statystyce Rothfelda znajdujemy na 5 przypadków sekcyjnych guzów tylnej jamy czaszkowej tylko 1 z zaburzeniami psychicznymi, na 46 przypadków niesekcyjnych tej okolicy—ani jednego. Przypadek Rothfelda guza tylnej jamy dotyczył raka nad prawą półkulą mózdkową. Żaden z dwu przypadków guza podstawy mózgu, wymienionych w pracy Rothfelda, nie był powikłany zaburzeniami psychicznymi. W przebiegu guzów mózdzku spostrzegano moria (Fürstner, Ziehen, Sterling). Bregman i Krukowski opisali moria w przypadku guza kąтового.

Ta niezmierna rzadkość zaburzeń psychicznych w guzach kąta mostowo-mózdkowego, upoważnia nas do podania niżej przypadku, spostrzeganego przez nas i stwierdzonego sekcyjnie.

Chora S. A., l. 50, (L. 145/1937) przybyła 25.XI.1937 r., przepisana z oddziału Dra A. Landaua w szpitalu Wolskim.

Wywiady. Przed 17 laty chorowała na nerki w ciągu 3 ch tygodni. Przed 2 laty rwa kulszowa lewostronna. Obecnie chora od 7 miesięcy. Rozpoczęło się od bólów głowy, wymiotów, z kolei dołączyły się zaburzenia równowagi oraz osłabienie wzroku; ostatnio widzi b. słabo; miewa okresy, kiedy w ogóle nie widzi. Osłabienie słuchu, zwł. ucha lewego. Przed 6 tygodniami wystąpiły obrzęki powiek i kończyn dolnych, oraz

krwimocz. Z tego też powodu została umieszczona 5.XI 37 r. w oddziale wewnętrznym Dra Landaua, gdzie stwierdzono poza sprawą mózgową, kłębuszkowe podostre krwotoczne zapalenie nerek.

Neurologicznie w dniu przybycia stwierdziliśmy: nierówność źrenic; prawa szersza; na światło oddziaływa paradoksalnie, lewa — opieszale; na zbieżność obie oddziałują niedostatecznie. Na dnie oczu — obustronnie tarcza zastoinowa znacznego stopnia z wynaczynieniami. Ostrość wzroku: oka pr. — pocucie światła elektrycznego; oka lewego — ruchy ręką tuż przy oku. Osłabienie odruchu rogówkowego lewego, obniżenie czucia bólowego na policzku lewym, nieznaczne upośledzenie VII lew., zniesienie słuchu po str. lew., obniżenie pobudliwości ciepłikowej po str. lewej, adiadochokinesis lewostr., nieznaczna dysmetria po str. lewej; wybitne osłabienie odruchów brzusznych lewych; brak lewego odruchu kołanowego. Chód zmienny, przeważnie o szerokim kroku, z asynergią w tułowi; padanie przy obrotach w lewo.

Rentgenogram czaszki (Dr Mesz): czaszka mała, wieżykowata, kości sklepienia zgrubiałe, wewnętrzna blaszka i podstawa wygładzone. Rowki naczyńiowe znacznie poszerzone. Siodło tureckie pogłębione, tylne wyrostki pochyle odwapnione, zniszczone; przednie wyrostki częściowo odwapnione. Wass. we krwi — ujemny. Od kilku dni wyraźne zaburzenia psychiczne.

4. XII. 37 Badanie psychiatryczne. Chora podaje imię, nazwisko, adres, wiek prawidłowo. Wie, że od przeszło tygodnia jest w szpitalu żydowskim na oddziale neurologicznym. Dawniej była w szpitalu Wolskim. Dzień podaje dobrze, miesiąc „październik, wkrótce będzie Boże Narodzenie, za jakie 3 tygodnie“. Od 32 lat mieszka w Warszawie. Warszawa jest stolicą Polski. Na pytania, dotyczące polityki aktualnej, daje na ogół odpowiedzi rzeczowe

$$7 \times 5 = (3 \times 7 = 21, 2 \times 7 = 14, 21 + 14 = 35)$$
$$8 \times 5 = (2 \times 4 = 8, 2 \times 8 = 16, \text{dodaje, że tak głęboko nie umie liczyć}).$$

Tramwaj — samochód? — samochodem jedzie się parą, benzyną, a tramwaj — elektrycznością.

Drabina — schody? Drabina ma kołki, a schody deski.

Karzeł — dziecko? Dziecko to dziecko, a karzeł — jest stary.

Chora twierdzi, że przez cały tydzień brat jej stoi przy bramie szpitala, ona go wprawdzie nie widziała, ale wie, że tam jest i nie wpuszcza żadnych gości do niej. Czasami słyszy też jego głos. Jaki brat ma w tym interes, chora nie wie. Nieraz nawet się z nim kłóci, choć nie rozumie, jak on słyszy na taką odległość. Twierdzi, że ją lekarze na polecenie tego

brata usypiają, „narkotyk taki leci w powietrzu, żeby spała“. Zapachu tego narkotyku nie czuje, gdyż ma chroniczny katar. Ale poddaje się temu usypianiu z pokorą, gdyż jest sama na świecie, sierotą. Męża ten brat na oddział nie dopuszcza. Prosi, żeby ją puścić do domu, gdyż ją tu Bronek (brat) i Hela (jej córka) dobijają. W nocy siostry szpitalne robią jej zastrzyki nasenne, gdyż są naślane przez Helę.

9.XII. Podniecona, wciąż mówi do kogoś, prosi, błaga o coś; gdy się zmęczy, leży nieruchomo z zamkniętymi oczyma. Głos ochryply.

10.XII. W czasie dzisiejszego badania stanu psychicznego chora odnosi się negatywnie do badającego, nakrywa głowę kołdrą, mówi coś pod kołdrą, nie zawsze zrozumiale, można tylko z oddzielnych zdań wywnioskować, że przy bramie stoi jakoby policja, która nie dopuszcza do niej krewnych. Poza tym nie można od chorej wy dostać odpowiedzi.

11.XII. Mówi samorzutnie. „Ja nie Sus,.. ja nie Sus...“. „Policja, mnie się ciemno zrobiło“. „Nie jestem leczona, czy Pan nie ma sumienia“. Mogiłka, ja już umarłam, moje dzieci nie żyją (placze). Ja nie Sus..., mnie zasypali; Stachu! Policja! Policja! Ja już nie żyję. Biały dzień, biały dzień, ja nic nie widzę. Wy chcecie mnie drzeć, nie, nie. Ja nie Sus..., księża, księża! Ja nie widzę księdza, gromniczkę, gromniczkę. Stachu, mój mąż, sukin syn. Tu trzeba straż postawić przy mnie, przepadłam, przepadłam“.

12.XII. W czasie odwiedzin poznała męża, rozczuliła się, płakała. „Księża, kościół“, „księża“. „Przepadłam, mój Boże najdroższy. Jeżeli nie umarli, to nie żyją“ (do męża): „nie żyjesz, nie żyjesz“.

„O Jezu drogi. Najdroższy Panie, jak można tak robić? (placze), ja nie żyję, już nie żyję“. „Dzisiaj wyszłam z trupia rni“. „Proszę sprawdzić, czy wszystko jest, czy głowa jest, czy oczy są“. „O Jezu, znowu byłam nad przepaścią, jeżeli byłam dzieckiem małym“. „A teraz widziałam, że tylko ta młoda kobieta żyje, nic więcej nie widziałam“. „Jak ja mogę żyć“. „Jak się widna Warszawa zrobiła“. „Nie jestem Sus... nigdy na świecie“. „To niech ja już będę zabitą. Ja skończę prędko życie. Wszystko jedno, nie będę żyła, nie będę żyła“. „2-gi dzień, ostatni, tak ostatni, mogę widzieć, mogę chodzić, mogę wszystko robić“. „O było widno, teraz jest ciemno“. „Gdzie moje buty, jak ja pójdę; tu księża“. „Wiem, że jestem ostatnia, co będę mówić, co się będę wysilać, nogi mi się chwieją, ja już muszę umrzeć“. „Ten lekarz w czapce niech się nie patrzy, przy nim konałam, to był ostatni, księża tu byli, żeby chociaż ten był, co tego. Jaby głowy nie miała, worki to nie, jeszcze coś, tak nie widzę swoje, o, o, proszę p. doktora, ja nie na ostatnim łóżku, nie jestem ostatnia, jak mam



te ręce i tę głowę, powinnam już nie żyć, leżę wysuszona, wynędzniona“.

„Tu koło tego księżulka, ja się tak męczę, jeszcze dużo tu było księży, dużo księży; co teraz, gdzie ubranie? Proszę dać ubranie; dzieci drogie jesteście? dobrze“. „Księżulku kochany, będziemy żyć?“ „Stasiu będziemy żyć? No tak, tu jest moja córka“.

13.XII. Wobec podniecenia psychicznego przepisana do szpitala Jana Bożego.

21.XII. Przepisana ponownie do naszego oddziału. Leży na boku, ze zgiętymi kończynami dolnymi, wciąż mówi do siebie, przeważnie niezrozumiale. Obnaża się, nie pozwala, by ją przykryto. Na zapytanie, gdzie się znajduje, odpowiada— „tam, gdzie Basieńka“.

Szuka gorączkowo stale rękami czegoś.

Na zapytanie, dlaczego tak szuka wciąż, odpowiada — „szukam męża, mąż już nie żyje, Basieńka już nie żyje, pierwszy doktor żyje“.

Gdzie się Pani znajduje?— „zabrana byłam drugą razą do szpitala, na całą noc, po umierającego, ja nie chciałam drugi raz tak samo; w nocy z szopy tam wzięto i już brano pomaleńku.. pomaleńku... tę trumnę... swojego Cybulskiego“.

A kto to jest Cybulski?— „ja nie wiem, kościół, jeszcze nie tu jest ten Cybulski“.

Gdzie pani mieszka? „Gęsia 101“.

Jak się pani nazywa?

Kto tu stoi przy pani? — „tu są żydowscy lekarze“.

Ostrość wzroku: odróżnia przedmioty z odległości  $1\frac{1}{2}$  metra.

25.XII. Zmarła.

Na sekcji stwierdzono: w kącie mostowo-mózdkowym lewym dobrze odgraniczony guz wielkości orzecha włoskiego; zarówno most, jak i rdzeń prz-dłużony, przesunięte łukowato w stronę prawą. W moście i mózdku guz wyłobił odpowiednią niszę.

Badanie d r o b n o w i d o w e guza wykazało utkanie n e u r i n o m a t y c z n e; gdzie nie gdzie ogniska martwicze.

W mózgu zmian drobnowidowych nie stwierdzono.

Streszczając—okazuje się, iż u 50-letniej chorej naszej rozwijały się od 7 miesięcy typowe objawy guza kąta mostowo-mózdkowego lewego, na który składały się: osłabienie odruchu rogówkowego lewego, zaburzenia czucia w obrębie lewego nerwu V, niedowład lewego VII, zniesienie słuchu po stronie lewej, obniżenie pobudliwości cieplikowej po lewej stronie, adiadochokinesis i dysmetria w kończynie górnej lewej, asynergia mózdkowa

chodu; z oznak ogólnych guza—bóle głowy, wymioty, obustronna tarcza zastoinowa z wybitnym upadkiem wzroku obu oczu.

W ciągu ostatnich kilku tygodni, niezależnie od choroby podstawowej, zjawilo się kłębuszkowe podostre krwotoczne zapalenie nerek, być może jako nawrót choroby nerek sprzed 17 laty.

Jako epizod najświeższy w 7-ym miesiącu trwania klinicznego zespołu guza kąta mostowo-mózdkowego — rozwinął się ostry obraz psychozy, który z kolei poddać należy bliższej analizie.

Widzieliśmy, że orientacja chorej zarówno auto — jak i allopsychiczna — zachowane były na ogół dobrze.

Chora szkicuje doskonale w wywiadach cały dotychczasowy przebieg choroby swej, nie opuszcza najmniejszych szczegółów. Na wszystkie pytania w związku z tym daje odpowiedzi rzeczowe. Personalia podaje prawidłowo. W miejscu, czasie i otoczeniu jest należycie zorientowana. Ważniejsze zdarzenia polityczne nie są jej obce. W ogóle pamięć dla rzeczy dawniejszych jest niezła. Zapamiętywanie stosunkowo dobre. Nie ma oznak większego ograniczenia zdolności postrzegania.

Zatem brak jest głównych cech, charakteryzujących psychozę Korsakowa z dezorientacją w stosunku do świata zewnętrznego na czele. — Podkreślimy to z 2 względów: po pierwsze, zespół Korsakowa stanowi częstą stosunkowo postać psychoz w guzach mózgu, a po wtóre, omamy i urojenia, które w stopniu znacznym przeważały u chorej, mogły odtwarzać konfabulacje okolicznościowe.

Toteż zając się musimy pokrótce treścią i rodzajem halucynacji oraz urojeń w danym przypadku.

Chora twierdzi, iż brat jej stoi przy bramie szpitalnej, nie wpuszcza żadnych gości do niej, nawet męża; nie widzi go wprawdzie, ale wie, że on tam jest; słyszy głos jego. Rozmawia wciąż z kimś, gestykulując przy tym. Lekarze i siostry z polecenia brata chorej usypiają ją i zatruwają jakimś narkotykiem. Uważa, iż nie jest leczona, wzywa policję, księży. Krzyczy, że nie żyje, że wyszła z trupiarni i t. p. —

Pośród omamów na plan pierwszy wysuwały się niewątpliwie halucynacje wzrokowe, chociaż nie brak było i słuchowych. Urojenia nosiły charakter somatopsychicznych i prześladowczych.

Ze względu na duży upadek wzroku nasuwa się zrazu sama

przez się możliwość zaliczenia tych halucynacji wzrokowych i innych zaburzeń do kategorii objawów psychicznych majaczeniowych u ślepców; przeczy jednak temu niejednołitość i bogactwo objawów psychicznych, jako też fakt, iż nie doszło tu do całkowitej ślepoty. Niewątpliwie jednak znaczny upadek wzroku nadawał pewne piętno omamom u naszej chorej. Wiemy przecież, że stany bredzeniowe w psychozie Korsakowa wzmagać się mogą w czasie zmroku, podczas gdy we dnie istnieje jedynie nieskomplikowany zespół amnestyczny (Pfeifer).

Nawiązując do urojeń prześladowczych, zaznaczyć należy, iż psychozy lękowe, według Wernicke'go, występują często jako psychozy objawowe w guzach mózgu. Nastrój lęku może, według Pfeifer'a, u chorych z guzem mózgu wzmocnić się do afektu lękowego, połączonego z omamami i wyobrażeniami lękowymi. Stąd zmienić się może całe nastawienie chorego względem otoczenia aż do obrazów paranoidalnych włącznie. Urojenia prześladowcze i somatopsychiczne, wypowiedane przez chorą nawet w okresie zupełnie jasnej świadomości, przyćmionej zazwyczaj w stanach czysto majaczeniowych, wskazują, być może, na domieszkę schizofreniczną.

Słowem, w obrazie psychicznym przeważał stan majaczeniowy z halucynacjami i urojeniami prześladowczymi. Wszystkie te zaburzenia pozostaje uważać jako wyraz ogólnego odczynu mózgowia na guz.

Czy i w jakim stopniu budowa leptosomiczna chorej, względnie jej konstytucja psychiczna, wpłynęły na takie ukształtowanie się zespołu psychotycznego, trudno jest oczywiście orzec.

Jeśli ująć całą psychozę — jako postać reakcyjną guza (neurinoma), to umiarkowane wodogłowie i badanie mózgu nie dają ku temu specjalnych podstaw. Chyba wziąć pod uwagę ogniska martwicze w guzie, które stwierdziliśmy drobnowidowo, lub oznaki kliniczne wzmoczonego ciśnienia śródczaszkowego — czynniki, które same już wystarczają, by uważać zmiany psychiczne tu, jako wynik szkodliwego działania natury ogólnej.

Co się tyczy działania miejscowego, to należy rozważyć tu omawiane ostatnio, zwł. przez Hermitte'a psychozy, spowodowane ogniskami w szypułach mózgowych.

O. Foester i O. Gagel uważają, że udało się w przypadkach patologicznych uchwycić wręcz odmienny wpływ wy-



**NOWY PREPARAT KRAJOWY**

# BROMCALCIUMTHEOSAN

jest oryginalnym i jednorodnym  
związkiem chemicznym:

Theobrominum Calcium Bromatum „Wander“

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

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

---

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

---

wierany na czynność mózgową z dwu różnych miejsc pnia mózgowego: mianowicie, przy zajęciu przedniego odcinka komory III zachodzi wzmożona czynność procesów psychicznych aż do stanów maniakałnych włącznie; przy zajęciu zaś opuszki i istoty szarej, okalającej wodociąg Sylwiusza, oraz przy zajęciu tylnego odcinka III komory — powstawać ma osłabiona czynność procesów świadomości, a więc ośpienie, znużenie, senność, utrata przytomności.

Piśmiennictwo, przytoczone w pracy.

Baruk. Les troubles mentaux dans les tumeurs cerebrales, Paris 1926. Bregman i Krukowski. Deut. Z. f. Nervenkr. 42, 1911. Foerster O. i Gagel O. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 149, 1934. Fürstner, Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 41, 1906. Knapp i Oppenbeim. Die Geschwülste des Gehirns. Wien. 1902. Pfeiffer. Podręcznik Bumke'go, t. VII, cz. III, Rotkfeld. Rocznik Psych. z. 25, 1925. Redlich. Jahrb. f. Psych. 36, 1910. Schubert. Psychische Störungen bei Hirntumoren. Stuttgart. 1902. Sterling W. Rocznik Psych. Nr. 25, 1935. Stern. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 54, 1914.

## Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

### **Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 15 października r. 1937.**

Przewodniczył **H e r m a n.**

**W. Stein. W sprawie leczenia tężca metodą Dufoura.** (Z oddz. Wł. Sterlinga).

Ostatnio ukazuje się w prasie lekarskiej coraz to więcej publikacji o pomyślnym wyniku leczenia tężca nawet w przypadkach ciężkich, tj. o okresie wylegania krótszym niż 5 — 7 dni. Wytyczne tych wszystkich „nowych“ metod leczniczych są zawsze te same. A więc: 1) zobojętnienie jadu tężcowego odpowiednią ilością swoistej antitoksyny; 2) uspokojenie kurczów mięśniowych przez zadziaływanie na ukł. nerwowo-mięśniowy; 3) ewent. leczenie miejsca zakażenia; 4) wskazania ogólne, wynikające ze stanu chorego (narząd krążenia, oddechowy, odżywienie chorego itp.). Dla przykładu podamy tu kilka sposobów leczenia tężca. Etienne i Drouet łączą seroterapię z dożylnym podawaniem gardenalu; Serpet i Sardon jednocześnie dają narkozę chloroformową, dożylnie uroforminę i opoterapię wątrobową; Peyre podaje na przemian dożylnie uroforminę i surowicę; podobnie leczy Lefevre de Amic i Millet; Lesslie Cole wyleczył przypadek tężca wyłącznie anestezją awertynową; Nitesco i Timus surowicą i podawanym w ławatywie paraldehydem; Vaccarezza, Videla i Peroncini dożylnie stosowanym somnifenem; Florey, Harding i Fildes leczą tężec podskórnymi iniekcjami kuraryny, dożylną seroterapią i wycięciem zakażonej rany; również Mitchell leczy chlorowodorkiem kuraryny i anestezją awertynową i dożylną seroterapią; Rauiard West stosuje kurarynę dożylnie; Duvoir, Pollet i Couder, Brule i Lenegre chwalą w leczeniu tężca t. zw. metodę Dufoura, od kilkunastu lat stosowaną. Tę właśnie metodę omówimy tu obszerniej.

Ch. P., 18-letnia robotnica fabryki trykotaży, zgłosiła się do lekarza w miasteczku z powodu upadku sił, stanów gorączkowych, bólów głowy i zębów oraz niewielkiego szczękociśku. Leczenie przeciwko posocznicy pochodzenia zębowego nie dało efektu; stan chorej coraz bardziej się pogarszał, skierowano ją więc do Warszawy. Przyjęta 16.X.37. Okazało się, że jest chorą od sześciu dni. Cierpienie miało jakoby powstać zupełnie nagle, w czasie pracy przy maszynie.

Odrą poczuła ociężałość głowy i prawej ręki, ból w szczękach, odrą jakoby zjawiło się ograniczenie ruchu szczęk. W ciągu najbliższych dni stan chorej pogarszał się, zjawiły się nieokreślone bóle wszystkich mięśni całego ciała. Od 3 dnia choroby leży w łóżku. Szczękościsk coraz większy, z trudem przyjmując pokarmy stała; nie krztusi się. Od 4 dnia choroby utrudnienie ruchów głowy, — zaczęła, jak określa chora, opadać do tyłu. Od piątego dnia choroby od czasu do czasu pręcenie całego ciała lub tylko nóg („zlatuje z krzesła”), czasem gwałtowny napadowy ból „ściśnięcie koło serca”. Nie pamięta, by w ostatnich tygodniach czy miesiącach skaleczyła się lub ukłuła. Przed kilku laty była pokąsana przez psa. 16.IX.1937 r. zapisana do oddziału z rozpoznaniem tężca.

**B a d a n i e   o b i e k t y w n e.** St. ob. w dniu przybycia: przytomna, doskonale zorientowana, usiłuje spełniać zlecenia. Leżała zrazu stale w tej samej pozycji nawnak, głową ku tyłowi. Od czasu do czasu — raz na 5-10 minut samostatne toniczne wyprężanie całego ciała. Chorej zarzucało wówczas głowę jeszcze bardziej do tyłu, tułów i klatka piersiowa uległy maksymalnemu wyprostowaniu (tułów wyginał się paląkowato), nogi „sztywniały”. W takiej chwili można było unieść chorą z posłania jak kłoc. Kończyny górne były na ogół w mniejszym stopniu objęte prężeniami niż dolne. Prężeniom tonicznym każdorazowo towarzyszył ból. Nieco częstsze od prężeń całego ciała były one tylko w dolnych kończynach, a najczęstsze były bardzo bolesne — „ściśnięcie koło serca”. Te ostatnie zależały prawdopodobnie od kurczu przepony (chwyciła się za okolicę nadbrzusza, jęczała). Prężeń tych nie udawało się wywołać bodźcami zewnętrznymi, np. wstrząsaniem łóżka. — W spokoju wyraźny opistotonus, chwilami nasilający się; twarz znamienita: risus sardonicus. Rozwarcie szczęk było możliwe tylko do  $\frac{1}{2}$  szerokości poprzecznej palca. Szczękościsk nasilał się w okresie tonicznych prężeń. Kończyny górne i dolne w spokoju bez żadnych zmian. We wszystkich odcinkach kończyn siła równomiernie obniżona. Czucie — normalne. Odruchy ścięgniste, okostnowe — żwawe, skórne — umiarkowane. Patologicznych odruchów nie było. Mięśnie i pnie nerwowe bolesne z ucisku. Narządy wewnętrzne bez zmian. Tętno — 100 — przy stanie podgorączkowym. Dokładne oględziny powłok miejsca zakażenia (skaleczenia, blizn) nie wykryto.

Łączenie więc — szczękościsk, opistotonus, risus sardonicus, prężenia toniczne — wszystko to odpowiada najbardziej obrazowi tężca. W rozpoznaniu różnicowym łatwo tu wyłączymy zatrucie strychniną, wściekliznę. Dla rozpoznania włośnicy brak szeregu danych (a więc zaburzeń żółtkowo-jelitowych, obrzęków, zwł. powiek, podwyższonej  $t^{\circ}$ , eozynofilii we krwi, a zajęte tu mięśnie inne niż we włośnicy. Poliomyositis acuta, oprócz wysokiej  $t^{\circ}$ , daje objawy zapalne mięśni, skóry, b. dużą bolesność i nie ma w swym obrazie tonicznych prężeń. Ze względu na opistotonus można byłoby pomyśleć o sprawie zapalnej opon mózgowo-rdzeniowych — ale wyłącza ją pierwsze badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (przy następnych nakłuciach pleocytoza reakcyjna).

Przeciwnie rozpoznaniu tężca bynajmniej nie przemawia to, że nie ustalono wrót zakażenia. (W 60% przypadków tężca



nie udaje się wykryć miejsca zakażenia (1935 r. Franc. Tow. Chirurg) Według statystyki węgierskiej Bakay'a i Klimki (1935; 360 przyp. tęzca), zakażenie występuje najczęściej po drobnych nakłuciach, a nie, jak się przeważnie sądzi, po skaleczeniach, zranieniach i t. p. — Na ułucia tego rodzaju często się nie zwraca uwagi lub też o nich zawsze zapomina. Tu miało się do czynienia z postacią średniociężką tęzca; o t. zw. Tetanus cephalicus trudno mówić, niema porażen n.n. czaszkowych (zwłaszcza ocznych i twarzowego — przypadki Orzechowskiego, Jacquet'a i Bouzard'a). — Podstawą współczesnego leczenia tęzca jest seroterapia. Jad tęcowy jest jadem neurotropowym i wiąże się ściśle z komórką nerwową (Wassermann i Takaki). Jad ten wywołuje specjalne zmiany anatomiczne w komórkach rogów przednich (Goldscheider i Flatau). Pierwotnie podawano olbrzymie ilości surowicy przeciwzęcowej (7.000—8.000 cm.<sup>3</sup> surowicy) wszystkimi parenteralnymi drogami, by neutralizować jad tęcowy. Pierwsi Roux, Borrel i Camus dokonali iniekcji surowicy przeciwzęcowej dokanałowo. Scherington, z doświadczeń wojny, uznał, że ta droga jest w tęzczu najbardziej skuteczna; współpracownik Scheringtona Ashurst obliczył, że droga dożylnego stosowania surowicy jest pięć razy mniej aktywna od dokanałowego. W r. 1925 Dufour, chcąc zwalczyć opistotonus, który przeszkadzał mu w iniekcji surowicy dokanałowo, zastosował jednocześnie chloroformizację. Tę, jako środek zwalczanie prężen tonicznych w tęzczu, podał w 1912 roku Lehman. Otóż chory Dufoura (podano mu dokanałowo 40 cm.<sup>3</sup> surowicy przy jednoczesnej narkozie chloroformowej) na drugi dzień był prawie uzdrowiony. Dufour zużytkował dla uzdrowienia swego chorego 600 i kilkadziesiąt cm.<sup>3</sup> surowicy przeciwzęcowej. Odtąd Dufour zaczął stosować, jako metodę w tęzczu — narkozę chloroformową codzienną z jednoczesnym podawaniem surowicy przeciwzęcowej (20 — 40 cm.<sup>3</sup>) dokanałowo, osiągał tym dobre wyniki. Dufour sądzi, że przez narkozę chloroformową metabolizm komórki nerwowej, do której dostał się chloroform — zmienił się, że przeciwciała mogą już neutralizować jad wewnątrz komórki nerwowej (jad i lipoidy komórki mają ulegać rozpuszczaniu w chloroformie), stąd przeciwciała surowicy mają ułatwiony dostęp. W 1928 r. Le Clerc obalił koncepcję Dufoura; po pracach doświadczalnych i klinicznych poczynił znaczne zmiany w leczeniu tęzca przez Dufoura. Według niego nie stanowi różnicy, czy dajemy do uspienia chloroform, eter czy chlorek etylu. Chodzi tylko o to, że środki te neutropowe wiąże komórka nerwowa, uwalniając przy tym jad tęcowy; ten dostaje się do krwiobiegu i tu dopiero zostaje zneutralizowany przez surowicę przeciwzęcową, podaną innnymi drogami. Poglądy Clerka a

znalazły uzasadnienie w doświadczeniach Billarda i pracach klinicznych Siroki'ego. Billard zakazał tężcem dwie grupy świnek, jednej tylko grupie dawał następnie narkozę chloroformową. Otóż wcześniej ginęły wśród drgawek tężcowych świnki pierwszej grupy (chloroformizowane); gdy jednak następnie podawał tym samym świnkom surowicę przeciwtężcową neutralizował zupełnie drgawki.

Dlatego Clerc poleca w metodzie Dufoura podawanie surowicy przed narkozą (domięśniowo 20—30 cm.<sup>3</sup> surowicy), w czasie narkozy dokanałowo (20—40 cm.<sup>3</sup>) i po narkozie dożylnie (20—50 cm.<sup>3</sup>). Tą metodą leczył Siroki, osiągając doskonale wyniki. Zdołał on na swoim materiale obniżyć śmiertelność do 20,7%, lecząc nawet przypadki tężca o okresie wylegania krótszym niż pięć dni. W podobny sposób leczylimy naszą chorą. Otrzymywała ona przed narkozą 20 cm.<sup>3</sup> surowicy przeciwtężcowej P. Z. H. domięśniowo, w czasie narkozy 20 cm.<sup>3</sup> dokanałowo i po narkozie 20 cm.<sup>3</sup> surowicy domięśniowo (lepiej jest dawać wg. Clerca dożylnie). Prócz tego podstawowego leczenia chora otrzymywała środki, tłumiące niepokój mięśniowy, a więc raz dziennie lawatywę z dwóch gramów chlorathydratu i 10 cm.<sup>3</sup> magnesium sulfuricum w stężeniu 25% domięśniowo.

17.IX pierwsze nakłucie lędźwiowe: ciśnienie płynu wzmożone, był przezroczysty, jasny, pleocytozy nie było, białka 0,16%, Nonne-Appelt+. Odtąd codziennie dokanałowo po 20 cm.<sup>3</sup> surowicy przeciwtężcowej. Już po 1-szej iniekcji wysoka pleocytoza reakcyjna; stopniowo zmniejszała się. Chora otrzymała w 6 iniekcjach dokanałowych razem 120 cm.<sup>3</sup> surowicy, a domięśniowo 260 cm.<sup>3</sup>; łącznie zużyto 380 cm.<sup>3</sup> surowicy. Już po 3-im nakłuciu poprawa: napady toniczne ogólne prawie ustąpiły, zaczął się zmniejszać opistotonus i szczykościask. Po 6-tym nakłuciu rozwierała usta na szerokość 2 palców, opistotonus, prężenia znikły. Zaprzesano podawania surowicy (wystąpiła choroba osurowicza). Przez następne dni otrzymywała calc. gluc. domięśniowo, magnesium sulf. domięśniowo, chloral. hydr. w lawatywie i w ciągu następnych czterech dni objawy tężca zupełnie ustąpiły.

Metoda Dufoura i tu tak nie zawiodła, jak w kilku innych przyp. (jeden z nich, i to o bardzo ciężkim przebiegu, pokazywał dr Wollf w 1934 roku na posiedzeniu klinicznym szpitala). Czy metoda ta jest wolna od niebezpieczeństw? Grozi ona choremu na tężec wśród narkozy chloroformowej w okresie pobudzenia; następnie usypianie chloroformem nieraz całe tygodnie również nie może być obojętne. Warembourg i Driesens stwierdzili, że u leczonych metodą Dufoura dochodzi do hyperazotemii — zwiększa się we krwi ilość mocznika, azotu resztkowego i polipeptydów, co ma być następstwem rozwijającego się zespołu zapalnego wątrobowo-nerkowego.

W a r e m b o u r g i D r i e s e n s radzą przeto u leczonych w powyższy sposób stale sprawdzać poziom związków azotowych we krwi, zwiększać diurezę, podawać cukier grochowy i preparaty wątrobowe. Inni również podają, że spostrzegali ciężką niewydolność wątroby, która rozwinęła się po wyleczeniu tęcza.

Niebezpieczeństwo czyha też ze strony surowicy przeciw-tężcowej, może bowiem, rzadziej coprawda niż inne surowice, wywołać porażenia nerwów, a nawet może dojść, jak w przypadku Crouzona i Christopha, aż do quadriplegii. Clerc spostrzegał po leczeniu dokanałowym surowicą—meningitis serosa. Pozostaje jeszcze do rozważenia, czy chory, wyleczony surowicą przeciw-tężcową, jest wolny od niebezpieczeństwa nawrotu tęcza. Przypadek Dumitresco dowodziłby, że tak nie jest, nawrót tęcza miał bowiem miejsce po 6 mies.— Dowodziłoby to, że tęzec nie uodparnia, że surowica nie niszczy zarodków, które w odpowiednich warunkach mogą znów odżyć i wreszcie, że surowica przeciw-tężcowa nie uodparnia na czas dłuższy (czyni to—jak wiadomo z prac Ramona—tylko anatoksyna tężcowa).

Wszystkie ujemne strony metody Dufoura nie niweczą jednak bardzo poważnych stron dodatnich. Dodatnia pozycja tej metody, to zmniejszenie umieralności dawniejszej z 84% do 61%, jak wskazuje Klimki i Bakay, 20,7% jak podaje Siroki, a po drugie sumaryczne mniejsze zużycie surowicy przeciw-tężcowej, potrzebnej do wyleczenia danego osobnika przy jednoczesnym stosowaniu narkozy (Payre).—

W rozprawie R o t s t a d t uważał za słuszne wypowiedzieć następujące uwagi. W medycynie praktycznej ten środek, który pomaga, a szczególnie ten, który ratuje życie, uzdrowia, jest słusznie zawsze uważany za środek doskonały. Stąd i w danym przypadku wynik dodatni leczenia tęcza, uzdrowienie zupełne, jest zjawiskiem b. pocieszającym, gdyż tęzec jest nadal cierpieniem często śmiertelnym. Ale rzecz zupełnie inna, gdy mowa o metodzie leczenia tęcza, o planie postępowania, który, wzięwszy pod uwagę indywidualne cechy poszczególnego przypadku, musi być wytyczną, obowiązującą zawsze klinicystę — Otóż tu narastają w poglądach wciąż jeszcze znaczne sprzeczności. Wiąże się to z tym, że — z jednej strony — nie bierze się w należyty sposób pod uwagę czasu, który dzieli zakażenie przyranne od momentu wystąpienia tęcza, a — z drugiej — trwa zakorzenienie złudzenie, że surowica przeciw-tężcowa, zastosowana w dostatecznie dużych dawkach, może uratować od śmierci tężcowego chorego. — Mówiąc uratować, myślę — przeciwdziałać drgawkom, których napady, szczególnie te błyskawiczne, są istotną przyczyną śmierci. Usiłować zwalczać śmiertelne napady drgawkowe w tęczu za pomocą surowicy przeciw-tężcowej — rzecz złudna i błędna w postępowaniu.



niu. Już w r. 1907 na zjeździe chirurgów w Paryżu podkreślono, że surowica, odpowiednio dawkowana, może stać się środkiem zapobiegawczym w tężcu, ale nie może go zmóc, gdy już są objawy kliniczne. To zdanie i dziś podziela, uważam, że słusznie, wielu. Jeżeli zabieram tu głos w tej tak zasadniczej dla dobra chorych sprawie, to czynię tak tylko dlatego, że mam w leczeniu tężca znaczne doświadczenie własne. — Zwalczanie objawów groźnych jadu błoniczego a tężcowego to rzeczy dwie zupełnie różne. — Jad tężcowy (jak zresztą i jad poliomyelityczny) mają szczególne swoiste powinowactwo do pewnych tylko ośrodków układu nerwowego, skąd i tam i tu nie mogą być już bezpośrednio surowicami usunięte. — Gdy tężec występuje na 8—9—10—11—ty—12—ty dzień po okaleczeniu, wzgl. ma przebieg przewlekły, to wówczas ma się przejawnie obraz kliniczny, który opanować można znanymi środkami przeciwdrgawkowymi, o ile się dba — a rzecz to bardzo ważna — w należyty sposób o odżywienie chorego (glukoza np. dożylnie zaraz po uspieniu). — Surowica, jako taka, staje się b. dodatnim uzupełniającym lekiem naturalnym, pomocniczym, który wzmacnia znakomicie siły obronne wyczerpanego drgawkami organizmu i niedostatecznie odżywianego, zwł. płynami, a to tu szczególnie ważne dla utrzymania równowagi wodnej; tężcowi tracą bardzo dużo płynu z potami. — Ale i zapobiegawcze działanie surowicy przeciw tężcowej nie zawsze zabezpiecza w dostatecznym stopniu okaleczonego. — Mosbacher przed kilku zaledwie laty (1932 r. p. streszcz. *Der Chirurg* 1933, 1.XI) wymienia 338 przyp. tężca, który wystąpił pomimo zastosowania surowicy przeciw tężcowej. — Drgawki przewlekłe, ale szczególnie te najstraszniejsze — błyskawiczne — które tak często powodują wybroczyny podskórne i w narządach, a mogą spowodować pęknięcia, a nawet złamania trzonów kręgowych (w r. 1939 pisze o tym Randerath w *Centr. f. Allg. Pathol. u. Pathol. Anat.* w Nr. 9 z dn. 29.II), zwalczać można tylko najsilniejszymi środkami antispazmodycznymi: usypianiem chloroformowym, jeszcze lepiej i łatwiej awertynowym, morfinowym, odpowiednio znacznymi dawkami chlorali hydrati w ławatywach, rozczylnami 25% i 15% Magnes. sulfur. pro analysi Kahlbauma, wprowadzonymi do kanału kręgowego oględnie, z zachowaniem koniecznych środków ostrożności i zapobiegawczych przeciw objawom nagłego osłabienia ruchów oddechowych klatki piersiowej. — Sposób postępowania Dufoura, to nie metoda lecznicza w ścisłym znaczeniu słowa, jak też nie jest metodą, wytyczną, postępowanie Lehmana, który usypia chloroformem do utraty odczynu żrenic, a surowicę przeciw tężcową wprowadza dożylnie goutte à goutte w ilości 200—300 cm<sup>3</sup> w ciągu kilku dni z rzędu. — W związku ze stanowiskiem moim w tej sprawie, sądzę, że autorzy amerykańscy Miller

i Rogers (The Journal of the Amer. Med. Assoc. Nr. 3, 1935), mają słuszość, twierdząc, że dla lędziwiewego stosowania surowicy przeciwężcwej niema podstaw teoretycznych i praktycznych. — Magnes. sulfur., stosowane podskórnje i domięśniowo, nadaje się tylko w tych przypadkach, w których przebieg jest przewlekły, a nie szybki, błyskawiczny, groźny. — Nie lędźmy się więc sami i nie lędźmy innych, że zwalczamy groźę śmierci w tężcu surowicą przeciwężcową, skracamy nią tylko okres rekonwalescencji w czasie przewlekłej walki obronnej organizmu z jadem tężcowym nie związanym, a krążącym jeszcze we krwi. Stąd i wprowadzanie surowicy przeciwężcwej drogą dożylną wydaje się bardziej konsekwentne i uzasadnione.

**S. Rozen tal. Przypadek ciężkiej myastenii, leczony skutecznie prostigminą „Roche”.** (Z oddz. I nerwowego Wl. Sterlinga).

Walker, Walther i Laurent (Anglja, 1934 r.) wprowadzili do leczenia myastenii fizostigminę, ale z powodu jej silnej toksyczności przeszli na jej pochodną — prostigminę „Roche”. Wpływ fizostigminy na mięśnie gładkie i poprzecznieprężkowane był znany w farmakologii od dość dawna. Według Magnusa polega on na bezpośrednim drażnieniu zakończeń nerwowych w mięśniach (nn. parasympatycznych). La ngley przypisuje fizostigminie bezpośrednie działanie na włókna mięśniowe. Ostatnio — badania z roku 1936 Friesza i Marno nad poziomem kwasu mlekowego we krwi u ludzi zdrowych i myast-ników — dowodzą, że działanie prostigminy jest raczej pośrednie poprzez wpływ na przemianę materii mięśniową. Poziom kwasu mlekowego we krwi u ludzi zdrowych w spoczynku wynosi 7 — 8 mg.%, bezpośrednio po pracy wzrasta, a potem szybko opada do wartości wyjściowej. U myasteników poziom kwasu mlekowego w spoczynku zbliżony jest do normy, jednak po każdym nawet minimalnym wysiłku niepo-miennie wzrasta, aby bardzo wolno opaść do normy i to tym wolniej, im cięższy jest przypadek. Po inj. prostigminy stosunki te zbliżają się do normy. Według tych poglądów w myastenii upośledzona jest resynteza kwasu mlekowego w glikogen, a prostigmina, ułatwiając tę przemianę, usuwa patologicznie szybkie zmęczenie mięśni.

Na niekorzyść poglądu o działaniu prostigminy poprzez zakończenia nn. parasympatycznych przemawiałoby działanie atropiny, która, porażając je, powinna znosić działanie prostigminy tak, jak znosi działanie weratryny. Tymczasem obserwujemy wpływ wręcz odwrotny — dodatek atropiny działa po- tęgująco.

Działanie prostigminy w myastenii jest przemijające, zaczyna się w 10—15' po podawaniu podskórnym, optimum działania występuje w 1½ — 2 godziny po inj., a po 4 godzinach znika zupełnie. Mimo swego przemijającego działania wpływ jej jest wybitnie dodatni. Chorzy z ciężkimi objawami opuszkowymi (duszność, niemożność łykania, mówienia), swobodnie po inj. przyjmują pokarmy, mówią, oddychają i t. p. Działanie prostigminy jest tak swoiste dla myastenii, że wielu autorów (np. Viets i Schwab) stosują ją jako próbę różnicowo-rozpoznawczą.

Oddział d-ra Sterlinga w poniżej opisanym przypadku myastenii potwierdził spostrzeżenia powyższe.

Chora, lat 28, panna, podaje, że w kwietniu b. r. poczuła w nocy dreszcze i ból głowy. Nazajutrz czuła się bardzo osłabioną, z trudem zmieniała pozycję w łóżku, jednocześnie wystąpiły zaburzenia w żuciu, polegające na szybkim męczeniu się podczas rozgryzania pokarmów: pierwsze kilka kęsów rozgryzała dobrze, następnych już nie mogła — musiała dłuższy czas odpoczywać. Po trzech dniach zauważyła, że jej opadła prawa powieka. Męczył ją chód i mowa. Choroba stopniowo nasilała się, pacjentka zaczęła odczuwać duszność. Przed 4 laty zauważyła, że na szyi rozwija się guz (tarczycy), który stopniowo powiększa się; jednocześnie zaczęła tyć. Leczyła się naświetlaniami promieni Roentgena.

Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, otyła. Na szyi twór wielkości małej mandarynki, twardy (tarczycza). Przemiana podstawowa: — 14,2%. W narządach wewnętrznych poza tym bez odchyłeń od normy. Roentgen klatki piersiowej bez zmian — brak cienia grasicy (Dr Mesz). Z odchyłeń od normy w zakresie układu nerwowo-mięśniowego stwierdza się: wybitne opadnięcie prawej powieki, słabe napinanie się mm. żwaczy i skroniowych, przyczem kilkakrotne zamykanie i otwieranie ust wyraźnie zmniejsza siłę żwaczy (apokamnoza). Twarz wygładzona, o muskulaturze wiotkiej. Ruchy mimiczne bez należytej ekspresji (twarz zbliżona do myopatycznej). Podniebienie miękkie unosi chora przy fonacji niedostatecznie. Po kilku ruchach wyraźne wyczerpanie. Poza tym apokamnozę stwierdza się w mięśniach barku, ramion i miednicy. Odruchy ścięgnowe, okostnowe i skórne — normalne, nie wyczerpują się; patologicznych niema. Czucie wszelkiego rodzaju zachowane prawidłowo, nie stwierdza się wyczerpania. Chód niezgrabny, kaczkowaty, bardzo wyczerpuje chorą, zmuszając do częstych i długich wypoczynków. Mowa początkowo normalna, po kilku słowach wyraźnie się zmienia, staje się zamazana, nosowa, głucha. Badanie prądem elektrycznym stwierdza wyraźny i bardzo wybitny odczyn myasteniczny Jolly'ego w mię-



śniach ramienia, naramiennym, mm. unoszących bark. WR. i citocholowa we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym, Lange w płynie — ujemne.

Należy zaznaczyć, że chora zniosła nakłucie lędźwiowe bardzo źle — nudności, wymioty, duszność oraz silne bóle głowy trwały około tygodnia.

Zespół powyższych objawów, apokamnoza, odczyn myasteniczny Jolly'ego, zezwalają na rozpoznanie choroby Erb-Goldflama.

Chora otrzymuje prostigminę „Roche“ w iniekcjach 3 razy dziennie przed każdym posiłkiem. Efekt działania Prostigminy jest natychmiastowy. Już w 5—10' po zastrzyku chora może jeść, mówić, wstawać z łóżka, chodzić. Subiektywnie czuje się jak zdrowa. Optimum działania stwierdza się po 2 godzinach; po 4—5 godzinach wraca chora do stanu poprzedniego. Prostigminę stosuje się u chorej od czasu jej przybycia na oddział, t. j. od 5 miesięcy, bez ubocznych wpływów na organizm. Badanie obiektywne przeprowadzone po 4-miesięcznym stosowaniu prostigminy (przed iniekcją), stwierdziło pewną poprawę stanu chorej, wyrażającą się w słabszym nasileniu apokamnozy oraz mniej wybitnym odczynie myastenicznym. Dodatek atropiny nie spotęgował tu działania prostigminy. Wydaje się, że dodatek atropiny ( $\frac{1}{3}$  mg.) jest celowy w tych wszystkich przypadkach, gdzie prostigmina wyzwała komponent brzuszny (bóle brzucha i biegunka). Wielu autorów stosuje prostigminę łącznie z całym szeregiem środków, jak glikokol, sole potasu (KCL), glukoza, strychnina, efedryna, weratryna i t. p. (Scotti, Douglas, Stern, Smith i inni). Tu wymienione środki zawiodły — nie wzmagaly działania prostigminy.

Ze względu na objawy hypothyreozy — oraz powiększenie gruczołu tarczowego — naświetlano chorą prom. Roentgena. Już po pierwszym seansie chora poczuła się bardzo źle, więc je przerwano. Nie wdając się w dalsze rozważania co do wartości różnych metod leczenia, R. stwierdza, że dla tej, dotąd nieuleczalnej choroby, znaleziono w prostigminie środek oddziałania wprawdzie przemijającym, jednak umożliwiającym choremu dalszą znośną vegetację.

W rozprawie Sterling podkreśla dodatni wpływ prostigminy; działa ona tu zadziwiająco szybko, efekt jednak jest krótkotrwały. Prostigmina, stosowana dłuższy okres czasu, mimo wszystko daje pewną poprawę ogólną. Bregman potwierdza cudowne działanie prostigminy, ale u chorych, przez niego obserwowanych, efekt trwał krótko, kilka godzin nieraz, co zmusza do stosowania dawek wzrastających i pociąga za sobą coraz większe koszty leczenia. Jochweds uważa, że, wobec objawów niedomogi tarczycy, należałoby tu próbnie zastosować tyroidyne.

**H. Zeldowicz. Przypadek ziarnicy złośliwej z przeważającymi objawami ze strony podstawy czaszki. (Z oddziału E. Hermana).**

U 46-letniej chorej w styczniu 1934 r. spostzężono guzek w dole nadjarzmowym oraz obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi, stale powiększające się. W końcu 1934 r. przyłączyły się objawy wybitnej duszności, swędzenie skóry oraz obfite poty bez t<sup>o</sup> podniesionej. Na początku 1935 r. przyjęto ją do I-ej Klin. Wew. nętrznej, gdzie, pod wpływem naświetlań rentgenowskich, obrzmienie gruczołów prawie ustąpiło. Badanie wycinka z gruczołów wykazało ziarnicę złośliwą. Po 3 ch miesiącach wypisana w stanie dobrym. Od lipca 1936 r. wznowiło się obrzmienie gruczołów oraz objawy duszności. Kolejna seria naświetlań Rtg. usunęła niemal całkowicie opisane dolegliwości. Od lutego do czerwca r. b. czuła się dobrze, w lipcu zaś b. r. zjawił się ból głowy w okolicy ciemieniowo skroniowej lewej, ograniczenie ruchu gałki ocznej lewej na zewnątrz, osłabienie słuchu po lewej, oraz skrzywienie ust w prawo. 3.VIII r. b. zapisana na oddział nerwowy.

St. ob.: Budowa kośćca prawidłowa, zabarwienie skóry ziemisto-blade, stan odżywienia upośledzony.

W lewym dole nadobojczykowym gruczoły chłonne od wielkości grochu do wielkości fasoli, twarde, nie zlewające się, ruchome. Pojedyncze drobne gruczoły w pr. dole nadobojczykowym, w pr. dole pachowym oraz w okolicy pachwin.

W płucach przytłumienie nad pr. szczytem oraz w I i II międzyżebżu na 2 palce od lewego brzegu mostka. W układzie krążenia bez odchyień od normy. Wątroba, śledziona nie powiększone.

W układzie nerwowym — bolesność opukowa lewej okolicy czołowej; źrenice okrągłe, l < pr., na światło lewej oddziaływanie powolne, prawej nieco lepsze; dno oczu normalne. Gałka lewa w zezie zbieżnym. Niedowład nerwów odwodzących, większy lewego; niedowład m. prostego wewnętrznego pr. oraz m. prostego górnego l. Odruchy rogówkowe zniesione. Czucie bólu zniesione na lewej 1/2 twarzy, czucie ciepła upośledzone, czucie dotyku zachowane. Niedowład dolnej gałązki lewego n. VII-ego; słuch po stronie lewej upośledzony; pobudliwość błędników zachowana; w języku rowkowane zagłębienie, zwł. po str. lewej, zbacza w lewo. Odruchy: okostnowe — obustronnie zniesione; kolanowe — b. słabe; Achillesa — zniesione; odruchów patologicznych niema. Z kolei wystąpiły: stale zwiększające się wyniszczenie, silne zawroty głowy, niekiedy z wymiotami, nieznaczna sztywność karku, całkowite porażenie m. m. gałek ocznych zewnętrznych i wewnętrznych, uczucie bólu i parzenia w lewej 1/2 twarzy oraz

w jamie ustnej Upośledzenie słuchu obu str., osłabienie pobudliwości pr. narządu przedsionkowego, zniesienie pobudliwości po str. lewej. Przez cały okres obserwacji t° prawidłowa.

Zdjęcie czaszki Rtg. nie wykazało odchyień, a w kl. piersiowej — łuk tętnicy głównej rozszerzony, powyżej łuku po str. lewej znaczny cień o zaokrąglonym zarysie zewnętrznym.

We krwi — Hb. — 80%; cz. ciałek 4.350.000. Wskaźnik — 0,93; b. ciałek — 5.200; eoz — 9%; pał — 7%; seg — 76%; limf — 3%; mon. — 5%.

Płyn m.—rdz. bez zmian. Odczyny serologiczne we krwi i płynie — ujemne.

Z zestawienia przytoczonych danych wynika, że u chorej, dotkniętej ziarnicą złośliwą, w 4-ym roku schorzenia wystąpiły stopniowo narastające objawy ze strony podstawy czaszki, a mianowicie zajęcie nerwów III, IV i VI obustronnie, V, VII, VIII i XII po stronie lewej.

Powikłania neurologiczne w przebiegu ziarnicy złośliwej dotyczyć mogą nerwów obwodowych, rdzenia lub mózgowia.

Objawy ze strony nerwów obwodowych są najczęstsze, rzadsze — rdzeniowe, uciskowe. Do najrzadszych należą powikłania mózgowe. Tu znów najczęstsze porażenia nerwów czaszkowych, jak i w danym przypadku, i poza tym spostrzegano objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego z niedowładem połowicznym lub z napadami drgawk.

Objawy mózgowe są następstwem przenikania mas ziarnicowych do czaszki przez otwory czaszkowe, najczęściej potyliczny. Masy ziarnicowe skupiają się nadtwardówkowo, mogą jednak przerastać oponę twardą i miękką i drażnić do istoty mózgowej. Tu masy ziarnicze prawdopodobnie nie przekroczyły opony twardej, nie stwierdzono bowiem w płynie m.—rdz. znamion podrażnienia opon miękkich.

W rozprawie Higier podkreśla, że ziarnica złośliwa może drażnić do kanału kręgowego poprzez otwory międzykręgowe, nie wyłącza to jednak możliwości szerzenia się jej drogą przerzutów i w mózgu. — L i p s z o w i c z wysuwa przypuszczenie, że objawy mózgowe są tu, być może, zależne od zmian toksycznych. L. powołuje się na spostrzeżenia przypadków nowotworów narządów wewnętrznych z objawami mózgowymi na tle toksycznym. — P ł o ŋ s k i e r omawia różnice, jakie zachodzą między szerzeniem się ziarnicy złośliwej a nowotworów. Pierwsza szerzy się per continuitatem poprzez szczeliny, otwory, przegrody itp. P. spostrzegał nieraz podczas sekcji ziarnicę rdzenia wtedy, gdy były również zajęte narządy jamy brzusznej, gruczoły zaotrzewnowe itp. Ziarnica złośliwa mózgowia należy do spostrzeżeń wyjątkowych. — K a r b o w s k i pyta, czy było dokonane zdjęcie kości skalistej; gdyby się było wykryło w niej



pewne zmiany kostne, to wówczas zachodziłaby możliwość przypuszczenia, że ziarnica przeniknęła przez tylny albo przedni otwór szarpany. Herman podkreśla, że powikłania rdzeniowe w przebiegu ziarnicy nie są rzadkie, mózgowe należą do wyjątkowych. Tu proces szerzenia się ziarnicy odbywał się ponadtwódkowo. — Zmiany toksyczne nie dałyby tak wyraźnych i trwałych objawów ze strony nerwów czaszkowych.

### **Sprawozdanie z posiedzeń w listopadzie i grudniu r. 1937.**

E. Herman, A. Birenbaum i J. Fuswerk.  
**Przypadek zapalenia ropnego opon na tle posocznicy ogólnej, leczony pomyślnie związkami sulfamidowymi i przetaczaniem krwi.** (Z oddz. E. Hermana).

Zapalenie ropne opon mózgowych na tle posocznicy kończy się zazwyczaj zejściem niepomysłnym. Przypadek dany dotyczy 30-letniego B., urzędnika; przybył na oddział wewnętrzny dra Jochwedsa 20. VII. 37 r.; po 6 tygodniach przepisano go na oddział nerwowy.

W dzieciństwie ospa wietrzna. Obecnie zachorował nagle, tydzień przed przybyciem do szpitala (ból głowy i łydek, gorączka 39°, dreszcze). Wymiotów nie było. Na oddziale wewnętrznym badanie dokładne stwierdziło jedynie lekkie zaczerwienienie gardła i nieznaczny wytrzeszcz. T<sup>o</sup> wieczorami do 41°; z rana 36,5—37,5°; prawie przez cały czas pobytu na oddziale t<sup>o</sup> hektyczna. Wychudł, stracił 10 kilo.

We krwi wówczas: leukocytoza (10 600), neutrofiloza (70%) oraz niedokrwistość (2.600.000 krwinek). Próba Vidala we krwi, posiew ze krwi — ujemne. W V-ym tygodniu choroby objawy oponowe. Nakłucie lędźwiowe (30.VIII) wykazało: mętny płyn, 2.500 leukocytów. Nonne-Appelt = +, Pandy = +. Chorego przeniesiono na oddział neurologiczny. Nadal gorączka do 39,6°. t<sup>o</sup> skacząca, ranne spadki do 36—36,1°; wyniszczenie (37 kilo). Silne bóle głowy, objawy oponowe wybitne. Mniej więcej od 1/2 października, pod wpływem leczenia, o którym niżej, zaczął się poprawiać, skoki t<sup>o</sup> mniejsze, samopoczucie lepsze; bóle głowy coraz słabsze. Objawy oponowe mniej wybitne. Od 3 ch tygodni t<sup>o</sup> wróciła do normy, a od 2 ch tygodni ustaje. Obecnie badanie neurologiczne już odchylenie nie wykazuje. Na oddziale wykonano wiele nakłuć lędźwiowych; niektóre wyniki podajemy: na oddz. wewn. — 2.500 neutrof; 3.IX. na oddz. neur. — 824 elementów, w tym 100 limf. B — 0,5; NA = ++ — 10.IX na oddz. neur. — 356 elementów w tym 90 limf. B — 0,4; NA = +++ — 25.IX na oddz. neur. — 187 elementów w tym 43 limf. B — 0,8<sup>0</sup>/<sub>100</sub>; Na = ++. — 16.XI.

na oddz. neur. — 53 elementów, w tym 53 limf. B — 0,32<sup>100</sup>; NA=+.

Morfologia krwi: g. IX. b. c. 6 200; wzór: pal. 2,5; segm. — 66,5; limfoc. 23,5; monoc. — 5; eozyn. — 2; basof. — 0,5; 21. IX. b. c. — 5.400; wzór: pal. — 7; segm. — 79; limfoc. — 11. monoc. — 2; cz. c. — 4.110.000, Hb. — 84%. Z posiewu krwi, moczu, kału, płynu mózgowo-rdzeniowego nic nie wyhodowano. Badania te powtarzano parokrotnie. Odczyn Vidala — również wypadł ujemnie (2-krotnie).

Chory otrzymywał środki grupy sulfamidowej; prontosil (Bayer'a) dożylnie, co 2-gi dzień a 5 cm<sup>3</sup>. (12 zastrzyknięć); dalej — septazinę (Spiessa) dożylnie, a per os antistreptinę oraz septazinę przez 3 tyg. (przeciętnie po 3 tabl. dziennie), nadto hemthysal oraz glukozę dożylnie w dużej ilości. Wykonano 3 przetaczania krwi po 200 cm<sup>3</sup> (19. IX, 1. X i 18 X).

A więc było tu ropne zapalenie opon mózgow. o etiologii niewyjaśnionej. Przypuszczać należy że zapalenie to — septyczne — powstało na tle posocznicy ogólnej. Były objawy ogólnego zakażenia; tętno szybkie, miękkie, w pewnym okresie prawie nitkowate, błądność i sińność powłok skórnych, kończyny zimne, ogólny wygląd septyczny.

Zapalenie ropne opon mózgowych i rdzeniowych, które wystąpiło tu dopiero w 5-y tygodniu choroby, pozostawało niewątpliwie w związku bezpośrednim z zakażeniem ogólnym, choć kilkakrotne badanie płynu mózgowo-rdzeniowego bakterii nie wykazało. W piśmiennictwie znane są tego rodzaju przypadki. — Kleinschmidt uważa, iż w przypadkach, w których trudno znaleźć punkt wyjścia ropnego zapalenia opon, należy uważać meningokokki jako czynnik chorobotwórczy. Brak tu osutki, towarzyszącej meningokokcemii, hektyczny typ gorączki — przemawiają przeciw zapaleniu nagminnemu opon — Pomyślny wynik leczenia należy tu — wobec ciężkiego stanu — przypisać z dużym prawdopodobieństwem korzystnemu wpływowi środków sulfamidowych; pewne znaczenie miało również niewątpliwie przetaczanie krwi, jeśli wziąć pod uwagę wtórną niedokrwistość.

W rozprawie Lubelski podkreślił trudności rozpoznania mening. purul., gdy badanie krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego bakterjologicznie wypadło ujemnie. Rotstadt zaznaczył, że meningokoki giną niekiedy bardzo szybko z płynu mózgowo-rdzeniowego, nieraz już i po upływie 24 godzin, i dlatego zachodzą tak wielkie trudności wykrycia ich. R. powołał się na swoją pracę o cytologii płynu mózgowo-rdzeniowego, gdzie sprawę tę omawia obszernie. Ujemny wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego w danym wypadku nie wyłącza zapalenia epidemicznego opon, które może spowodować i objawy ogólne — meningokokcemii. Herman omówił działanie zwią-

ków sulfamidowych, stosowanych od niedawna w leczeniu, zwłaszcza w przypadkach zapalenia opon. ostrzega jednak przed wprowadzeniem związków tych nierozcieńczonych do kanału. Wyniki, uzyskane przez H. w kilku przypadkach, były zadowalające.

**Fuswerk, Mumwes i Zeldowicz: Trzy przypadki guzów przerzutowych różnego pochodzenia w kręgosłupie. (Z oddz. E. Hermana).**

I) 42-letnia Weim. przed 18 miesiącami spostrzegła stwardnienie prawego gruczołu sutkowego; po 6 mies. zjawilo się w wielkości mandarynki i w lewym gruczole stale się zwiększając. Przed 3-ma mies. krótkotrwały ból w łydkach, a wkrótce po tym silny ból w pr. pośladku. Od 2 miesięcy bezsenność — St. ob.: oba gruczoły sutkowe twarde, wielkości pięści, brodawki wciągnięte, skóra pomarszczona. Narządy wewnętrzne bez zmian. Objaw szyjno-korzeniowy zaznaczony. Nieznaczny niedowład prawej dolnej gałązki n. VII-go. Objawy Laségue'a i Mackiewicza obustronnie. Odruchy: brzuszne — słabe; kolanowe, Achillesa — O. Podeszwowe — zgięcie palców. Czucie głębokie i powierzchniowe normalne.

Guzy w obu przydatkach. Płyn m. rdz. opalizujący. Queckenstedt — prawidłowy; białka 5%; N. A. + + +; 64 limfocyty w 1 mm<sup>3</sup>. Odczyn Wass. we krwi i płynie — ujemne. W wycinku z l. gruczołu sutkowego budowa nabłonniaka; Rentgenogramy: trzon kręgu L<sub>1</sub> — spłaszczony i częściowo przewapniony; w prawej kości czołowej ubytek.

Rozpoznano: nabłonniak obu gruczołów sutkowych z przerzutami do przydatków, prawej kości czołowej i kręgosłupa. Zespół neurologiczny — wiąże się tu z przejściem sprawy nowotworowej z trzonu kręgu L<sub>1</sub> na opony i korzenie łydźwiowo-krzyżowe. Przemawiają za tym i zmiany w płynie m. rdz., i korzeniowe w objawie Laségue'a, oraz brak odruch. kolanowych i ze ścięgna Achillesa. Poza tym istnieją tu, być może, przerzuty do mózgowia (nieznaczny niedowład dolnej gałązki pr. n. VII-go oraz uporczywa bezsenność). Zasługuje tu na podkreślenie dość rzadko spostrzegane zajęcie obu gruczołów sutkowych przez sprawę nowotworową w krótkim odstępie czasu.

II) U 43 letniego Bw... przed 8 laty narosła brodawka u koniuszka nosa; w ciągu 6 miesięcy była już wielkości grochu. Usunięto ją elektrokoagulacją; po 2 tygodniach w pobliżu miejsca operacyjnego wystąpiły 2 małe brodawki. Od tego czasu choremu wielokrotnie usuwano je z nosa, ale powstawały nowe. Przed 8-iu miesiącami wyrósł guzek twardy w okolicy przysusznicy lewej. Od 3 miesięcy wystąpił ból w okolicy le-



wego talerza biodrowego, a potem i prawego; od 2 miesięcy bóle w okolicy kości krzyżowej przy wstawaniu. Napadowe czucie parcia wzdłuż bocznej powierzchni uda lewego. Utrata wagi (o 10 kil.). — St. ob: na skórze koniuszka nosa guzki wielkości ziarna ryżu, o barwie brunatnej. Na grzbiecie nosa blizna dług. 5 cm.—W okolicy przyusznic lewej twardy guz wielkości orzecha włoskiego. Narządy wewnętrzne bez zmian. Sztywność karku. Żrenice okrągłe, pr. < l., na światło i przy stosowanie—odczyn dobry. Prawa szpara powiekowa węższa. W mm. czaszkowych i kkg. bez zmian. Nieznaczne osłabienie kkd. Objaw Laségue'a dodatni obustron. Odruchy okostnowe i ścięgnowe zachowane; brzuszne—zniesione.

Bolesność opukowa i przy obciążeniu kręgow  $D_{12}-L_1-L_2$ . Wyrostki ościste  $D_5-D_6$  bardziej wystające; mniej u  $D_{12}-L_1$ . Chodzić nie może z powodu bólu w okolicy krzyża. Badanie przyżyciowe guzka z nosa wykazało budowę czerniaka. Rtg. kręgosłupa: spłaszczenie trzonów  $D_7$  i  $L_2$ . Płyn m.-rdz. bez zmian. Odczyny serologiczne-ujemne. W moczu melanina (Dr Dworecki). Tu pierwotny nowotwór w skórze nosa dał mnogie przerzuty do kręgów  $D_7$  i  $L_2$ , stąd bóle o charakterze korzeniowym. Sprawa toczy się prawdopodobnie nad-twardówkowo, brak bowiem tu zmian płynu mzg.-rdz.

III 50-letni Fr... odczuł w marcu b. r. żywy ból przy ucisku na dolne zębra. W czerwcu b. r. samoistne złamanie pr. obojczyka; zrosł się po 4 tygodniach. Od VII r. b. silny parzący ból w okolicy przykręgosłupowej, po str. lewej na wysokości  $D_8-D_{10}$ ; jednocześnie bóle w okolicy lew. talerza biodrowego, promieniujące do lkd.. Samoistne złamanie zebra po str. lewej.

St. ob.: W okolicy stawu obojczykowo mostkowego prawego niebolesne zgrubienie kości, wielkości mandarynki; takież w okolicy 8 zebra po str. lewej od tyłu. Narządy wewnętrzne bez zmian.

Objaw Laségue'a zaznaczony po str. lewej; poza tym ukł. nerwowy bez zmian. Kręgosłup konfiguracji prawidłowej, bolesność opukowa w okolicy  $D_7-D_9$ .

Rtg: II zebro po str. prawej w obrębie trzonu rozdęte na przestrzeni kilku ctm. i złamane. Koniec mostkowy praw. obojczyka zniszczony. Trzony wszystkich kręgów piersiowych odwapnione;  $D_7$  po str. lewej zniszczony u podstawy łuku.

We krwi — bez zmian. Wapnia we krwi — 10,6 mgr.%. Białka w surowicy krwi — 5,84 gr.%; albuminy — 3,42" gr.%; A — 1,44. (Dr Dworecki) Badanie moczu — bez zmian. Płyn m.-rdz. — prawidłowy. Odczyny serologiczne — ujemne.

W przypadku omawianym rozpoznano kostno-mięsak ze względu na nieregularny kształt ognisk zniszczenia w kościach; Szpiczak można było wyłączyć ze względu na prawidłowe

zachowanie się białka i albumin we krwi oraz ze względu na brak zmian nerkowych. Objawy bólowe były następstwem podrażnienia korzeni przez sprawę nowotworową w kręgach.

Trzy spostrzeżenia te zasługują na uwagę, ilustrują bowiem rozmaite nowotwory kręgosłupa. Bóle we wszystkich trzech były typu korzeniowego. W przypadku I-ym były następstwem podrażnienia korzeni w przestrzeni podpajęcznej, w II im i III-im zaś w nadtwardówkowej.

**K. Brandman. Znamie usystematyzowane w postaci t. zw. Tierfellnaevus.** (Z oddz. J. Merenlendera).

15-letnia chora została skierowana (Dr G a b a y o w a) z powodu szerzących się z wiekiem zmian na plecach. Już po urodzeniu matka zauważyła na plecach ciemną „plamę“ wielkości 5-złotówki. Plama ta stopniowo się powiększała; przed kilku laty przybyło też uwłosienie w jej obrębie. Od 1½ roku ciało w obrębie tej plamy jakby „rzednie“; od roku jest ono tkliwe z dotyku i ucisku. W dzieciństwie błonica. Pierwszy period w 13-tym roku życia, następne — 3/30 regularne, niebolesne.

St. ob: budowy prawidłowej, odżywienia dobrego, o skórze różowej, jędrnej. Na przestrzeni, ograniczonej od góry linią karkowo-włosową, po bokach linią pachową tylną, a od dołu kością krzyżową, skóra wykazuje następujące zmiany: barwę jasno-brunatną, liczne plamki wielkości grochu, ciemnosinawe, nie znikające pod naciskiem (prawdopodobnie naczyńniaki) oraz pojedyncze plamy mocniej ułarwione, wielkości soczewicy i większe, odpowiadające t. zw. plamom wątrobianym (Naevi pilli pigmentosi). Zarówno w środku, jak i na obwodzie wspomnianych zmian, stwierdza się dość częste uwłosienie. W dolnym odcinku tej plamy, na przestrzeni około 15/20, skóra jest bardzo wiotka, ciągliwa, daje się łatwo ująć w grubą fałdę i wysoko unieść (cutis laxa); tkanka tłuszczowa podskórna tu nadmiernie rozrosła; w głębi pojedyncze guzki. Poza nieznaczną dystyreozą, za którą przemawiają nieco powiększona tarczyca, wzmożony blask gałek ocznych, łatwe poty, nierówność i kruchość paznokci, — zmian w narządach wewnętrznych nie wykryto (Dr S z p i d b a u m).

Również badanie neurologiczne (Dr H e r m a n) zmian organicznych nie wykazało, a w szczególności zaburzeń czucia. Rtg. kręgosłupa: rozszczenie I kręgu krzyżowego. — Rozpoznano tu więc rzadko spotykane rozległe znamie usystematyzowane w postaci t. zw. Tierfellnaevus, skojarzone z częściowym rozrostem skóry i tkanki podskórnej tłuszczowej.

W zestawieniu rozpoznawczym w grę mogłaby tu wchodzić choroba Recklinghausena. Jednak ze względu na brak

guzków podskórnych i wzdłuż biegu nerwów, oraz zmian nerwowych i psychicznych, mogłaby tu wchodzić w rachubę jedynie jako postać poronna.

Spostrzeżenie to budzi zainteresowanie też ze względu na połączenie dwu zbroczeń rozwojowych — znamienia, dochodzącego do tak dużych rozmiarów i rozszczepienia kręgosłupa.

**J. Rotstadt i M. Słowiejczyk. Przypadek promienicy szyi wyleczony jontoforezą siarczanu miedzi.** (Z oddz. A. Wertheima i J. Rotstadta).

Chory, lat 21, drukarz, mieszkaniec Warszawy, przybył do szpitala 5.VIII.37 r. z powodu długo trwającego i niepodającego się leczeniu nacieku na szyi. Jak podaje, 15 maja r. b. przechodził zapalenie gardła i wrzód na migdałku. Stawiano pijawki w okolicy kątów zuchw, 3 po str. prawej i jedną po lewej. Sprawa w gardle zlikwidowała się w ciągu kilku dni. Ranki po pijawkach zagojone. W pierwszych dniach czerwca bóle lewej zuchwy, spowodowane wyrzynaniem się zęba mądrości. 4 czerwca chory zauważył naciek za kątem lewej zuchwy wielkości śliwki. Po kilku dniach w Ubezpieczalni nacięto mały ropień, który wytworzył się nad naciekiem; po tygodniu podobny naciek nieco niżej nad musc. strnocleidomast. Przez cały czerwiec i lipiec leczył się ambulatoryjnie; tworzyły się ciągle małe ropnie, naciek rozszerzał się ku dołowi.

W badaniu stwierdzono: naciek na szyi po stronie lewej, od kąta zuchwy ku dołowi aż do stawu mostkowo—obojczykowego . . . Skóra nad naciekiem zmarszczona w twarde fałdy grubości palca, mocno zaczerwieniona. W kilku miejscach przetoki ropne. Ruchy głową nieco utrudnione; usta otwiera swobodnie. Badanie drobnowidowe ropy, otrzymanej z nakłucia, wykazało grzybnie promienicy. Naświetlanie prom. Rentgena, przy jednoczesnym podawaniu sol. Cupri sulfurici per os, sprawę pogorszyło. Naciek posunął się dalej, jakkolwiek uległ spłaszczeniu; chory nie może poruszać głową, szczykościsk, temperatura powyżej 38,0. Nie dały również poprawy zastrzyki 1/2% i 1% sol. Cupri sulf.. Jednocześnie podawano choremu per os mocny roztwór jodku potasu.

W pierwszych dniach października skierowano chorego na oddział fizykajnej terapii, gdzie zastosowano jontoforezę miedzi. Po kilkunastu seansach naciek zaczął się zmniejszać, przetoki spłaszczyły się i zmniejszyły; rany po nacięciach oczyściły się. Po czterdziestu zabiegach wszystkie przetoki były już zagojone; naciek znikł; pozostało jedynie zasinienie skóry i blizny. Szczykościsk ustąpił, ruchy głową zupełnie swobodne.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na oporność jego w leczeniu.

Rotstadt omawia istotę jontoforezy, wzgl. elektrolizy;



podaje teoretyczne podstawy i praktyczne zastosowanie tej — dziś znów popularnej — metody tłoczenia środków lekarskich po przez naskórek wgląb tkanki podskórnej za pośrednictwem prądu stałego. — R... podaje technikę postępowania w danym przypadku, oraz okazuje, w doświadczeniu z roztworem jodu potasu w krochmalu, działanie elektrolityczne prądu galwanicznego, rozszczepiające jodek potasu na kation — Kalium i anion — jod, który drąży w doświadczeniu od katody ku anodzie, gdzie skupiając się — daje ad oculos barwny sinoniebieski odczyn z krochmalem.

Wł Sterling i W. Stein. **Przypadek choroby Raynaud'a z objawami mózgowymi.** (Z oddz. Wł. Sterlinga).

66-letni A. T. od 5 lat miewał napadowe zblednięcia palców rąk. Od 3 lat końce palców stale zasinione, obrzękłe, na opuszkach niektórych „strupy“. Zachorował ostatnio nagle przed 6-iu tygodniami. Obudził go gwałtowny ból rąk i nóg, i odrazu stwierdził, że nie widzi tego, co mieści się w prawych połowach pola widzenia. Ból wnet ustąpił; zaburzenia wzrokowe trwają. Bólów głowy nie miał. — Nie palił. St. o b.: Na klatce piersiowej i brzuchu skóra blada, w obrębie nosa, policzków, płatków usznych nieco zasiniona, na kk. gg. i dd. marmurkowato-sina; im bliżej obwodu tym siność intensywniejsza, jednostajna; na 2 i 4 palcu prawej dłoni i 2 palcu lewej staje się granatowa. Palce obrzmiałe; na niektórych opuszki pokryte zestrupiałym naskórkiem albo bliznami. Zanurzenie rąk do zimnej wody, polanie eterem, zastrzyk doopuszkowy adrenaliny nie wpływają na zabarwienie. Gorąca kąpiel, opuszczenie kończyn wyraźnie wzmagają siność. Inj. pilokarpiny spowodowała znaczne marmurkowate sine zabarwienie kończyn; tułów pokrył się na przemian to czerwonymi, to sinymi, to bladymi plamami. Lekka niewydolność mięśnia sercowego; rzęzenia zastoinowe u podstawy płuc, niewielkie powiększenie wątroby. Obrzęków, sinicy warg niema. Tętnice tętnią symetrycznie. Wskaźnik oscylometryczny na przedramionach i podudziach w granicach 2—4, na udach i ramionach 5—7. Układ nerwowy: niedowidzenie  $\frac{1}{2}$ -wicie prawostronne obuoczne; dno bez zmian. Niedowład lekki prawostronny, tu też zawsze odruchy ścięgniste i okostnowe, a brzuszne słabsze. B a b i ń. — O. Afazja amnestyczna. Czuć niezmienione(?) Płyn mózg-rdzen, przezroczysty, białka 0,16%, NA+, bez pleocytozy.

Okres bladej zamartwicy palców z późniejszym rozwojem sinicy, zmiany odżywcze, niski wskaźnik oscylometryczny — przemawiają na rzecz choroby Raynau da. Niedowidzenie prawostronne, afazja amnestyczna, niedowład prawostronny o cechach piramidowych te objawy wskazują na ognisko

(prawdopodobne rozmiękanie) w płacie ciemieniowym lewym. Autorzy zastanawiają się, czy można łączyć tu objawy mózgowe i chorobę Raynauda, czyli mówić o „mózgowej postaci” jej (Osler). Jakkolwiek b. trudno tu (ze względu na wiek) wyłączyć miażdżycę, jako przyczynę rozmiękania mózgu, istnieje jednak kilka danych na korzyść takiej koncepcji. A więc m. in. nieprawidłowe „reakcje naczynioruchowe” (Pasteur-Vallery-Radot) po iniekcji pilokarpiny albo podwiązaniu ramienia. Zjawiska te naczynioruchowe można byłoby uogólnić i mówić o pewnego rodzaju skazie naczynioruchowej, która na obwodzie dała obraz choroby Raynauda, a w mózgu mogła przyczynić się do powstania ogniska rozmiękania. — W rozprawie Fejgin podkreśla znaczenie rozpoznawcze krzywej oscyllometrycznej w badaniach spraw naczynioruchowych. F. pyta, czy ją tu wykonywano; jest to szczególnie ważne — między innymi — przed operacją Higier-Lerichéa—Bregman opierając się na znacznym doświadczeniu klinicznym, skłaniałby się do łączenia tu tych dwóch zjawisk.

Stein w odpowiedzi stwierdza, że krzywej oscyllometrycznej nie oznaczano dlatego, że rozpoznanie choroby Raynauda nie ulegało tu wątpliwości, odpowiadało klasycznym opisom, no i technicznie było to na naczyniach mózgowych niewykonalne. Oznaczenie tej krzywej w ogóle nie wyjaśniłoby zasadniczego zagadnienia, czy istnieje tu ścisły związek patogenetyczny między sprawą naczynioruchową obwodową a zmianami w naczyniach mózgu. W okresie przedchorobowym nie było znamion takiego związku. Oster np. w przypadku, który nazwał „mózgową postacią choroby R.”, spostrzegał w czasie poprzedzającym wystąpienie trwałego niedowładu kilkakrotnie przemijające niedowłady to jednej, to drugiej str. ciała (na skutek naczyniokurczów mózgowych). Tu tego nie było.

**Jabłoński Józef. Przypadek nagłej tracheotomii.** (Z oddz. Br. Karbowskiego).

15.XI.1937 r. o godz. 11 min. 50 lekarz oddziału laryngologicznego wezwany został na położniczy do przypadku nagłego. W kąpielowym pokoju zastał ciężarną, lat 37, lekko zamroczoną, z sinicą twarzy i warg, wytrzeszczem oczu, znaczną dusznością oraz świstem zwężeniowym (stridor). — Laryngoskopowo: szpara głosniowa zamknięta, struny prawdziwe w ustawieniu środkowym. Po obydwu ich stronach obrzęki wałowate, unieruchomienie chrząstek nalewkowych. Polecono natychmiast przenieść chorą na oddział laryngologiczny, by wykonać niezwłocznie tracheotomię. Kiedy w niespełna 5 minut chorą przeniesiono, stwierdzono już u niej: bezdech, brak tętna, tony serca niesłyszalne, sinicę twarzy, tułowia i kończyn; źrenice rozsze-

rzne ad maximum, rogówki zamglone; opadnięcie szczęki dolnej. Pomimo takiego stanu chorą na noszach wniesiono na salę operacyjną i z polecenia dra Karbowskiego wykonano, niemytymi rękami i niewyjałowionymi narzędziami, — dolne rozcięcie tchawicy oraz założono rurkę tracheotomiijną.

Podczas zabiegu krwawienia nie było. Pomimo wykonania tracheotomii chora nie oddychała, przytomność nie wracała. Zastosowano sztuczne oddechanie w/g Silwestra. wstrzyknięto cardiaca oraz analeptica. Po 20 minutach pojawiły się pierwsze oddechy, zrazu rzadkie i powierzchowne. Tętno, bardzo słabo napięte, powoli zaczęło się poprawiać i wypełniać. Akcja serca wróciła wkrótce do normy.

Tony serca głośne. W godzinę po zabiegu odzyskała przytomność. Badanie serca i płuc odchyień od normy nie wykazało. 16.XI, a więc nazajutrz po zabiegu, stan chorej dobry; sinica, duszność ustąpiły. Pacjentka czuje ruchy płodu. Położnik stwierdził ciążę w 7-ym mies. normalnie przebiegającą; tony serca płodu dobre. Dalszy przebieg był bez powikłań: codziennie zmieniano opatrunek i przeczyszczano rurkę tracheotomiijną. Chora nie gorączkowała. Laryngologicznie stwierdzono wówczas: unieruchomienie chrząstek nalewkowych oraz maksymalne zbliżenie strun głosowych i zamknięcie światła głosni. W moczu: ciężar 1.021, oddz. — alkaliczne; białka — 0,16%; cukru — 0,1%, urobilina i urobilinogen — wybitnie zaznaczone; w osadzie: wałeczki szkliste pojedyncze w preparacie, nabłonki płaskie i okrągłe nieliczne, leukocyty — 2—4 w polu widzenia, czerwone ciała — pojedyncze w preparacie (świeże). Nieliczne trójfosforany; nieco śluzu. Nieliczne jaja Oxyuris vermicularis. Z wywiadu dowiedziano się, że chora cierpi od lat dziecinnych, jakoby po błonicy, na duszność, nasilającą się w pracy i chodzeniu. Przed 3 tygodniami duszność zaczęła się wzmacniać. Z Kutna skierowano ją do szpitala w Warszawie. Na serce i płuca nie chorowała. Ciąża czwarta. Ma troje zdrowych dzieci.

25.XI.37 chorą wypisano z oddziału otolaryngologicznego w stanie poprawy z rurką tracheotomiijną, którą — prawdopodobnie — można będzie po porodzie usunąć.

Przypadek ten zasługuje na szczególną uwagę. Okazuje się, że nawet w najbardziej rozpaczliwych stanach, jakby bez nadziejnych, należy wykonać bez zwłoki tracheotomię, nawet w warunkach zupełnie niechirurgicznych, zabieg ten bowiem, jak np. tu, przywrócił życie nie tylko chorej, ale uratował płód.

W rozprawie Lubelski zaznaczył, że dawniej częściej stosowano tracheotomię nagłą; i nieraz sam ją wykonywał wśród duszenia się chorych. Gdy chodzi o chore ciężarne, to zwł. gruźliczki w ostatnich miesiącach ciąży były poddawane temu zabiegowi.



K a r b o w s k i podkreślił wagę szybkiej tu decyzji; to chorą uratowało. K. zastanawia się, czy w okolicznościach takich, jak tu, należy dokonać cięcia cesarskiego, czy też nie. R o z e n t a l zaznaczył, że wszak historia cięcia cesarskiego sięga czasów starożytnych, kiedy wydobywano żywe dziecko przez powłoki brzuszne wśród agonii, a nawet po śmierci matki. Cięcie cesarskie w podobnych okolicznościach jest całkowicie usprawiedliwione, gdy ciąża jest donoszona lub płód zdolny do życia. Sporne być może tu zagadnienie to tylko z punktu widzenia wskazań społecznych.

J. Ratner. **Przypadek drugorzędowej kily kręgosłupa.** (Z oddz. B. J o c h w e d s a).

St. K., lat 35, zachorował nagle 7 tygodni przed przybyciem wśród silnego bólu głowy, ogólnego osłabienia i stale narastającej t<sup>o</sup> — 37—38—39,0°. W ciągu 2 tygodni t<sup>o</sup> wahała się — zrana 38,0° — wieczorem 39,0—40,0°; podczas następnych 5 tygodni — stan podgorączkowy. Niekiedy wzrastanie t<sup>o</sup> z dreszczami. W 3im tyg. choroby — przelotne bóle we wszystkich stawach, a już po kilku dniach w kręgosłupie nasilały się wybitnie w nocy, szczególnie w dolnych kręgach szyjnych. Przed kilku laty rzeżączka. Zdjęcie Rt g. kręgosłupa zmian w kościu nie wykazało. Mocz bez zmian.—Zona cierpi na grzlicę otwartą. — St. ob.: Odżywienie mierne. Zaczernienie podniebienia miękkiego i łuków podniebiennych. Powiększenie gruczołów chłonnych, w tym i łokciowych. Nie może nachylać się; z pozycji leżącej unosi się z posłania przy pomocy rąk; ruchy głowy ograniczone. Narządy wewnętrzne, układ nerwowy bez zmian. Znaczny ból z opuku kręgosłupa; ruchomość jego upośledzona w b. znacznym stopniu. Mocz bez zmian. We krwi: H. 70%. Ciał czerw. 3.500.000. Index=1. Ciałek białych 6.000. Wzór: Obojętnochł. 70%. Kwasochł 5%. Monoc. 4%, Limf. 21%. OB=45 (L i n z e n m e y e r). Gono-reakcja (—). R n t g. kręgosłupa bez zmian (Dr N. M e s z).

W różniczkowaniu tu ostrych schorzeń stawowych należało uwzględnić: gościec stawowy, rzeżączkę, grzlicę, kilę oraz schorzenia stawów na tle ostrych chorób zakaźnych.

Wyłączenie kręgosłupowe umiejscowienie ostrego gościa stawowego zdarza się niezmiernie rzadko. Poza tym przeciwniektologii gościcowej przemawiały następujące okoliczności: 1) sprawa rozwijała się wyłącznie w kręgosłupie, 2) nasilenie bólów było wzgl. niezbyt wielkie, choć było tu całkowite unieruchomienie kręgosłupa, 3) w nocy bóle wzrastały, 4) nie było poprawy po salicylu, pyramidonie i t. p., 5) nie było zajęcia zastawek serca, 6) liczba białych ciałek wynosiła tylko 6.000 przy prawidłowym wzorze.

Gonoreakcja wypadła ujemnie, zresztą i sam obraz kliniczny wyłącza tu rzeżączkowe zapalenie stawów.

Na korzyść kiłowego pochodzenia schorzenia kręgosłupa przemawiało: 1) nocne nasilanie się bólów, 2) powiększenie wszystkich gruczołów chłonnych (mikropolyadenia kiłowa), 3) rozlane zaczerwienienie podniebienia miękkiego i łuków podniebiennych, 4) prawidłowy wzór krwi. Ostatnie 4 punkty przemawiały jednocześnie przeciwko nietypowemu rzeżączkowemu zapaleniu kręgosłupa. To też rozpoznano tu ze znacznym prawdopodobieństwem kiłę drugorzędową kręgosłupa. Umiejscowienie sprawy chorobowej było przypuszczalnie w częściach miękkich. Nie czekając na wynik odczynu Wassermanna, rozpoczęto energiczną kurację przeciwkiłową (Quinby, neosalvarsan, jodek potasu — 3,0 na dobę). Odczyn Wassermanna wówczas = + + + +, citocholowy + + + +.

Już po 2 tygodniach ustąpiła bolesność samoistna; chory mógł nieco ruszać głową i nachylać ją ku przodowi o 45°. Na początku IV tygodnia wszystkie objawy ustąpiły; ruchomość kręgosłupa stała się dobra. T<sup>o</sup> spadła do 36,5—37,2°. W ciągu 10-tygodniowego pobytu otrzymał do 20 wstrzykiwań Quinby po 3 gr. oraz 4,5 gr. neosalvarsanu; przez cały czas pobytu stale stosowano poza tym jodek potasu. Wass. i odcz. citocholowy w IX tygodniu leczenia ujemne. I wynik leczenia swoistego przemawia więc tu na korzyść etiologii kiłowej.

Schorzenia kiłowe stawów, tak częste w III okresie, są znacznie rzadsze w II-im; zazwyczaj występują wcześniej, bo już w pierwszych miesiącach zakażenia, niekiedy nawet przed wysypką.

E. Lesne i J. Langle odróżniają następujące postaci drugorzędowej kiły stawów: 1) arthralgia, 2) synovitis subcuta, czyli rzekomy kiłowy gościec stawowy, 3) synovitis chronica.

Kiła odosobniona kręgosłupa poraża jeden lub kilka sąsiednich kręgów i, wg. Matthews'a, nie daje obrazu, podobnego do choroby Bechterewa. Schlesinger odróżnia tu zapalenia proste i niszczące. Znamienne dla prostego kiłowego zapalenia kręgosłupa jest występowanie w II okresie pod postacią bólów gośćcowych. Miejscem najczęstszym cierpienia są tu szyjne kręgi. Znamienne są tu gwałtowne, zwł. nocne, bóle, duża wrażliwość z dotyku, odruchowe unieruchomienie chorego odcinka kręgów; mogą tu być także objawy korzeniowe i obrzmienie części miękkich nad schorzałymi stawami. — Rtg. zmian tu nie wykazuje.

Postać niszcząca również występuje przeważnie w części szyjnej kręgosłupa; towarzyszyć jej mogą objawy zapalenia opon rdzenia.

W postaci prostej nie ma zajęcia serca lub naczyń, w niszczącej niekiedy bywa kiła aorty. Dany przypadek zaliczyć należy do prostego kilowego zapalenia całego kręgosłupa.

## NADESŁANE

*Dr. M. Skokowska Rudolfowa:* Ustawa o zwalczaniu gruźlicy.

## OD REDAKCJI

Podaje się do wiadomości p.p. Kolegów, że od września r.b. do 1 kwietnia r. 1939 trwać będzie czas konkursu na najlepszy odczyt z dziedziny badań klinicznych lub doświadczalnych, wykonanych w szpitalu, a wygłoszony na jednym z posiedzeń klinicznych.

Nagroda wynosi zł. 150; złożył je do rozporządzenia Redakcji p. Kurator szpitala. Odczyt, wyróżniony i nagrodzony przez Komitet Redakcyjny, będzie ogłoszony w Kwartalniku Klinicznym.

Wziąć udział w konkursie tym mogą wszyscy lekarze, pracujący naukowo na terenie Szpitala, prócz p.p. Ordynatorów.

Redakcja niniejszym zawiadamia p.p. Kolegów, że od 1-go czerwca r.b. do 1-go marca r. 1939 trwać będzie okres konkursu na najlepszy artykuł oryginalny z dziedziny badań doświadczalnych i klinicznych (wykonanych w szpitalu), a nadesłany w tym okresie czasu do Redakcji Kwartalnika. Nagroda Komitetu Redakcyjnego wynosi 75 złotych.

W konkursie wziąć udział mogą wszyscy Koledzy, pracujący naukowo na terenie Szpitala.

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w marcu r. 1939.

Od października r.b. do 1 maja 1939 trwać będzie czas konkursu na najlepiej opracowany i zorganizowany referat pokazowy kliniczny, wypowiedziany z pamięci na jednym z miesięcznych posiedzeń naukowych Szpitala. Nagroda Redakcji wynosi zł. 50. Prawo do udziału w tym konkursie naukowym mają wszyscy lekarze, pracujący w Szpitalu. Wyboru najlepszego referatu pokazowego dokonają stali uczestnicy posiedzeń naukowych, podpisani na listach obecności w r. 1938/39.

O dniu odczytów i pokazów konkursowych będą każdorazowo specjalne zawiadomienia.

## TREŚĆ

*Sz. Fajgenblat i Jul. Dobroczyń.* Przyczyny nosowego zwężenia pola widzenia w zatruciu metanolem (alkoholem metylowym).

*Z. Finkelstein.* Przyczynę do sprawy powstania i rozpoznania ślepoty bisterycznej.

*L. Lipowicz.* O asymetrycznych zaburzeniach roślinnych w przypadkach odosobnionego obwodowego porażenia nerwu t. arzewego oraz znaczenie ich w patogenezie, rokowaniu i leczeniu.



*M. Segal.* Leczenie mięśniaków macicy w świetle dawnych i współczesnych poglądów w zestawieniu z postępowaniem na oddziale ginekologiczno-pozostającym d-ra H. Altkaufera.

*S. Guzman.* Przemiana podstawowa w otyłości

*J. Sonnabend.* W sprawie półpaśca krtani

*W. Stein.* Erytromelalgia w przebiegu władu rdzenia.

*H. Goldfarb.* W sprawie leczenia białaczek promieniami Rentgena.

*J. Rywlin.* W sprawie etiologii (wzgl. dziedziczenia) bielactwa nabytego oraz o jego leczeniu.

*M. Rozentat.* Rzadki przypadek ciąży brzusznej donoszonej.

*Z. Podlipski i B. Lando.* Zapalenie woreczka żółciowego, wywołane palącą gazotwórczą.

*E. Kosman, S. Śniadower i P. Pianko.* W sprawie zachowania się cholesterolu w durze.

*F. Herman i D. Włodziński.* Ostra psychoza majaczeniowa w przebiegu guza kąta mostowo-mózdkowego.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

## SOMMAIRE

*Sz. Fajgenblat et J. Dobroczyński.* Les causes de retrecissement du champ visuel dans les intoxications par l'alcool méthylique.

*Z. Finkelstein.* Contribution à l'étude de l'apparition et du diagnostic de la cécité hystérique.

*M. Segal.* Les idées anciennes et contemporaines sur le traitement des fibro-myomes de l'utérus par rapport aux indications dans le service gynécologique et obstétricale du dr. H. Altkaufer.

*L. Lipowicz.* Les troubles végétatifs asymétriques dans la paralysie périphérique aiguë du nerf facial et leurs rôles dans la pathogénèse, le pronostic et le traitement.

*S. Guzman.* Le métabolisme basal dans l'obésité.

*J. Rywlin.* L'étiologie de l'albinisme (du vitiligo) et son traitement

*W. Stein.* L'érythromelalgie au cours du tabes dorsale (contribution à l'étude du traitement des neuroses vasomotrices par l'histamine).

*J. Sonnabend.* La zone (herpes zoster) du larynx.

*H. Goldfarb.* Le traitement des leucaemies par les rayons X.

*M. Rozentat.* Un cas rare de grosseur abdominale

*Z. Podlipski et B. Lando.* La cholécystite provoquée par le bacille gazogène.

*E. Kosman, S. Śniadower et P. Pianko.* The cholesteremia in typhoid fever.

*F. Herman et Włodziński.* Un cas de psychose aiguë délirante au cours d'une tumeur de l'angle pont-cérébelleux.

Comptes rendus des séances cliniques.

---

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: M. Bornsztajn, I. Dworecki, M. Lansdsberg, N. Mesz, H. Stabholz, Wł. Sterling, J. Sz wajcer, A. Wertheim.

---

Adres Redakcji i Administracji

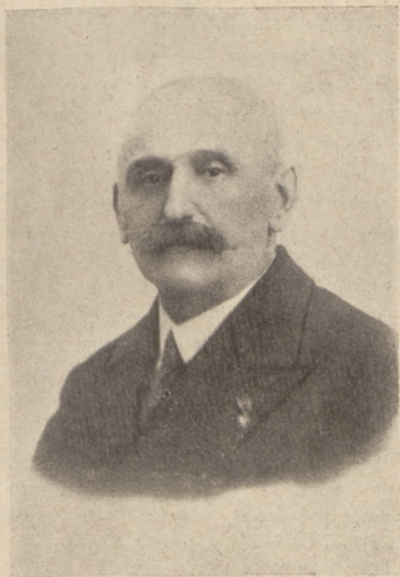
**Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapii Fizycznej, tel. 29076. Dr. J. Rotstadt.**

---

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

---

WACŁAW TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE w WŁOCŁAWKU



**Dr med. Leopold Lubliner**

**(1863 — 1937)**

**Ordynator oddziału oto-laryngologicznego**

Dr med. Leopold Lubliner zmarł dn. 30 listopada r. 1937 po 36 latach pracy szpitalnej na kierowniczym stanowisku ordynatora oddziału.

Przed oddaniem zwłok d-ra Lublinera ziemi ojczystej, której kwiaty i ciernie kochał, czcił i uczył szanować, żegnali je: dyrektor szpitala dr Stabholz w imieniu Władz, dr Srebrny w imieniu Warszawskiego Towarzystwa Oto-laryngologicznego, dr Rotstadt w imieniu Zarządu Towarzystwa Popierania Szkoły Pielęgniarskiej, dr Tencer w imieniu uczniów Zmarłego, intendent Fliderbaum w imieniu Towarzystwa Braci Miłosierdzia.

Dr Karbowski uczcił zasługi Zmarłego następującymi słowami:

„W imieniu ordynatorów i oddziału oto-laryngologicznego Szpitala na Czystem przypadł mi w udziale wysoki zaszczyt pożegnania zwłok b.p. d-ra Leopolda Lublinera.

Dr Lubliner należał do tych lekarzy starszej generacji, którzy w ciężkich warunkach czasu zaboru pełnili obowiązki lekarza i kierownika oddziału. Bez pracowni pomocniczych, wyposażonych tak dobrze, jak obecnie, bez personelu, odpowiednio wyszkolonego, potrafili nieść nie tylko skuteczną pomoc chorym, ale

umieli wyzyskać materiał kliniczny do celów naukowych, zasilając bardzo cennymi pracami zarówno piśmiennictwo polskie, jak i zachodnio-europejskie.

Dr Lubliner był lekarzem o wyjątkowo wszechstronnym wykształceniu. Pracował na początku swojej działalności lekarskiej nad anatomią patologiczną; był lekarzem oddziału chorób skórnych i wenerycznych, następnie lekarzem oddziału chorób wewnętrznych, gdzie już wówczas dojrzało w nim specjalne zainteresowanie chorobami płuc. Na tym polu zdziałał wiele. Był jednym z wybitniejszych phtyzjologów polskich, jednym z tych, którzy zrozumieli, że walka z gruźlicą nie powinna się odbywać w ramach szpitalnych, lecz na szerszym terenie, na terenie medycyny społecznej i zapobiegawczej.

Dr Lubliner był człowiekiem o żywym bardzo umyśle. Natura jego nie znosiła ciasnych ramek. Pracując zrazu nad schorzeniami dolnego odcinka dróg oddechowych, konsekwentnie rozszerzył teren swojej pracy lekarskiej i poświęcił się chorobom gardła, nosa i uszu. Stworzył pierwszy kliniczny oddział otolaryngologiczny, który stał na wysokim poziomie nie tylko pod względem klinicznym, ale i techniczno-operacyjnym. Będąc już w wieku nie młodym, opanował jednak wszystkie zabiegi operacyjne, nie wyłączając powikłań wewnątrzczaszkowych. Dr Lubliner stworzył szkołę, w której kształcili się zarówno lekarze młodsze, jak i starsze pokolenia.

Dr Lubliner był dobrym znawcą obcych języków, opanował prawie wszystkie europejskie w słowie i piśmie. Wiedzę swoją wszechstronną czerpał z pierwszych źródeł, to też przemówienia jego na posiedzeniach towarzystw lekarskich ogólnych i otolaryngologicznych były słuchane ze specjalnym zainteresowaniem, były bowiem bogate pod względem treści i piękne pod względem formy.

Wszechstronne wykształcenie, znajomość obcych języków i zalety towarzyskie wysunęły d-ra Lublinera na czoło świata lekarskiego Warszawy. Był prezesem czynnym, później honorowym Tow. otolaryngologów polskich. Był członkiem Tow. Collegium Otolaryngologicum Amicitiae Sacrum; reprezentował polską otolaryngologię nie tylko na zjazdach krajowych, ale i międzynarodowych, gdzie, zawdzięczając swoim zaletom, potrafił zawsze wywalczyć odpowiednie miejsce dla reprezentacji polskiej.

Odszedł lekarz zasłużony, odszedł od nas dobry, oddany krajowi obywatel.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>) Sprawozdanie z akademii naukowej, poświęconej uczczeniu pamięci d-ra Leopolda Lublinera, ukute się w zesz. I-II r. 1938 Kwartalnika Klinicznego.



## Streszczenia artykułów oryginalnych.

(Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonných w Warszawie  
Zesz. III, IV — 1937 r.).

---

## Résumé des articles originaux.

(Révue trimestrielle clinique de l'Hôpital Israélite à Varsovie  
Ann. 1937 N. III, IV.).

---

W. Stein. **Erytromelalgie dans le tabes. Contribution à l'étude du traitement des angioneuroses par l'histamine.** (Du service des maladies nerveuses à l'hôpital Czyste. Med. en chef W. Sterling).

Le malade P., âgé de 42 ans, a eu un chancre syphilitique sur la verge; Bordet-Wassermann était positif. A subi deux séries de traitement spécifique. Depuis 6 mois a ressenti un engourdissement et refroidissement des jambes. A l'examen on constate: pupille gauche réagit moins bien à la lumière. Les reflexes abdominaux sont très vifs. Les reflexes rotuliens sont modérés. Pas de reflexes d'Achille. Sensations kinesthétiques des orteils sont troublées. Signe de Romberg; hyperesthésie dans la zone de Hitzig. Hypoesthésie périphérique des membres inférieurs. Malgré l'absence de pleocytose dans le liquide céphalorachidien et réactions sérologiques négatives les auteurs posent le diagnostic de tabes. Pendant le premier mois de séjour dans le service le malade ressentait quelques acroparesthésies dans ses deux mains. Ensuite ont apparu les accès de rougeur de la peau de deux mains et doigts, accompagnés de cuissons et des douleurs, d'une hypersensibilité et d'une hyperhydrose. Les accès

de l'érythromelalgie se sont répétés pendant 6 semaines et ont cessé complètement après un traitement par l'histamine en solution 1:1500. Celle-ci était introduite par scarifications de la peau. Encouragés par ce résultat, les auteurs ont essayé d'introduire l'histamine par la même voie dans d'autres cas d'angioneuroses (mal. de Raynaud, hémicranie, les sensations de brûlures de la main avec rougeur, endarterite oblitérante). On a obtenu des résultats variables.

**S. Guzman. Le métabolisme basal dans l'obésité.** (Travail du service IV des maladies internes de l'Hôpital Czyste à Varsovie Médecin en chef: Dr. M. Landsberg).

Suivant le métabolisme basal on peut diviser l'obésité en quatre variétés:

- 1°. L'obésité sans troubles du métabolisme basal (exogène)
- 2°. L'obésité avec métabolisme basal abaissé (thyroïdienne).
- 3°. L'obésité où l'action dynamique spécifique de l'albumine est changée (obésité hypophysaire).
- 4°. Obésité à la suite des troubles polyglandulaires.

Il faut, avant la mesure du métabolisme basal, faire particulièrement attention à la préparation convenable du malade. Celui-ci doit être en parfait équilibre psychique.

Déjà l'abaissement du métabolisme basal au-dessous de  $-5\%C$  peut mener après un certain temps à une obésité marquée. Des chiffres, indiquant un ralentissement de processus de combustion, même petites, ont par conséquence pour nous une grande valeur diagnostique et thérapeutique.

On rencontre souvent des obésités avec métabolisme basal augmenté. Ceci surtout dans l'obésité d'origine hypophysaire. Dans ces cas, il faut toujours en plus du métabolisme basal déterminer l'action dynamique spécifique de l'albumine. Cette recherche nous fournit en même temps un élément important pour le diagnostic différentiel, entre l'obésité d'origine thyroïdienne et hypophysaire. Dans cette dernière, en effet, l'action dynamique spécifique de l'albumine est habituellement abaissée, tandis qu'elle reste invariable dans l'obésité d'origine thyroïdienne.

Les progrès considérables, qui ont été réalisés ces dernières années dans le domaine du diagnostic et du traitement de l'obé-

sité d'origine différente, nous les devons en grande partie aux précieuses méthodes d'investigation qui sont: la mesure du métabolisme basal et la détermination de l'action dynamique spécifique des aliments.

---

I. Sonnabend. **Beitrag zum Herpes zoster des Kehlkopfs.**

Wegen der ausserordentlichen Seltenheit des Kehlkopfzosters zitiert Verfasser 5 in der ihm zugänglichen Literatur vorgefundene Fälle, deren Zostercharakter obendrein nicht immer gesichert erscheint, und beschreibt einen eigenen Fall, in dessen Verlauf neben typischen Effloreszenzen auf der rechter Laryngshälfte eine gleichseitige Rekurrenslähmung aufgetreten war. Nach Besprechung der von verschiedenen Autoren bei Sektionen und experimentell festgestellten anatomischen Veränderungen in H. Z. Fällen, kommt Verfasser zum Schluss, dass der Lähmung im vorliegenden Fall eine Basalganglitis im ganglion nodosum, bez. jugulare oder Veränderungen im nucleus ambiguus zu Grundgeliegen haben können. Zum Schluss wird auf die Möglichkeit der Ätiologie eines latenten H. Z. bei allen ätiologisch unklaren Lähmungserscheinungen im Rachen und Kehlkopf hingewiesen.

---

E. Herman, D. Wdowiński. **Un cas de psychose aigüe délirante au cours d'une tumeur de l'angle ponto-cérébellaire.** (du 2 me service néurologique de l'Hôpital Czyste à Varsovie. Chef de service: E. Herman).

Cas typique de tumeur de l'angle ponto-cérébellaire (neurinome); au 7-me mois de la maladie, la vue étant déjà très affaiblie, apparait une psychose aigüe délirante avec hallucinations prévalablement visuels et quelquefois auditives et avec des idées somatopsychiques de persécution.

Les auteurs soulignent la rareté d'altérations psychiques dans une pareille localisation; ils conçoivent ces altérations comme générales et pas focales, malgré l'absence à la nécropsie d'une hydrocéphalie ou d'oedème cérébral de quelque importance. La constitution léptosomique de la malade paraît avoir contribué à l'apparition de marque schizophrénique des idées persécutives.

---



Z. Finkelstein. **Contribution à l'étude de l'amaurose hystérique.** (II service neurologique. Chef de service E. Herman).

Quelques heures après une prise de 0,8 de gardénal apparut l'amaurose chez un sujet jeune, indemne de toute maladie.

On a posé le diagnostic d'une amaurose hystérique se basant sur la présence du nystagmus optocinétique, des mouvements reflexes des globes oculaires et des paupières provoqués par le mouvement d'un miroir plan autour de ses axes (méthode de Fajenstein-Krzemiński, ce qui était confirmé au cours de l'observation par la constatation de la bioculaire dans le moment où le malade commençait à accuser la récupération de la vision d'un seul côté.

L'auteur admet que le gardénal était l'agent provocateur de l'amaurose hystérique par quelque troubles de la fonction de la vision qu'il pouvait provoquer d'autant plus que le malade ignorait l'action nocive des barbituriques sur l'appareil de la vision et que par conséquence les autres mécanismes, ne tenant compte de ce point du départ de l'amaurose, semblent inadmissibles.

---

Sz. Fajgenblat i Jul. Dobroczyń. **Die Ursachen der Beschränkung des nasalen Gesichtsfeldes nach Methylalkoholvergiftung.**

1) In beiden Fällen von Methylalkoholvergiftung haben wir ausser Zentralscotomen, überwiegen von Defekten in nasaler Gesichtsfeldhälfte festgestellt.

2) Es folgt daraus, dass die lateralen Bündel des n. Opticus stärker als die medialen von toxischen Substanzen die sich im Liquor cerebrospinalis befinden angegriffen werden.

3) Aus den anatomischen Verhältnissen geht hervor, dass die lateralen Opticusbündel stärker als die medialen vom liquor cerebrospinalis gespült werden.

4) Der toxische Faktor des liquor cerebrospinalis dringt durch den lateralen Opticus-Bündel zum papillo-maculären Bündel.

5) Die papillo-maculären Faseru sind mehr empfindlich und weniger widerstandsfähig gegen die Wirkung des toxischen

Faktors des liquor cerebrosppinalis als die übrigen Opticusfasern, deshalb entsteht zuerst das Zentralscptom und später die Beschränkung der nasalen Gesichtsfeldhälfte.

---

**M. Segal. L'auteur décrit l'étiologie et le diagnostic, la thérapie et la cure des myomes d'après les matériaux de l'Hôpital Juif à Czyste. Varsovie.**  
(Chef de service: Dr. Henri Altkaufer)

L'auteur conclut qu'il faut traiter chaque cas des myomes individuellement. Le traitement des myomes dépend du volume de la tumeur, de la vitesse de sa croissance, de sa bénignité ou malignité, de l'âge de la malade, des conditions de sa vie et de sa structure psychologique.

L'état général de la santé, ainsi que les conditions de la vie sexuelle, exercent une influence remarquable sur le choix du traitement. Il faut d'abord décider, s'il s'agit d'un cas dans lequel l'opération est indispensable ou bien, si dans le cas examiné l'opération n'est pas absolument nécessaire. Comme opération de choix l'auteur propose l'amputation supravaginale de l'utérus. En cas des tumeurs de volume moyen ou des malades approchant la ménopause, de même que chez les personnes avec l'état général mauvais, les meilleurs résultats ont été obtenus par les irradiations X.

L'auteur ne refuse pas d'autres méthodes opératoires, s'en servant très rarement.

---

**E. Kosman, S. Śniadower and P. Pianko. The Cholesteremia in Typhoid Fever.** (From the 3 Medical Service. Director B. Jochweds M. D.).

This preliminary report is the summary of 22 blood cholesterol estimations in typhoid fever. It has been calculated that the average value of the total serum cholesterol was  $153,8 \pm 39,27$  mg%. The average value of the coefficient K, as defined by the relation of the esterified cholesterol to the total cholesterol, has been  $0,285 \pm 0,159$ , whereas the normal value of K is 0,63. It is suggested that this drop in the cholesterol esters content of the serum is the result of a damaged liver function, this damage being brought about by the typhoid involvement of this organ.

---

Z. Podlipski et B. Lando. **La cholecystite aiguë à bac. perfringens.** (Service chirurgical de Dr. A. Wertheim).

A l'occasion d'un cas personnel les auteurs font une étude d'ensemble de la cholecystite aiguë à bac. perfringens. Ils arrivent aux conclusions suivantes: sur 12 cas il y en avait 7 hommes et 5 femmes, donc ce sont les hommes qui sont le plus souvent atteints. La maladie touche les personnes d'âge adulte (de 35 à 73 ans). La lithiase biliaire coexistante n'est pas fréquente. Le pronostic est favorable à condition de ne pas retarder l'opération. L'intervention de choix est la cholecystostomie — opération rapide et bénigne, donnant toute sécurité chez un malade fatigué et dans un état général gravement touché.

---

L. Lipszowicz. **Des troubles végétatifs asymétriques dans les cas de paralysie isolée périphérique du nerf facial. Leurs significations pour la pathogénèse, le pronostic et le traitement.** (Service de dr. Rotstadt).

L'auteur décrit deux groupes des cas de la paralysie du nerf facial, présentant des troubles végétatifs différents.

Dans le premier groupe est apparue de l'hypéresthésie de la peau du visage, de la tête et du cou constatée à la pression et aux excitations thermiques, dans le second — de l'hypoesthésie.

Au point de vue clinique l'attention, plus grave dans le premier groupe, présentait une durée plus longue et avait été traitée avec succès par la roentgenothérapie de la cavité cérébrale postérieure et par des moyens qui augmentaient le tonus du système sympathique (injection d'adrénaline et ionisation à l'aide du calcium).

Dans le second groupe la maladie de durée plus courte et d'intensité plus faible a été traitée par des solutions d'adrénaline et la diathermie de la région bulbaire.

---

M. Rozental. **Un cas rare de grossesse abdominale.** (Du service chirurgical de dr. D. Kohan).

L'auteur publie un cas de grossesse abdominale secondaire, arrivée à terme et opérée 3 mois après la mort du fœtus. L'in-



tervention radicale s'était passée sans complications, la mère avait quitté l'hôpital en parfaite santé. Le fœtus, 47 cm. de longueur, quoique macéré, était bien conservé et entouré par ses membranes avec le reste de liquide amniotique. Le placenta se trouvait en adhérences nombreuses avec le péritoine pariétal, le ligament large et le mesenterium des intestins. Il résulte de l'anamnèse, qu'à l'époque des douleurs d'enfantement on n'a pas posé le diagnostic, car il était difficile de déterminer le siège extra-utérin et l'utérus était masqué par le fœtus.

---

J. Rywlin. **Über Vererbung, Aetiologie und Behandlung der erworbenen Vitiligo.** (Aus der dermat. Abteil des Krankenhauses am Czyste; Warschau. Leiter: Oberarzt J. Merenlender).

Der Verfasser erinnert an die bisher beschriebenen Fälle der angeborenen Vitiligo, die in einigen Generationen auftreten und beschreibt einen Fall der erworbenen Vitiligo in drei Generationen (Mutter, Sohn und Enkelin). Verfasser führt alle bisherigen Theorien an, die die Pathogenese dieser Erkrankung aufklären, wie auch alle Behandlungsversuche, die bisher bei der Bekämpfung dieses Leidens leider ohne wesentlichen Erfolg angewendet wurden.



# Lipojodina „Ciba”

Zawiera około 41% łatwo wchłaniającego się jodu.

<b>T a b l e t k i.</b>	Arterioskleroza
	Dychawica oskrzelowa
	Rozedma płuc
<b>P r o s z e k</b>	Kiła trzeciorzędowa
<b>do receptury.</b>	Schorzenia kiłowe układu nerwowego
	Zołyzy, wole i t. d.

**Lipojodina** nie wywołuje jodzicy.

## VIOFORM „CIBA”

Proszek odkażający o wszystkich zaletach jodoformu, jednak bez przykrego zapachu.

Zawiera około 41% jodu.

<b>Rozpylacz.</b>	Rany pooperacyjne i przypadkowe.
<b>Proszek do</b>	Owrodzenia i powierzchnie ziarninujące.
<b>receptury.</b>	Oparzenia, wypryski, sprawy ropne skórne i t. d.

Vioform jest 5 razy lepszy niż jodoform i wobec tego jest nadzwyczaj ekonomiczny w użyciu.



**PABIANICKA SPÓŁKA AKCYJNA  
PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO,  
PABIANICE.**



# REUMATYCY I ARTRETYCY

d o t k l i w i e

odczują zmianę pogody

profilaktycznie stosowany

## CHINOPHAN

chemicznie czysty 100%, kwas  
fenylo · chinolino · karbonowy

przestroi przemianę materii,  
usunie ze krwi nadmiar kwasów,  
ożywi krążenie w mięśniach  
i ścęgach.

## CHINOPHANYL

w ampułkach — do iniekcji domięśniowych i dożylnych.

## CHINOPHAN MAŚĆ

w t u b a c h.

W zapaściach, niedomogach serca,  
w bezdechu i zapaleniu płuc, w ost-  
rych zatruciach, szczególnie środ-  
kami odurzającymi, tlenkiem węgla,  
gazem świetlnym i t. d.  
w chorobach zakaźnych

## CORPYRIN

preparat całkowicie syntetyzowany w kraju  
i klinicznie kontrolowany.

Zastosowanie dożylnie, podskórne, doustne.

Nawet w ciężkich stanach przywraca szybko  
prawidłowy oddech i ożywia krążenie.

Chemiczno-Farmaceutyczne Zakłady Przemysłowe

**FR. KARPIŃSKI, S. A.**

WARSZAWA. UL. WOLNOŚĆ 79.