

GAZETA LEKARSKA

I. ZE SZPITALA I PRACOWNI ŚW. LAZARZA W WARSZAWIE.

Serodyagnostyka syfilisu oraz wartość próby Kleusner-Kreibich'a.

Odczyt, wygłoszony dnia 2/IV 1908 r. w seceyi dermatologicznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Podał

Dr Leon Wernic.

Trzy zasadnicze odkrycia pchnęły naukę o syfilisie na nowe tory: 1) odkrycie *treponema pallidum* przez SCHAUDIN'a, 2) odkrycie MIECZNIKOWA, że syfilis daje się szczepić małpom człowiekkształtnym i 3) odkrycia w dziedzinie serodyagnostyki syfilisu, rozpoczęte przez WASSERMAN'a, a nadsładowane mniej lub więcej udatnie w sposób odmienny przez innych uczonych.

Nie będę zatrzymywał się na teorii immunizacji ustroju, która zawdzięcza, zdaniem uczonych współczesnych, swoje istnienie obecności antytoksyn, działalności ciałek białych, obdarzonych opsoninami, wreszcie zawartym w surowicy aleksynom *vel* komplementom, które przy udziale amboceptorów łączą się z receptorami bakteryi, ew. obcych krwinek i powodują rozpuszczanie [bakteryoliza, hemoliza] tychże.

Odkrycie BORDET'a i GENGOU'a, dokonane w r. 1901 wykazało, że jeśli wziąć antygen bakteryjny, dodać do niego amboceptor odpowiedni, to związek ten posiada b. silne powinowactwo do aleksyny *v.* komplementu, kiedy ani sam jeden antygen, ani sam jeden amboceptor tego powinowactwa nie posiadają.

Następnie przekonano się, że wyługowywanie hemoglobiny z czerwonych krwinek, rozpuszczanie się ich czyli t. zw. hemoliza może być wywołana w sposób podobny.

Jeżeli królikowi będziemy systematycznie [najlepiej dwukrotnie co 3 dni] wstrzykiwali krew jagnięcia [lub zawiesinę krwinek jego w surowicy], to wywołamy w króliku taką odporność względem krwinek jagnięcia, iż nawet silnie rozcieńczona surowica jego będzie rozpuszczała stosunkowo wielkie ilości krwinek jagnięcia.

Odczyn hemolityczny wymaga również obecności trzech składników: *a*) antygeny [ciałka czerwone], *b*) amboceptoru hemolitycznego i *c*) komplementu.

Dla otrzymania surowicy królika, pozbawionej komplementu, a zawierającej amboceptor, stawiamy ją w ciepłocie 50° C. w ciągu pół godziny, dzięki czemu ginie komplement. W ten sposób otrzymuje się t. zw. „nieczynna surowica hemolityczna.“ Jeżeli do niej dodamy krwinki czerwone jagnięcia lub wołu, to aczkolwiek pochodziła ona z uodpornionego królika, ciała krwi nie rozpuszczają się. Gdy wszakże dodać jeszcze komplementu, zawartego w każdej surowicy, ew. w surowicy świnki morskiej, to hemoliza nastąpi i cała mieszanina przyjmie wygląd przezroczystej różowej cieczy. Łańcuch hemolityczny przedstawić można w postaci równania

$$A+B+C=D.$$

A=antygen [ciałka krwi],

B=amboceptor,

C=komplement,

D=hemoliza.

Otoż WASSERMAN, RRUCK i NEISSER, idąc śladami GENGOU'a i BORDET'a, odkryli, iż jeśli antygen syfilisu połączyć ze specyficznym amboceptorem, a następnie dodać komplement układu hemolitycznego, to chociaż następnie dodamy amboceptoru hemolitycznego i krwinek—hemoliza nie nastąpi, a ciała czerwone opadną, pozostawiając nad sobą płyn klarowny.

Wyrażając się inaczej, antygen z amboceptorem syfilitycznym, zdaniem tych autorów, wiąże komplement hemolityczny i hamują hemolizę. W postaci formuły sprawa ta będzie się przedstawiała tak:

$$A_1+B_1+C+B+A=D_1$$

A₁=antygen syfilisu

B₁=amboceptor syfilityczny

D₁=zahamowanie hemolizy

A, B i C jak w formule
pierwszej

Aczkolwiek już dowiedziono, że nie istnieje specyficzny amboceptor syfilityczny, lecz tylko specjalny związek białkowy, to przecież cały szereg autorów przytacza, że w 8% przypadków odczyn WASSERMAN'a jest patognomiczny dla syfilisu. Przytem służyć on może zarówno dla odkrycia antygeny, jak i amboceptora syfilitycznego. Ujemną stroną próby WASSERMAN'a jest jej skomplikowanie, wskutek czego z jednej strony można ją wykonywać tylko w laboratoriach specjalnych, z drugiej zupełnie niesłusznie zniechęca nawet do zupełnie łatwych zabiegów [niestety mniej]wartościowych] serodyagnostycznych, o których zaraz pomówimy.

Najtrudniejszą stroną techniki WASSERMAN'a jest całkowite oddzielenie od surowicy i odmycie krwinek—zabieg zmudny i długotrwały. W próbach, poniżej przytoczonych, nie potrzeba wymywać krwinek, lecz jedynie potrzeba otrzymać pewną ilość surowicy, co daje się skutecznie nawet na najgorszej centryfudze, a właściwie i bez niej, w naczyniu szklanem.

Pierwsza z szeregu tych prób—PORGES'a, demonstrowana w Wiedeńskim Towarzystwie Lekarskim, polega na tem, że surowica luetyczna i metaluetyczna strąca lecytynę z wodnej zawiesiny w postaci widocznych kłaczków.

Wkrótce potem na posiedzeniu lekarzy berlińskich doniósł FLEISCHMAN, że jeżeli wziąć 1 ctm. sz. 0,5%-owej zawiesiny cholesteryny, a 1 ctm. sz. 0,1%-owej zawiesiny wazeliny i dodać do niej surowicy luetyka, to następować związanie komplementu. Dowodziłoby to, że owe antygeny i amboceptory syfilityczne są pokrewne nie tylko lecytynie, lecz i innym ciałom.

Na posiedzeniu tegoż towarzystwa [w dniu 4. III. r.] b. H. SACHS i K. ALTMANN zakomunikowali, że wyciąg z wątroby syfilityka [ew. antygen] można zastąpić w próbie WASSERMAN'a przez 0,2—0,3 cent. sz. 1%-owej rozczyynu mydła.

Dla rozczyynu mydła badacze dawali różne przepisy.

Jedni miesza 0,3 do 0,35% rozczyynu oliwianu sodu (*natrii oleinici*) i tyleż surowicy, drudzy brali 1-ą część 0,5%-go rozczyynu mydła i 1-ą część 20%-go alkoholu, oraz 2-e części surowicy, wreszcie trzeci rekomendowali usunąć mydło, a brać 2 części 20%-go alkoholu i 1-ą część surowicy.

Obok tego zakomunikowano obserwacye, iż zamiast lecytyny, ew. alkoholu można stosować aceton, siarczan amonu, mastykę, karbol, barwiki i t. d., a za każdym razem otrzymywano opad widzialny po paru godzinach.

Notabene opady takie otrzymywano również z surowicami niesyfilityków, lecz potrzeba było stosować znacznie większe ilości odczynników.

Już dawno znany był fakt, że przy syflisie, podobnie jak przy innych sprawach infekcyjnych, w surowicy znajduje się zwiększona ilość globuliny, która, jak wiadomo, nie rozpuszcza się w wodzie destylowanej, lecz rozpuszcza się w rozczyynie fizyologicznym soli.

Fakt ten został jeszcze wcześniej ustalony dla płynu mózgowordzeniowego przy cierpieniach nerwowych i porażeniach. Odgrywa zaś w organizmie rolę ochronną, towarzyszy powstawaniu specyficznych przeciw ciał.

KLEUSNER, pracując w klinice KREIBICH'a zauważył, że niewielkie ilości surowicy, otrzymanej z podrażnienia grudek syfilitycznych i stwardnień, rozpuszczone w dużej ilości wody destylowanej, a połączone z określoną ilością surowicy luetyka, powodują kłaczkowy osad, szybko opadający. U osób, które nie przechodziły syfilisu, osad ten albo wcale nie powstaje, albo w stopniu nieznacznym i późno, po upływie 24 godzin.

Ponieważ KREIBICH wykazał, że globulina surowicy luetyków wypada b. szybko, zastąpiono surowicę z grudek syfilitycznych wodą destylowaną.

KLEUSNER przeprowadził obserwacje nad 31 przypadkami syfilisu i 23 przypadkami niesyfilitycznymi i podał je do wiadomości w *Wiener klinische Wochenschrift* [Nr 7].

Technika KLEUSNER'a jest niesłychanie prosta. Polega ona na oczyszczeniu skóry na przestrzeni równej dłoni, skaryfikowaniu jej i postawieniu bańki, dzięki czemu otrzymuje się 4 do 5 ctm. sz. krwi.

Krew tę centrifuguje się; surowicę mętną wirujemy po raz drugi i trzeci do całkowitego wyklarowania.

Następnie do próbówki, pół ctm. szerokości i 7 ctm. wysokości, dodawał KLEUSNER 0,2 ctm. sz. surowicy i 0,7 ctm. sz. wody destylowanej. Po dokładnem zmieszaniu obu płynów pozostawiano je przy ciepłocie pokojowej. Najwyżej po 16-u godzinach tworzył się osad wysoki na 2 do 4-ch ctm., ściśle pokrywający dno naczynka. Opadanie na dno odbywało się w postaci kłaczkowatej w ciągu kilku godzin.

Doświadczenia w 31 przypadkach syfilisu dały KLEUSNER'owi zawsze wynik dodatni, a w 23-ch surowicach kontrolowanych (*gonorrhoea, lupus, psoriasis, lupus erytematodes, eczema, scabies*) zawsze ujemny.

Większość luetyków należała do okresu drugorzędnego. Prócz tego były 2 gumaty i 5 skleroz.

Atoli już entuzyastycznemu wynalazcy nasunęły się 2 przypadki surowic tyfusowych i kilka przypadków surowic u chorych na zapalenie płuc, które dały wynik taki, jak surowica luetyków.

Dalej autor twierdził, że przy rozcieńczeniu surowicy luetyka wodą destylowaną w stosunku 1:5, a nawet 1:10: wytwarzał się osad, kiedy u pneumonika tego nie było.

Niesłychana łatwość techniki metody KLEUSNER'a zachęciła piszącego do przeprowadzenia doświadczeń tych w pracowni szpitala Św. Łazarza. Materiał zaś stanowili chorzy z oddziału dra T. ŻERY i kolegi R. BERNHARD'a, którym w tem miejscu za to serdeczne składam dzięki.

Obserwacje przeprowadziłem na 50-u przypadkach. W tej liczbie było 30 przypadków syfilisu, 5 przypadków *ulcera cruris*, 10 przypadków wilka, 3 przypadki rzeżączki i 2 nowotworu rakowego.

Rozpatrując szczegółowo pierwszą kategorię chorych, nad którymi najprzód rozpoczęliśmy badania, natknęliśmy się na fakty, które budziły w nas nadzieję, że metoda KLEUSNER'a jest bardzo doręczna i prosta. Szczególniej dodatni wynik zaznaczył się u jednej chorej, u której przy pomocy tej próby dopełnione zostało rozpoznanie.

[D. n.].

II. O leczeniu ambulatoryjnym wrzodów goleni.

Podał

H. Goldberg.

Asystent oddziału chirurgicznego szpitala Św. Aleksandra w Łodzi i lekarz ambulatorium chirurgicznego przy Chrz. Tow. Dobroczynności w Łodzi.

Przystępując do tak dawno znanej i tak często spotykanej sprawy chorobnej, jak wrzód goleni, trudno o niej powiedzieć coś nowego. Przeglądając *Centralblatt für Chirurgie* i dostępną mi swojską literaturę za ostatnie lat 15, spotkałem zaledwie parę artykułów, poruszających tę sprawę; sprawia to wrażenie, jak gdyby ten „krzyż lekarzy” (*cruce medicorum*) zbrzydził im do tego stopnia, że nad nim krzyżyk postawili.

A szkoda! Do dziś dnia ani pochodzenie, ani przebieg, ani leczenie tego cierpienia nie opiera się na ogólnie uznanych podstawach.

Wrzód okrągły goleni należy, zdaniem mojem, do tak zw. zakresów granicznych pomiędzy chirurgią a chorobami skórniemi. Już w kwestyi pochodzenia tego rodzaju wrzodów spotykamy znamienne rozbieżność, a raczej niestalenie poglądów. Wszyscy prawie autorzy, z którymi miałem możność zapoznać się, wymieniają trzy główne czynniki: zastój żylny, uraz i zmiany chorobne skóry [pryszczycę w rozmaitej postaci]; który z nich jednak gra rolę przyczynową, na to pytanie trudno znaleźć kategoryczną odpowiedź.

Przypuszczam, że najczęściej przyczyną bezpośrednią cierpienia jest uraz, któremu towarzyszy przewlekłe zapalenie skóry, podtrzymywane upośledzeniem jej odżywianiem. w którym żyłaki grają mniejszą rolę niż pryszczycza; mówię o żyłakach dostępnych oku, gdyż na położone głęboko trudno się powoływać.

To zdegradowanie żyłaków może wydać się krokiem trochę ryzykownym, a jednak za niem przemawiają poważne względy.

Po pierwsze, trudno rozstrzygnąć pytanie, czy żyłaki są skutkiem, czy też przyczyną upośledzonego odżywiania skóry; powtóre, związek między obecnością żyłaków a wrzodów goleni nie jest bynajmniej stały. Pryszczycza częściej towarzyszy wrzodom goleni, niż rozszerzeniu żył; przytem daleko łatwiej doprowadzić do gojenia wrzód goleni, niż przy nieznaczej choćby pryszczycy.

Na dowód dominującej roli żyłaków w pochodzeniu omawianego cierpienia przytaczano fakt, że u kobiet spotykamy tę sprawę znacznie częściej, niż u mężczyzn. Prawda, ale najbardziej uporeczywe przypadki widziałem właśnie u mężczyzn. Nakoniec, przeciwko żyłakowatemu pochodzeniu wrzodów przemawia fakt, że często chory, cierpiący od lat paru, w wywia-

dach wskazuje na kilkakrotne samoistne gojenie się i nawrót swego cierpienia. Musimy przyznać, że rozszerzenie żył jest wyrazem bardziej głębokich zmian anatomicznych, niż pryszczycyca; to też tak zmienne zachowanie się wrzodu łatwiej daje się objaśnić, gdy za podstawę cierpienia przyjmiemy ostatnią sprawę.

Co się zaś tyczy urazu, jako przyczyny wywołującej, to choć niezawsze spotykamy się z nim w skargach chorych, to jednak nam się wydaje, że czynnik ten jest zawsze bezpośrednim bodźcem w omawianej sprawie.

Zatrzymałem się tak długo nad pochodzeniem wrzodów goleni, gdyż od uznania tych lub innych poglądów w tej kwestyi zależeć będzie bezpośrednio sposób leczenia: będziemy już główny nacisk kładli na leczenie wrzodu i otaczającej skóry, albo też starać się będziemy o usunięcie przedewszystkiem nieprawidłowego krwiobiegu. Wszelkie zalecane dotąd metody leczenia miały na celu jedno z tych dwojga wskazań.

Przejdźmy do opisu klinicznego. Najczęściej chory, pochodzący ze sfery ubogiej, zwraca się do lekarza, gdy wrzód goleni, nie bacząc na długotrwałe, to znaczy kilkomiesięczne lub kilkoletnie leczenie środkami domowymi, zaczyna mu coraz bardziej dokuczać. Wrzód ma wtedy kształt, wielkość i wygląd rozmaity, w zależności przedewszystkiem od otaczającej skóry. Zwykły wygląd takiego wrzodu, o ile otaczająca skóra nie cierpi współrzędnie, daje obraz następujący. Na przestrzeni około 1—3 ctm. sz. w średnicy, zwykle na przedniej powierzchni goleni, rzadziej na kostkach, widzimy owrzodzenia z brzegami nie podminowanymi, słabo nacieczonymi; skóra otaczająca na przestrzeni 1 ctm. sz. sucha, sinawa; dno wrzodu pokryte szarym, trudnym do zdjęcia nalotem, wydzielina nieznaczna. Dopiero, gdy otaczająca skóra podlega zapaleniu w jakiegokolwiek postaci, [najczęściej *eczema madidans* lub *ragadiforme*], wydzielina staje się obfitszą, a brzegi mocniej nacieczonymi. Dopiero długotrwały wrzód goleni ma brzegi zgrubiałe i twarde, choćby pryszczycy dokoła nie było.

Podminowanych jednak brzegów w czystych postaciach wrzodów goleni nie spotykałem. Wrzody wieloliczne stanowią nader rzadkie zjawisko; kształt wrzodów bywa zwykle okrągły lub owalny; wskutek zlania się kilku wrzodów, widzimy postaci nieprawidłowe.

U osobników starszych rzadko spotykałem pryszczycę, lecz, nie bacząc na to, gojenie się wrzodów idzie opornie, co objaśnić należy brakiem i zanikiem podściółki łącznotkankowej.

Z powyższego wynika, że wrzód goleni jest klinicznie postacią jednolitą, a różnice w przebiegu tego cierpienia zależą przedewszystkiem od stanu otaczającej skóry, dlatego też rad byłbym podzielić ogólne pojęcie na dwie grupy: wrzód goleni z otaczającą skórą prawidłową i z pryszczycą dokoła. Podział to nie naukowy, ale pod względem praktycznym nader ważny, gdyż od stanu otaczającej skóry uzależnić wypadnie leczenie samego wrzodu.

Ten podział postaci klinicznych ze względu na stan otaczającej skóry odczuwać się daje na każdym kroku; to też w każdym przypadku wrzodu goleni rokowanie stawiam w zależności od tego czynnika, gdyż jestem przekonany

nany, że dopóki nie usuniemy pryszczycy, nie uleczy-
my również wrzodu z wytworzeniem stałej i mocnej
blizny.

Uważam, że leczenie wrzodu goleni powinno być ambulatoryjne *de facto*, nie zaś *de nomine*; przypadki, leczone przeze mnie w szpitalu, utwierdziły mię tylko w tem przekonaniu. Muszę jednak zwrócić uwagę, że określenie — „leczenie ambulatoryjne”, rozmaicie bywa rozumiane. Gdy jedni autorzy każą choremu wystrzegać się pewnych zajęć, związanych z przekrwieniem kończyn dolnych, inni radzą nie zmieniać zupełnie poprzedniego trybu życia.

W swoich przypadkach stosowałem leczenie ściśle ambulatoryjne, gdyż nie tylko zalecałem prowadzenie niezmienionego trybu życia, ale namawiałem do zwykłej pracy tych chorych, którzy z powodu uporczywych wrzodów goleni przestali pracować. Dodać jeszcze należy, że między chorymi miałem praczki, kucharczów, i t. d., którzy podczas pracy stoją prawie bez przerwy.

W ten sposób wyniki stosowanego przeze mnie leczenia nazwać chyba można miarodajnymi.

Lecząc chorych ambulatoryjnie, nie mogłem stosować bardziej złożonych zabiegów chirurgicznych, jak podwiązanie lub wycięcie żył, tak zalecane przez LANDERER'a ¹⁾. Z mniej doszczętnych sposobów, dostępnych w praktyce przychodniej, wymienić należy: łyżeczowanie wrzodu i zasiewanie naskórka sposobem MANGELDT'a.

Sposób MANGELDT'a ²⁾, polegający na zasianiu miazgi, składającej się z zeszkobanego naskórka, na uprzednio oczyszczone dno wrzodu, chyba niewiele różni się od zwykłego przeszczepienia naskórka, chociaż autor stara się wykazać wyższość swego sposobu.

Z pracy KOZERSKIEGO ³⁾, poświęconej tej sprawie, trudno wyciągnąć wnioski na korzyść metody MANGELDT'a: wszystkie 10 przypadków leczono nie ambulatoryjnie, lecz w szpitalu; czas leczenia trwał przeciętnie około 50-u dni; w dwu przypadkach wyleczenia zupełnie nie osiągnięto. Dodać jednak należy, że wszystkie przypadki KOZERSKIEGO należały do uporczywych.

Nie będę rozwodził się tutaj nad sposobami, które wkrótce po ogłoszeniu przebrzmiały bez echa. Do takich należą np. stosowane niegdyś w klinice czeskiej JANOWSKY'ego ⁴⁾ wstrzykiwania nukleiny, której zadaniem było pobudzenie ziarniny.

Co się tyczy łyżeczowania wrzodu, stosowałem ten zabieg w leczeniu ambulatoryjnym; uważam, że przy powierzchownem znieczuleniu kokainą daje się łatwo zastosować, uprzednie zaś oczyszczenie dna wrzodu skraca znacznie przebieg leczenia.

¹⁾ Centralblatt für Chir. 1902. Nr. 49.

²⁾ Deutsche med. Wochenschrift. 1895. Nr. 48.

³⁾ Medycyna 1897. Nr. 14, 15, 16.

⁴⁾ Časopis lékařů českých. 1894. Nr. 46, 46 Streszcz. Medycyna 1895. Nr. 5.

Opatrunek plastrzem lepkiem [BAYNTON'a] ma na celu mechaniczny ucisk i zbliżenie brzegów wrzodu, aby w ten sposób przyspieszyć pokrycie nowopowstałej ziarniny naskórkciem. Plaster lepki drażni skórę, to też opatrunek BAYNTON'a przy przyszczyce nie powinien być stosowany.

Przejdźmy teraz do opatrunków, pokrywających całą goleń, t. zw. klejonych. Protoplastą ich jest opatrunek UNNA'y, składający się z kilku warstw krochmalowych, przesyconych pastą składu następującego: *Zinci, Gelatini, Glycerini ana 1,0, Aquae dest. 3,0*. W polskiej literaturze spotykamy pracę S. STERLINGA ¹⁾, zalecającą te opatrunki.

Odmianą sposobu UNNA'y jest metoda SCHLEICH'a, polegająca na tem, że całą goleń pokrywamy warstwą ciasta SCHLEICH'a ²⁾, w którego skład zamiast żelatyny wchodzi pepton z gumą arabską. Goleń bandażujemy kilku warstwami gazy, następnie kilkakrotnie bandażem krochmalonym; na sam wrzód stosujemy jeden z uznanych środków.

Trudno zaprzeczyć, że opatrunek SCHLEICH'a stanowi postęp pod względem prostoty w porównaniu z opatrunkiem UNNA'y. W swojskiej literaturze spotykamy pracę A. GOLDMANA, który jest zwolennikiem opatrunku SCHLEICH'a, chociaż ze słów jego wynika, że po 4-miesięcznym leczeniu z 30-u chorych uleczenie osiągnął tylko u 10-u ³⁾.

Uproszczonym sposobem UNNA'y posługiwał się również JESSNER, który napisał monografię o ambulatoryjnym leczeniu wrzodów goleni ⁴⁾. Praca JESSNER'a była punktem wyjścia dla moich doświadczeń.

Skład pasty żelatynowej JESSNER'a niewiele się różni od zalecanej przez UNNA'ę, mianowicie:

<i>Zinci oxydati</i>	50,0
<i>Gelatini</i>	20,0
<i>Glycerini</i>	25,0
<i>Aquae dest.</i>	75,0.

Tą pastą pokrywa się kończynę zapomocą penzla od palców do kolana, prócz owrzodzenia. Na sam wrzód stosujemy jakikolwiek ze środków, według uznania lekarza, następnie pokrywamy wrzód kawałkiem *protectiv—silk*'u. Kończynę pokrywamy równomierną warstwą gazy, waty, a następnie bandażujemy elastycznym bandażem, [najlepiej *Idealbinde*], posiadającym zalety

¹⁾ Medycyna 1894. Nr. 18.

²⁾ Skład ciasta SCHLEICH'a:

Peptoni sicci

Amyli

Zinci oxydati subst. pulv. ana 15,0

Gummi arabici 30,0

Aquae dest. q. satis ut fiat pasta, cui adde

Lysoli

Ol. Melissae ana gt. III.

³⁾ Czasopismo Lekarskie 1901. t. III, Nr. 3.

⁴⁾ JESSNER. Leczenie ambulatoryjne wrzodów goleni. Wyd. niemieckie 1901.

i pozbawionym wad bandaża gumowego. Przed nałożeniem opatrunku należy, zdaniem JESSNER'a, zdezynfekować nogę, jak do operacji.

Początkowo trzymałem się ściśle tych wskazówek; z biegiem czasu jednak, dążąc do możliwego ułatwienia opatrunku, doszedłem do pewnych modyfikacji, któremi pragnę podzielić się z kolegami.

Przedewszystkiem zalecam choremu dokładne wymycie w domu nogi wodą ciepłą z mydłem. Przy pierwszym opatrunku zadawałam się ogoleniem okolicy wrzodu i obmyciem benzyną; przy następnych zmywam wydzielinę i warstwę lekarstwa również benzyną.

[D. n.]

III. Obrót zapobiegawczy.

Podał

Stanisław Cykowski,

b. ordynator etatowy kliniki położniczej i chorób kobiecych w Warszawie.

[Podług odczytu, wygłoszonego na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w roku 1907].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 17].

Wiele praktycznych wskazówek co do obrotu zapobiegawczego znajdujemy w pracy WOLFF'a z roku 1904, w której autor przedstawił w streszczeniu poglądy na obrót zapobiegawczy także wszystkich wybitnych akuszerów.

Sam autor przez obrót zapobiegawczy pojmuje tylko taki obrót, jaki wobec położenia czaszkowego i wazkiej miednicy bywa dokonywany wtedy, zanim wystąpią jakiegokolwiek powikłania w stanie matki lub dziecka i przez którego zastosowanie akuszer zamierza zapobiedz tym niebezpieczeństwom, jakie najprawdopodobniej powstałyby w razie wyczekiwania na dalszy przebieg porodu w położeniu czaszkowym.

Zgodnie z powyższem wszelkie obroty, dokonywane w miednicach wazkich wtedy, kiedy w stanie matki lub dziecka już wystąpiły pewne powikłania lub też gdy mamy do czynienia ze szczególnie nieprawidłowem wstawianiem się główki, np. z położeniem czołowem, nie powinny być zaliczane do kategorii obrotów zapobiegawczych, jak to się często zdarza.

W pracy swej autor zużytkował materiał polikliniki położniczej Charité z lat 1892—1902. Wśród 581 porodów w miednicach wazkich dokonano 54 właściwych obrotów zapobiegawczych.

O wynikach zabiegów informują następujące tablice:

OBROTY ZAPOBIEGAWCZE.			
<i>Conjugata vera</i> prawie 8 ctm. i więcej.	Liczba przypadków	Zmarło dzieci	Śmiertelność
<p>Obroty zapobiegawcze, dokonane wobec zachowanego pęcherza lub bezpośrednio po odejściu wód; ujście macicy dostatecznie otwarte dla wykonania ekstrakcyi zaraz po obrocie</p>	30	0	0%
<p>Obroty zapobiegawcze, dokonane po upływie większego lub mniejszego czasu od chwili pęknięcia pęcherza płodowego; pozostałe dane — takie same, jak w grupie poprzedniej</p>	17	6	35,3%
<i>Conjugata vera</i> poniżej 8-u ctm.			
<p>Obroty zapobiegawcze, dokonane wobec zachowanego pęcherza lub bezpośrednio po odejściu wód; ujście macicy dostatecznie otwarte dla wykonania ekstrakcyi zaraz po obrocie</p>	3	2	66,7%
<p>Obroty zapobiegawcze, dokonane po upływie większego lub mniejszego czasu od chwili pęknięcia pęcherza płodowego; pozostałe dane — takie same, jak w grupie poprzedniej</p>	4	3	75,0%

Wyniki powyższe autor zestawił z wynikami całej metody wyczekiwania, zaliczając tutaj wszystkie porody, jakie odbyły się w wążkach miednicach z przodującą główką samodzielnie, zapomocą kleszczy lub kraniotomii i wreszcie te przypadki obrotów, w położeniu czaszkowym z następczą ekstrakcją, w których pierwotnie wyczekiwano, lecz potem dokonano obrotu ze względu na wynikiłe powikłania specyalne.

Metoda wyczekiwania wykazała następujące wyniki.

<i>Conjugata vera</i> prawie 8 ctm. i więcej.	Liczba przypadków	Zmarło dzieci	Śmiertelność
<p>Porody wobec przodującej główki (samodzielne, po kleszczach i po kraniotomi).</p> <p>Obroty w położeniach czaszkowych, dokonane ze względu na wyniki powikłania</p>	<p>262</p> <p>23</p>	<p>53</p> <p>4</p>	<p>20,2%</p> <p>17,4%</p>
<i>Conjugata vera</i> poniżej 8-u ctm.			
<p>Porody wobec przodującej główki</p> <p>Obroty w położeniach czaszkowych, dokonane ze względu na wyniki powikłania</p>	<p>18</p> <p>2</p>	<p>10</p> <p>1</p>	<p>55,6%</p>

Opierając się na wynikach swych zestawień, autor podał szereg wskazówek, jak mamy postępować przy porodach w miednicach zwężonych. A więc: w przypadkach umiarkowanego zwężenia miednicy, o *conj. vera* nie niżej 8-u ctm., należy zawsze, we wszelkich okolicznościach, bez względu na to, czy później zamierzamy dokonać obrotu zapobiegawczego, czy też zabiegu tego na myśli nie mamy, starać się zachować pęcherz płodowy aż do czasu otrzymania zupełnego otwarcia: osiągnąć to możemy przez wprowadzenie do pochwy kolpeuryntera [ROSENTHAL, VOIGT, KRULL].

Jeśli uda się nam pęcherz zachować, to otrzymaliśmy najlepsze warunki zarówno dla dokonania obrotu i ekstrakcji, jak i dla metody wyczekiwania.

W przeciwstawieniu do tych akuszerów, którzy najpierw chcą wyczekiwania pęknięcia pęcherza płodowego i następczego wstawienia się główki, zanim do obrotu zapobiegawczego przystąpią, autor sądzi, iż po pęknięciu pęcherza płodowego, szczególnie po upływie dłuższego czasu od chwili odejścia wód płodowych, nie należy dokonywać obrotu, jako metody zapobiegawczej, lecz raczej wyrzec się zabiegu tego i nadal wyczekiwać.

Jeśli tak postępować będziemy, to w dalszym przebiegu porodu wyjątkowo tylko może jednakże zajść potrzeba dokonania obrotu, gdy nastąpi absolutne osłabienie bólów porodowych lub też gdy w ogólnym stanie matki lub dziecka wystąpią powikłania, które będą wymagały ukończenia porodu. Oczywiście, nie będą to właściwe obroty zapobiegawcze, lecz obroty dokonane ze względu na powikłania.

Wskazania do takich obrotów w zwykłych położeniach czaszkowych, jak o tem przekonywa autora doświadczenie osobiste, występują rzadko.

Podług KROENIG'a zupełne osłabienie bólów porodowych tylko bardzo warunkowo można uważać za wskazanie do obrotu; zresztą w rzeczywistości o takim osłabieniu bólów tylko bardzo rzadko może być mowa, gdyż samo zwężenie miednicy, jako takie, stanowi wogóle powód raczej wzmagania się bólów porodowych.

Co zaś do powikłań w ogólnym stanie matki lub dziecka, autor mniema, iż jeśli one już wystąpiły, to wtedy główka prawie zawsze już jest do tego stopnia ustaloną w miednicy lub też znajduje się w mniej lub więcej rozciągniętym dolnym odcinku macicy, tak, iż przedsięwzięcie w tych warunkach obrotu, wtedy jednakowo dla matki i dziecka niebezpiecznego, jest zupełnie przeciwskazane.

Jeszcze mniej niż obroty, dokonane po pęknięciu pęcherza, lecz wobec rozwartych ust macicy, mogą liczyć na usprawiedliwienie obroty zapobiegawcze, zastosowane wobec otwarcia niedostatecznego. Takich obrotów autor unika zasadniczo. WINTER zaś dostatecznie wykazał, jak złe rokowanie daje obrót w tych warunkach, nawet w miednicach prawidłowych.

Pozostają więc przypadki, w których mamy otwarcie zupełne lub prawie zupełne i pęcherz jeszcze zachowany. Co wtedy robić?

Nawet i w tych warunkach niezawsze należy dokonywać obrotu.

Przedewszystkiem u pierwiastek wykonanie obrotu może być połączone we wszelkich warunkach ze szczególnymi trudnościami i spowodować szkodę.

Z drugiej strony, jak uczy doświadczenie, u pierwiastek można z daleko większym prawdopodobieństwem oczekiwać pomyślnego przebiegu porodu w miednicach wązkich w położeniu główkowym, aniżeli u wieloródek. To też autor nie jest zwolennikiem obrotu zapobiegawczego u pierwiastek, nawet wobec korzystnych warunków.

U wieloródek—wobec zachowanego pęcherza płodowego i zupełnego otwarcia—badaniem stwierdzamy, iż w pewnych razach pomimo zwężenia miednicy, główka jest już tak odpowiednio do miednicy wstawioną lub też da się z taką łatwością do miednicy wepchnąć, iż z największą pewnością możemy oczekiwać pomyślnego rozwiązania w położeniu czaszkowym; niekiedy nawet—po pęknięciu pęcherza—zadziwiająco szybkiego. Oczywiście i w tych okolicznościach nie będzie nikt zmieniał zapobiegawczo położenia płodu.

Lecz znajdzie się zawsze niemała liczba przypadków, w których wobec odpowiedniego zwężenia, zachowanego pęcherza i zupełnego otwarcia, na mocy wywiadów o wynikach poprzedzających porodów wydaje się mniej lub więcej niepewnem, czy poród w położeniu główkowym odbędzie się bez trudności i szkody dla dziecka. Oto są przypadki, w których, zdaniem WOLFF'a, obrót i ekstrakcja zapobiegawczo dokonane być powinny i to wtedy, zanim pomyślne warunki przeminą.

Po takich obrotach można oczekiwać z absolutną prawie pewnością pomyślnego wyniku dla matki i dziecka, gdy tymczasem w razie wyczekiwania wynik dla dziecka w każdym razie byłby wątpliwy.

Co do korzyści jeszcze obrotu zapobiegawczego, w porównaniu z metodą wyczekiwania, autor przytacza przedewszystkiem zdanie OLSHAUSEN'a, iż niebezpieczne zgniecenia miękkich części rodnych prawie nigdy nie zdarzają się wskutek obrotów, w swoim czasie dokonanych.

Dzięki obrotowi poród może być znakomicie skrócony, co również niekiedy może być bardzo pożądane. Wreszcie obrót, dokonywany wobec zachowanego pęcherza i zupełnego otwarcia macicy, przedstawia wogóle stosunkowo lżejszy i prostszy zabieg, aniżeli te, do wykonania znacznie trudniejsze operacje, jakie w metodzie wyczekiwania mogą okazać się nieodzowne, a więc—obróć późniejszy, zastosowany późno po pęknięciu pęcherza, wysokie kleszcze, *craniotomia* lub symfizeotomia.

Co do niej WOLFF podkreśla, iż pomimo dobrych wyników, jakie za pomocą zabiegu tego otrzymali w klinikach ZWEIFEL i KROENIG, chyba nie będzie można liczyć na zabieg powyższy w praktyce ogólnej, do jakiej operacja ta, jak to oświadcza i HOFMEIER, wcale się nie nadaje.

Nic też dziwnego, iż operacja obrotu, jeśli dokonana być może w podanych wyżej pomyślnych warunkach, dzięki prostocie swej, stanowić będzie doniosły atut w ręku lekarza praktyka, zmuszonego do przeprowadzenia porodu w domu prywatnym.

Jako na pewne niekorzyści zabiegu wskazuje autor na znaczne niekiedy uszkodzenia płodu, jakie wśród ciężkiej ekstrakcy nastąpić mogą.

miednic ogólnie równomiernie zwężonych o *conj. vera* 8,3 do 10 ctm. 11¹⁾

Śród rodzących znajdowało się 26 pierwiastek i 91 wieloródek.

Co do dzieci, ogółem zmarło 30—podczas porodu lub wkrótce po porodzie; z liczby tej przypada na pierwiastki 7 dzieci, na wieloródki 23; śmiertelność tedy płodów u pierwiastek wynosiła 26,9%, u wieloródek 25,2%.

Co do oceny wartości obrotu zapobiegawczego dla płodów, autor sądzi, iż z wyników porównywania danych statystycznych nie możemy wnioskować o przewadze jednej metody postępowania lekarskiego nad drugą, natomiast w omawianej sprawie oprzeć się należy jedynie na rezultatach rozpatrzenia się w poszczególnych przypadkach.

W myśl powyższego autor przebiega przyczyny, jakie spowodowały śmierć płodów w poszczególnych przypadkach, uwydatniając należycie znaczenie tych czynników.

Za powód tedy śmierci płodów uważać należy:

zbyt duży niestosunek, zależny przeważnie od wielkości płodu, za wielki opór ze strony miękkich dróg porodowych i wreszcie wadliwe wykonanie operacji.

[D. c. n.].

IV. Z KLINIKI LEKARSKIEJ UNIWERSYTETU LWOWSKIEGO.

Przyczynek do znaczenia klinicznego wydzielania się chlorków w chorobach nerkowych

(*uraemia achlorica, stadium achloricum sine albumine M. Brighi acuti*).

Podał

Prof. Antoni Gluziński.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 17].

II. I. M., lat 21. Rozpoznanie kliniczne: *Pleuropneumonia crouposa ambilater. Bronchitis purulenta. Tumor lienis acutus.*

W przypadku tym ciężkiego schorzenia zachowanie się moczu wykazuje tablica III [patrz na str. nast.].

W przypadku tym ostrego ciężkiego zakażenia, najprawdopodobniej pneumokokowego, stwierdziliśmy, jak zwykle, zniesienie chlorków, ale równocześnie w osadzie i morfotyczne składniki, jakie przy ostrej alteracji nerki spo-

¹⁾ Trzech miednic brak.

T A B L I C A III.

Data	Ilość moczu	C. gat.	Ilość białka	NaCl ‰	Ilość dzienna NaCl.	Osad	UWAGA
15. VII. 1907	?	1021	śląd	?		Ciałka wypoci- nowe, moczany.	
16	600		"	0	0	Liczne wałeczki ziarniste, kilka szklistych, nie- liczne ciała czerwone.	
17	z rana 700 wieczo- rem 1000		0.5‰ "	0 0.09	0 0.9	"	Hipoder- mokliza fyzjol. NaCl.
18							
19	1650		"	0.04	0.65	"	
20	1270	1014	"	0.02	0.25	Nieliczne wa- łeczki ziarni- ste, ciała wy- pocinowe.	
21	650		"	0.025	0.2175		śmierć.

tykamy. I czyż znowu stan ten nie przypomina nam tego okresu wstępnego, jaki widzieliśmy przy ostrym zapaleniu nerek wskutek zakażenia szkarlatynowego, z tą samą cechą, którą i tam widzieliśmy, t. j., że z chwilą zjawienia się białka wydziela się więcej chlorków, a liczba elementów morfotycznych maleje.

Rozpoznanie anatomopatologiczne brzmiało [dr Nowicki]: *Pleuropneumonia lobaris lobi sup. et partis sub. lobi inf. pulm. sin. in stadio hepatis. rubrae et pulmonis dextri totius fere in st. hep. griseae. Bronchitis acuta mucopurulenta. Lymphadenitis acuta gland. peribronch. Tumor lienis acutus. Degeneratio parench. organorum, praec. renum.* We krwi ani za życia, ani po śmierci pneumokoków nie znaleziono.

Nerki wielkości odpowiedniej; torebka cienka schodzi dobrze. Powierzchnia gładka, wygiąd nerek ćmy [nerki gotowanej], mięsz kruchy. Mikroskop: Kłębki o pętłach naczyńowych silnie przekrwionych, przyblonki torebki BOWMANN'a tu i owdzie pozluszczane okazują zmiany wodniakowe [hydropiczne].

W świetle torebek w wielu miejscach masy ziarniste [białko? liczniejsze niż w przyp. I], które spychają do obwodu naczynia kłębka. Przyblonki kanalików napęczniałe, o pierwoszczy ziarnistej, zwężają lub całkiem zacieśniają światło cewek. Obfite złuszczenie się i rozpad przyblonków o jądrach blade lub całkiem się nie barwiących—zmiany te w wysokim stopniu rozwinięte. Gdziegdzie widzi się kanaliki o zupełnie martwiczych przyblonkach. Naczynia krwionośne, tak włosowate, jak i pnie większe obficie krwią wypełnione, a koło niektórych drobne nacieki drobnokomórkowe. Tkanka podścieliskowa zmian nie okazuje.

Wnioski. Obraz opisanych zmian drobnowidzowych odpowiada zwyrodnieniu mięszowemu bardzo znacznego stopnia, przechodzącemu już w wielu miejscach w martwicę, złuszczenie się i rozpad komórek przyblonkowych. Zmianom tym mięszowym towarzyszy przekrwienie zarówno naczyń kłębków, jak tk. podścieliskowej, a nawet pokazują się już bardzo nieznaczne nacieki drobnokomórkowe. Zaznaczyć należy obecność mas ziarnistych [białkowych] w torebkach BOWMANN'a, które są jedną z charakterystycznych cech zapalenia nerki.

Podobne uwagi nasuwać musiał i np. przypadek innego zakażenia.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 4 —

38. Riese. Przyczynki do chirurgii śledziony [ropnie i wyluszczenia].

Z przeglądu literatury i kilku osobistych spostrzeżeń autor wnioskuje, że oddzielające się (*sequestrierende*) ropnie śledziony wyróżniają się rodzajem ropy,

z domieszką nekrotycznych kawałków śledziony. Obecność tych ropni można stwierdzić z całą pewnością dopiero przez operację, jakkolwiek wywiady, pomijając objawy ogólne ropnia śledziony, wskazują na istnienie takich ropni, ponieważ one powstają najczęściej z zakaźnych zawałów śledziony, na drodze zatoru lub zakrzepu. W przypadkach śledziony zastoinowej autor gorąco odradza wycięcie tego narządu. Co do białaczki, to wycięcie śledziony, dokonane nawet w początku choroby, może nie okazać znaczącego wpływu na złośliwy jej przebieg, dlatego wspomniany zabieg winien być dokonywany tylko przy bardzo poważnych dolegliwościach, zależnych bezpośrednio od śledziony. Dolegliwości, spowodowane śledzioną wędrującą, znikają po jej wycięciu, które zwłaszcza jest wskazane przy skręceniu szypuły.

(*Deutsch. med. Woch.*, 1908, Nr 8).

W. Dobr.

39. Braun. W sprawie leczenia ostrych, groźnych dla życia krwotoków z wrzodu żołądka.

W liczbie zabiegów, skierowanych bezpośrednio przeciw ostremu krwawieniu z wrzodu, zasługuje na uwagę podwiązanie tętnic doprowadzających w pewnej kategorii przypadków. Jakkolwiek takie postępowanie nie jest bezwzględnie pewne, jednakże stanowi zabieg o wiele łatwiejszy, niż wycięcie wrzodu. Doświadczenie kliniczne, badania na zwierzętach i trupach dowodzą w pewnych przypadkach racjonalności i celowości obkłuwania większych naczyń żołądka (*a. gastrica sinistra*, *arcus coronarius*), pojedynczo lub w kilku miejscach. Najwdzięczniejsze do tego pole stanowią wrzody małej krzywizny. Przy krwotokach nagłych (*foudroyant*) należy łączyć obkłuwanie z jejunostomią; przy postaciach zaś, które nie są bezpośrednio śmiertelne, bądź ostre, bądź przewlekłe, można się zadowolić samą gastroenterostomią, lub też łączyć ją z obkłuwaniami.

(*Deutsch. med. Woch.*, 1908, Nr 8).

W. Dobr.

40. Sultan. Zeszywanie serca przy ranie postrzałowej.

Przypadek kazuistyczny, ciekawy jednakże z tego względu, że szew nałożono dopiero w 30 godzin po zadaniu rany, przyczem chory opuścił szpital w stanie zupełnego zdrowia. W literaturze znajduje się dotychczas ogłoszonych 15 przypadków zaszywania rany serca, z czego wyzdrowiało jednakże tylko 6 [=40%], przypadek zatem SULTAN'a jest siódmym z rzędu. Co się tyczy wogóle wskazania do obnażenia serca, to przystępować należy do tego zabiegu po wielkiej rozwadze, ponieważ wiadomo, jak dalece chory podlega niebezpieczeństwu zapalenia osierdzia, opłucnej i odmy piersiowej, jeżeli już szczęśliwie krwotok został zatamowany dzięki operacji. Skoro jednak lekarz przyszedł do przeświadczenia, że jedynie zabieg krwawy może uratować życie choremu, to należy obnażyć i rozciąć osierdzie, a nie ograniczać swej interwencji do przekłucia worka osierdziowego, jak to proponuje FELIKS FRANKE.

(*Deutsch. med. Woch.* 1908, Nr 7).

W. Dobr.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe dnia 3-go kwietnia 1908 r.

Przewodniczy p r y m. PISEK.

I. Prof. Mars przedstawia: a) preparat macicy ze zgorzlinowo rozpadającym się włókniakiem. Preparat pochodzi od chorej, która 3 razy rodziła, a następnie tyleż razy ronila. Po ostatniem poronieniu ustawiczne krwawienie, następnie odchody cuchnące, którym towarzyszy wysoka ciepłota, wreszcie wogóle objawy ogólnego zakażenia. U chorej tej jeszcze przed owymi ogólnymi objawami wykonano skrobinkę i rozpoznawano rozpadającego się włókniaka. Na wyluszczenie macicy chora nie chciała się zgodzić. Dopiero, gdy już wystąpiły groźne objawy, za zgodą chorej wykonano wycięcie nadpochwowe ze względu na skrócenie czasu operacji. Macica nacieczona ropą, wykazywała rozpadający się włókniak. Prelegent omawia pokrótce wpływ położu na włókniaki. Przypadek przedstawiony zasługuje na uwagę ze względu na korzystny wynik operacji mimo tak późno wykonanego zabiegu; b) chorą, którą operowano sposobem PICOL'a z Rzymu, z powodu wycisowania macicy po porodzie, a polegającym na przecięciu tylnej ściany wycisowanej macicy.

W dyskusyi *ad a)* zabiera głos prof. SOŁOWIJ, podając kilka szczegółów do przebiegu choroby u operowanej, która pierwotnie do niego się zgłosiła.

II. REIS omawia przypadek, w którym stwierdził gąsienice much w oczodole rakowo wrzodziejącym. U chorej zaniedbanej z nieuleczalnym rozpadającym się rakiem oczodołu wydobył z niego 240 sztuk gąsienic należących do rodzaju muchy złotej (*Lucilia*). Po krótkiej wzmiance historycznej z czasów przedantyseptycznych, w których pojawienie się gąsienic w ranach należało do rzeczy zwykłych, podaje prelegent dość skąpe piśmiennictwo, tyczące się muszycy oka, oraz dane różniczkowe, służące do oznaczenia pokrewnych rodzajów muchy na podstawie gąsienic.

W dyskusyi zabiera głos prof. GLUZIŃSKI, podnosząc, że podobne rodzaje gąsienic much atakują przewód pokarmowy, dając szereg nawet ciężkich przypadków, szczególnie u dzieci. SKAŁKOWSKI widział przypadki zanieczyszczenia gąsienicami wrzodów podudzia i to pod opatrunkiem. Prof. MACHEK zaznacza, że owo pojawianie się gąsienic pozostawało dawniej zwłaszcza w związku z nieodpowiedniem leczeniem. ZIEMBICKI W. omawia różne rodzaje larw spotykane w stolcach; szczególnie niebezpieczną jest spotykana w serze (*Pyophyla casei*).

III. NĘWICKI W. przedstawia: a) preparat wrodzonego braku znacznej części jelita grubego. U noworodka 5-dniowego, któremu z powodu typowych objawów niedrożności jelit założono *anus praeter*, znalazł brak prawie całego ramienia wstępującego i poprzecznego jelita grubego. Żołądek i jelita cienkie, szczególnie dolna część biodrowego bardzo rozszerzone. Kątnica kilkanaście razy powiększona, kończyła się ku górze ślepo gładką kopulastą powierzchnią; w świetle jej bardzo dużo prawidłowo zabarwionej smółki. Dalsza część jelita zaczynała się ślepym gładkim na powierzchni początkiem w zgięciu śledzionowem, jako bardzo cieniutkie skurczone zupełnie drożne aż do odbytu jelito, zawierające w sobie gęsty biały śluz. Na otrzewnej nie było żadnych zrostów lub śladów innych przebytego zapalenia, również żadnego w szczególności postronkowatego połączenia między obu ślepyimi końcami jelita. Żadnych wreszcie śladów po skręceniu, wglę-

bieniu lub uwięzieniu; przeciwko tym sprawom przemawia badanie drobno-widzowe owych ślepych końców. Prelegent przypuszcza, że jest to wała rozwojowa i w początkach rozwoju zarodka powstała, może na tle nierozwinięcia się odpowiednich naczyń. Zaznacza w końcu, że wśród wrodzonych niedrożności jelit najrzadziej spotyka się je w jelicie grubym i to w tak znacznym, jak tu, stopniu; b) preparat serca z wrodzonym brakiem w przegrodzie międzykomorowej i następowem tętniakowatym wypukleniem zastawki tętnicy głównej. Preparat pochodzi od mężczyzny 23-letniego, u którego za życia nie można było postawić pewnego rozpoznania. Otwór w przegrodzie międzykomorowej jest usadowiony bardzo wysoko, tuż pod odejściem tętnicy płucnej i głównej. Przez otwór ten wypukła się tętniakowato do komory prawej zastawka tętnicy głównej wraz z najbliższą okolicą, tworząc tętniak wielkości orzecha tureckiego, który pękł na swym szczycie.

WITOLD NOWICKI.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 22-go lutego 1908 r.

TREŚĆ: MĘCZKOWSKI.—Przypadek niepełnego porażenia z remisjami.
WIZEL i KRUKOWSKI.—Przypadek psychozy historycznej.
FLATAU i ZYLBERLASTÓWNA.—Przypadek nowotworu rdzenia z pomysłnym wynikiem operacyjnym.
BORNSTEIN.—Przypadek psychozy maniako-depresyjnej.
HIGIER.—Przypadek psychozy amnezycznej.

1. MĘCZKOWSKI przedstawił chorą, 38-letnią mężatkę, dotychczas zupełnie zdrową, która, jak opowiada, od dwu lat podlega okresowemu porażeniu niepełnemu wszystkich kończyn i mięśni szyi. Napady bywają tylko w zimie. Napad porażenia poprzedzają nieokreślone bóle w karku i w ramionach, parestezye; osłabienie stopniowo wzmacnia się i dochodzi do tego, że chora ręką do głowy dostać nie może, nie może chodzić; w pozycji siedzącej głowa opada jej na piersi. Taki stan osłabienia trwa 7—14 dni, poczem stopniowo wraca do normy. Takich ataków pierwszej zimy było trzy, drugiej cztery, obecnej trzy. U chorej brak jakiegokolwiek zaburzeń naczynio-ruchowych, mięśnie obecnie prawidłowo oddziałują na prąd elektryczny. Histeryę Męczkowski wyklucza i upatruje w danym przypadku pewną kategorię *myopathiae*.

W dyskusji FLATAU rozpoznaje w danym przypadku albo porażenie peryodyczne kończyn, albo myastenię paroksyzmalną. Podkreśla brak prostracyi podczas napadu.

HIGIER przyjąłby rozpoznanie porażenia peryodycznego kończyn, gdyby nie to, że okres porażenia trwa zbyt długo.

KOPCZYŃSKI zaznacza trudności stawiania rozpoznania, opartego jedynie na wywiadach. zaleca dalszą osobistą obserwację chorej i podkreśla ważność powtórnych demonstracji w podobnych przypadkach.

2. WIZEL i KRUKOWSKI przedstawili przypadek psychozy historycznej.

Chory, lat 14, przed 6-u laty przechodził tyfus, poczem wystąpił u niego *mutismus hystericus*, który trwał kilka tygodni, oraz napady historyczne, trwające do tej pory.

Choroba obecna rozpoczęła się przed pół rokiem przygnębieniem, które się wciąż potęgowało. W szpitalu stwierdzono u chorego pewne stymaty historyczne, a ze strony psychiki: zahamowanie myślowe i ruchowe, świadomość, orientację i samowiedzę zachowaną, brak zbroceń inteligencji, wybitną katalipsę, echopraksję, automatyzm rozkazowy oraz nadzwyczajną sugestyjność. Mówcy wykluczają w rozpoznawaniu osłupienie katatoniczne na mocy zachowanej inteligencji, zachowanej świadomości choroby, braku negatywizmu, wykluczają też osłupienie maniakalno-depresyjne z powodu nadzwyczajnej sugestyjności, właściwej tylko histeryi i przypominają w danym przypadku psychozę historyczną, symulującą dwa wymienione stany psychopatyczne.

W dyskusji STERLING nie wykluczał możliwości istnienia w danym przypadku psychozy maniakalno-depresyjnej, HIGIER przemawiał za możliwością istnienia kombinacji psychoz z histeryą. WIZEL podnosił, że histerya jest wielką naśladowczynią nie tylko chorób nerwowych, lecz i psychoz.

3. FLATAU i ZYLBERLASTOWNA przedstawili chorą, operowaną pomyślnie z powodu nowotworu rdzenia.

Chora, lat 40, przed 9-u miesiącami zaczęła doznawać silnego bólu w lewej stopie, a następnie w całej lewej kończynie i lewej połowie tułowia. Po kilku dniach bole w prawej kończynie dolnej. Po dwóch tygodniach osłabienie nóg. Chora położyła się do łóżka. W nogach występowały częste kurcze i drętwienia. Stopniowo osłabienie siły ruchowej w nogach potęgowało się, tak iż przed operacją porażenie kończyn dolnych było zupełne. Zaburzenia w oddawaniu kału i moczu. Wzmoczenie odruchów ścięgowych. Zaburzenia objektywne czucia pod postacią znieczulenia na dotyk, ból i ciepło od stóp do 3-jej przestrzeni międzyżebrowej. Zaburzenia te były chwonne. Na kilka tygodni przed operacją przy badaniu na wznak zaburzenia te dotyczyły przeważnie lewej połowy ciała; przy badaniu chorej, położonej do góry grzbietem dotyczyły przeważnie prawej połowy ciała. Na 3 tygodnie przed operacją kurcze w palcach lewej dłoni, osłabienie czucia w prawej kończynie górnej i na prawej połowie twarzy. Lewa szpara oczna i lewa źrenica nieco węższa, niż prawa.

Przekłucie łądwiewe wykazało 8 limfocytów w 1-m cent. sz. płynu.

Operacja, wykonana przez ODERFELDA, wykazała na wysokości 7-go kręgu szyjowego, pod oponą twardą nowotwór wielkości śliwki, uciskający lewą tylnoboczną połowę rdzenia. Po operacji chora uskarżała się na silne bole w obu kończynach górnych, w dwa dni zaś potem zaczęła zginać i rozginać stopy. W 10 tygodni po operacji chora już mogła chodzić bez podtrzymywania w obu stronach. Zaburzenia czucia, zwłaszcza w prawej kończynie dolnej, pozostały nadal. Mówcy podnoszą, iż jest to pierwszy u nas przypadek nowotworu rdzenia, wyleczonego drogą operacyjną. Za rozpoznaniem nowotworu przemawiał tu postępujący rozwój choroby, bezskuteczność leczenia specyficznego. Mikroskop wykazał, iż jest to *sarcoma fusocellulare*. Być może w rdzeniu nowotwór ten nawrotów nie da.

W dyskusji ODERFELD podał szczegóły techniki operacyjnej, HIGIER podkreśla częstość powikłań podobnych operacji przez ropne zajęcie opon,

podkreśla potrzebę operowania wyżej, niż na to wskazują wyniki badań czucia, a zmienność zaburzeń czucia przy leżeniu na wznak i na brzuchu H. uzależnia od wahań w krążeniu krwi przy minimalnem nawet balansowaniu guza podczas zmiany pozycyi chorej.

4. BORNSTEIN przedstawił przypadek psychozy maniakalno-depresyjnej.

Chora, lat 17, uważana była za dotkniętą *dementia praecoxe*. Chora przez rok była niedostępna, chowała się pod kołdrę, całymi dniami nic nie mówiła. Po roku zaczęła siadywać na łóżku, rozglądać się po sali, niekiedy jeszcze i teraz siaduje po całych dniach, zapatrzona w jeden punkt, nie mówiąc ani słowa. Lekarzowi nie pozwala się badać, dotknąć, odpycha go, często znów interesuje się wszystkim, co się naokoło niej dzieje. Stereotypii w ruchach, ani katalepsyi, ani hallucynacyi stwierdzić nie można. Na zasadzie braku negatywizmu istotnego i jakichkolwiek wyraźnych oznak przytępienia umysłowego mówca odrzuca uczynione dawniej rozpoznanie *dementiae praecoxis* i rozpoznaje: stupor maniakalny w przebiegu psychozy maniakalno-depresyjnej.

W dyskusyi ŁAPIŃSKI przeczy podobnemu rozpoznaniu na podstawie zbyt długiego trwania choroby.

WIZEL zwraca uwagę na znaczenie anamnezy i katamnezy w podobnych do rozpoznania przypadkach i podnosi powrót w poglądach szkoły krepelinowskiej do rozpoznawania psychozy maniakalno-depresyjnej tam, gdzie poprzednio rozpoznawano *dementiam praecoxem*.

STERLING zaznacza, że dziś psychiatrzy przestali nadawać znaczenie zasadnicze objawom drobnym i powierzchownym.

5. HIGIER przedstawił przypadek psychozy amnezyjnej (typ *amnésie retro-antegrade*).

Chora, lat 50, przed laty 12-u, kiedy była w 6-m miesiącu ciąży, nagle po jakimś napadzie, zdaje się historycznym, zachorowała na obecną chorobę, a mianowicie: chora zapomniała prawie całą swą przeszłość, zarówno poprzedzającą wspomniany napad, jak i następujący po nim okres czasu. Zapomina po chwili wszystko, co się do niej mówi, zapomina po kilku dniach o śmierci swoich najbliższych i krewnych, nie poznaje ulic najbliższych. Nie orientuje się w przestrzeni i w czasie. Skłonna jest pokrywać luki pamięciowe rozwlekkami, jowialnemi opowiadaniem. U chorej stwierdziliśmy dysmnezye, paramnezye, konfabulacye trojakięgo typu, brak urojeń, zupełną świadomość choroby, nastrój apatyczny. Chora rozumie wszystko, widzi i słyszy dobrze, poznaje przedmioty i sposób ich użycia. Brak porażeń, dysfazyi, hemianopsyi, alkoholizmu, zapalenia nerwów. Dużo objawów historycznych (*globus, hemihypaesthesia* i inne). Mówca dowodzi, że wobec tylko co wspomnianych objawów historyi, wobec napadu historycznego, poprzedzającego tę *amnésie retro-antegrade*, wobec braku objawów alkoholizmu i *polyneuritidis*, rodzi się myśl, czy nie jest to histerya. Atoli bliższa analiza poszczególnych objawów, jak upośledzenia zdolności spostrzegawczej (*Merkfähigkeit*), braku orientacyi, konfabulacyi, zależnych i niezależnych od braku możności zapamiętywania wrażeń, przemawia za tem, iż histerya współistnieje tu z psychozą amnestyczną typu KORSAKOWA. Rokowanie wątpliwe, prędzej nawet złe, ze względu na długość choroby.

W dyskusyi STERLING zaznacza, że termin *amnésie retro-antegrade* został w danym przypadku użyty niewłaściwie, cierpienie u przedstawionej chorej jest typową chorobą KORSAKOWA.

BORNSTEIN kwestyonuje złe rokowanie, gdyż to w chorobach KORSAKOWA bywa często dobre.

WIZEL konfabulacyę u chorej uzależnia od luk pamięciowych.

FLATAU podnosi niezwykłość przypadku, a co do jego treści przypomina możliwość rozlanego stwardnienia kory mózgowej.

W odpowiedzi HIGIER podkreślał częstość rozpoznawania histeryi w przypadkach organicznej asymbolii, agnozyi, apraksyi i psychozy typu KORSAKOWA.

STANISŁAW KOPCZYŃSKI.

Wiadomości bieżące.

— Zjazd lekarzy w Ciechocinku.

Od Komitetu wystawy zdrojowej w Ciechocinku otrzymujemy z prośbą u zamieszczenie, co następuje:

W d. 8-m czerwca, to jest w drugim dniu Zielonych Świątek, odbędzie się w Ciechocinku jednodniowy Zjazd lekarzy i higienistów oraz członków komitetu honorowego wystawy.

Program Zjazdu jest następujący: punkt zborny d. 8-go czerwca w parku, o godz. 9 $\frac{1}{2}$ zrana. O godz. 10-ej zwiedzanie wystawy; o godz. 12-ej zwiedzanie łazienek oraz urządzeń balneotechnicznych zakładu kąpielowego; o godz. 2-ej wspólny obiad; o godz. 4-ej zwiedzanie warzelnii, tężni, willi ciechocińskich, jak również najbliższych okolic Ciechocinka [ruin Raciążka, brzegów Wisły, wodociągu we wsi Kuczka]; o godz. 7-ej wspólna konferencja; o godz. 10-ej bal, koncert lub teatr.

Komitet wystawy, pragnąc przygotować wygodne pomieszczenie wszystkim lekarzom, którzy w przededniu Zjazdu wieczornym lub nocnym pociągiem przyjadą do Ciechocinka, uprzejmie prosi wszystkich przyszłych uczestników zjazdu o wczesne zapisywanie się w sekretaryacie wystawy [Marszałkowska 110, tel. 130—30].

Termin zapisów kończy się w d. 15-ym maja.

— Regulamin pierwszej krajowej Wystawy zdrojowej w Ciechocinku 1908 r.

§ 1. Wystawa odbędzie się w Ciechocinku w parku zakładowym, w galerii spacerowej, w zamkniętym budynku, w specjalnie urządzonych pawilonach i kioskach dokoła galerii spacerowej oraz na placu zabaw.

§ 2. Otwarcie wystawy nastąpi dnia 7-go czerwca 1908 r.; czas trwania dwa tygodnie.

§ 3. Urządzeniem wystawy i wszystkimi jej sprawami zawiaduje Komitet, w skład którego wchodzi Członkowie Zarządu T-wa Przyjaciół Ciechocinka: panowie drzy: W. BIESIERSKI, K. CIĄGLIŃSKI, (wiceprezes) J. GRUDZIŃSKI, dr. L. LORENTOWICZ (sekretarz) dr. H. LUBOWSKI (prezes), A. PYRZ (skarbnik), dr. H. RUPPERT; oraz dr. F. ARNSTEIN, dr. J. BANDROWSKI (redaktor „Zdroju Ciechocińskiego“), inżynier R. BOJARSKI, St. GEMBCZYŃSKI, ks. kanonik E. MIRECKI, inżynier H. NEBELSKI, J. WOLMAN.

§ 4. Dla bezpośredniego zarządzania wystawą Komitet mianował Komisarzem Jeneralnym p. Cz. PIĄTKOWSKIEGO.

§ 5. Na wystawę będą przyjmowane okazy przemysłu krajowego, objęte programem wystawy lub stojące w bliskim z nimi związku, i dlatego Komitetowi Wystawy przysługuje prawo odmówienia w przyjęciu eksponatów nieodpowiednich.

§ 6. Sprzedaż eksponatów zezwala się na mocy prawideł, zatwierdzonych przez Komitet Wystawy.

§ 7. Na pokrycie kosztów urządzenia wystawy pobieraną będzie specjalna opłata za miejsca, zajmowane na eksponaty.

§ 8. Zalety wystawionych okazów będą we właściwym czasie poddane ocenie rzeczoznawców.

Na podstawie orzeczeń Komisji rzeczoznawców będą wydane wystawcom odpowiednie odznaczenia.

U w a g a. Okazy, wytwarzane za granicą, nie będą poddawane ocenie konkursowej.

§ 9. Komitetowi Wystawy przysługuje prawo urządzania zabaw, rozrywek, konkursów, kinematografu, koncertów, rozdawnictwa nagród, restauracji i cukierni, słowem wszystkich atrakcji, które mogą przyczynić się do powodzenia wystawy.

§ 10. Komitet Wystawy posiada własną pieczęć z napisem: I-a Wystawa Zdrojowa w Ciechocinku w 1908 r.

— Program Pierwszej Krajowej Wystawy Zdrojowej w Ciechocinku 1908 r.

I. Ekspozyty zdrojowisk i uzdrowisk krajowych.

II. Urządzenia balneotechniczne (maszyny, wanny, urządzenia elektro-hydro-mechano-terapeutyczne, inhalatory, termometry, zegary, wagi, urządzenia łazienek), odzież i bielizna kąpielowa.

III. Przetwory lecznicze, służące do przyrządzania i wzmacniania kąpeli (ekstrakty, lugi, szlamy, sole mineralne), mydła lecznicze.

IV. Środki odżywcze, stosowane w leczeniu kąpielowem (kumys, kefir, mleko bułgarskie i ich przygotowanie, przetwory chemiczne, mączki, ekstrakty, wina lecznicze i t. d.).

Wody mineralne, naturalne i sztuczne i ich przygotowanie.

V. Mieszkania: wzorowe urządzenie willi w planach i modelach (pokojów, kuchni i ustępów); ogrzewanie, kanalizacja wodociągi, dezynfekcja, oraz umeblowanie i dekoracje mieszkań, pościel, bielizna i t. d.

Odżywianie kuracjuszków (restauracje, kuchnie pensjonackie, kuchnie higieniczno-dyetyczne i t. d.), artykuły spożywcze, napoje, konserwy, suszone jarzyny i t. d.

VI. Środki przewozowe ogólne (kolejki podjazdowe, tramwaje, samochody, motocykle, rowery i t. d.) i specjalne (wózki do przewożenia chorych, welocypedy, lekytki, karetki i t. d.).

VII. Sport (gimnastyka, jazda konna, jazda na rowerze, pływanie, wiosłowanie). Hygiena ciała (odzież w ogólności, bielizna, trykotarze, obuwie, gorsety, kapelusze, rękawiczki, krawaty, parasole i t. d.). Przedmioty toalety z punktu higieny. Perfumerya i kosmetyki. Różne przyrządy do ćwiczeń ciała, gry z punktu higieny (tenis, krokiet, foot-bal i t. d.). Rozrywki kąpielowe (fotografia, muzyka, instrumenty muzyczne i t. d.).

VIII. Literatura balneologiczna, druki, plakaty.

— Świeżo założone (20 marca 1907 r.) koło medyków Wszechnicy Lwowskiej liczy 100-u członków zwyczajnych i 8-u członków korespondentów. Koło to brało czynny udział, dając pomoc we wzorowym urządzeniu X Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

— Komitet międzynarodowy dla podróży lekarskich w celach naukowych utworzył się w Berlinie pod przewodnictwem prof. v. RENVERS'a; prezesem honorowym jest prof. v. LEYDEN.

— Prof. CHROBAK opuszcza stanowisko kierownika II kliniki akuszerji-ginekologicznej w Wiedniu.

— Dr OPPEL mianowany został n. profesorem chirurgii w Akademii wojenno-lekarskiej w Petersburgu.

— Zmarł: Dr. L. ROGOZIN, prezes Rady lekarskiej w Petersburgu.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.