

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH DRA MED. E. FLATAUA W SZPITALU
ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM.

Jeszcze przyczynek do „migraine ophthalmoplégique“.

Podał

Dr Maurycy Bornstein,

b. asystent oddziału, ordynator oddziału psychiatrycznego tegoż szpitala.

W uzupełnieniu pracy mojej o „migraine ophthalmoplégique”, drukowanej w r. u. w „Gazecie Lekarskiej”, podaję następujący przypadek, który miałem sposobność spostrzeżać później.

16-letni D. S. z Zamościa skierowany został łaskawie na oddział do zbadania przez kol. L. ENDELMANA. Na tydzień przed przybyciem do szpitala chorego przez trzy dni bolała silnie głowa po prawej stronie; chory lokalizuje wyraźnie ból głowy na 2—3 ctm. z tyłu od zewnętrznego kąta oka. Kiedy ból minął, chory zaczął się skarżyć na gorszy wzrok w prawem oku: zaczęło mu się dwoić. Dwa lata temu przechodził podobną chorobę; również bolała go głowa i później źle widział na prawe oko, kiedy patrzył w lewą stronę; trwało to 2—3 tygodnie, później minęło, i chory wziął się do roboty. Matka chorego [55 lat] już od 15-u lat cierpi peryodycznie co 4 tygodnie na bardzo silne bole głowy z wymiotami; jeden z braci również cierpi na podobne bole głowy, ale nie tak częste i nie tak silnie. Z sióstr jedna choruje także na bole głowy, ale w stopniu mniejszym. Brat, który choruje na głowę, podobno cierpi również na serce. Co się tyczy chorego samego, to opowiada, że przed pierwszym napadem [dwa lata temu] nigdy nie podobnego nie miewał, również i pomiędzy 1-ym a 2-gim napadem był zdrów zupełnie. Podczas napadu nie miał ani wymiotów, ani mdłości. W miejsce bólu czuł tętnienie.

St. praes. Widoczne porażenie po stronie lewej *m-li obliqui superioris*: ruch gałki ocznej widocznie upośledzony przy spoglądaniu na dół i na wewnątrz. Badania na obrazy podwójne dokonał łaskawie dr FELIKS WINAWER. Wynik badania podajemy tu prawie dosłownie: „Obrazy podwójne znalazłem przeważnie w dolnej części pola widzenia, przyczem obraz oka prawego stoi niżej. Największa odległość między obrazami w kierunku pionowym, najmniejsze zaś pochylenie obrazu rzekomego [górnym końcem na lewo] ma miejsce po stronie lewej pola widzenia, t. j. przy addukcyi oka prawego. Obrazy jednoimiennie. Nie ulega więc wątpliwości, że porażony jest prawy *trochlearis*. W płaszczyźnie poziomej pola widzenia, już we środku, a więcej po stronie lewej, występują obrazy skrzyżowane, ale przyciem obraz oka prawego stoi niżej. Prawdopodobnie jest więc również porażony i mięsień prawy wewnętrzny [przy zbieżności niema jednak podwójnych obrazów“]. Badanie ustroju nerwowego nie wykazuje pozatem żadnych zmian. Specyjalnie stany źrenic i dno oka nie pozostawiają nic do życzenia.

9. II. 1907. Chory czuje się dobrze, żadnych bólów niema. Ruch gałki ocznej jeszcze upośledzony w kierunku ku dołowi i ku stronie lewej [t. j. na wewnątrz]. Dwojenie występuje jeszcze przy spoglądaniu w dół i na lewo [w dolnej i lewej części pola widzenia].

Chorego widziałem później w kwietniu: poza bardzo nieznacznym dwojeniem, był zdrów zupełnie.

Przypadek nasz zasługuje na specjalną uwagę z kilku względów. Nasamprzód na pierwszy plan występuje tu okresowe porażenie nerwu blokowego, co stanowi niezwykle rzadkość. Jak wiadomo, najczęściej ulega w tych warunkach porażeniu nerw okoruchowy, przyczem często występują powikłania w postaci dodatkowych [słabszych] porażień innych nerwów mózgowych; najwięcej wikła obraz kliniczny takiego okresowego czy nawrotowego porażenia nerwu okoruchowego znieczulenie w dziedzinie nerwu trójdzielnego [I-ej albo II-ej jego gałązki]; dalej porażone być mogą dodatkowo i inne nerwy ruchowe gałki ocznej, jak *abducens* i *trochlearis*; taki przypadek z całkowitą oftalmoplegią spostrzegali: BRISSAUD (*Leçons sur les maladies nerveuses*, Paryż, 1895), i CHABBERT; dalej bywają powikłania ze strony nerwu twarzowego [CAUTALAMESSA i MINGAZZINI¹⁾]. Wszystkie te uwagi dotyczą właściwie nawrotowego porażenia nerwu okoruchowego w sensie MOEBIUS'a, który, jak wiadomo, usiłował wyodrębnić to cierpienie od migreny właściwej, przyznając zresztą wiele punktów stycznych pomiędzy jedną a drugą chorobą. W krótkiej notatce niniejszej nie będę się wdawał w roztrząsanie tej spornej dotąd kwestyi, której poświęciłem zresztą więcej miejsca w pracy mojej poprzedniej; chciałbym tylko podkreślić te momenty, które w tym przypadku mogłyby przemawiać przeciw rozpoznaniu „*migraine ophthalmoplégique*“.

Przeciw migrenie przemawiałyby tutaj następujące względy:

¹⁾ u WILLBRAND'a i SAENGER'a. tom I, cz. II, str. 498.

1) Napad zarówno za pierwszym, jak i za drugim razem trwał kilka tygodni, [sam ból głowy trwał kilka dni], co w migrenie jest względną rzadkością.

2) Pomiędzy jednym a drugim napadem upłynęło dwa lata; w międzyczasie chory był zdrow zupełnie. Takie okresy pomiędzy jednym napadem migrenowym a drugim również należą do rzadkości niezwykłych.

3) Porażenie nerwu wystąpiło tu po bólu głowy, trwającym trzy dni, który z chwilą zjawienia się porażenia ustał zupełnie, jak to zazwyczaj bywa w t. zw. porażeniu nawrotowym.

4) Nie było żadnej „aury“, zwłaszcza wzrokowej, tak częstej w ciężkich przypadkach migreny.

Za migreną przemawia nasamprzód moment niezwyklej doniosłości, moment dziedziczności, na którego brak prawie stały specjalnie zwraca uwagę MOEBIUS w przypadkach nawrotowego porażenia nerwu okoruchowego.

Zarówno matka, jak i brat i siostra chorego cierpią na typowe napady migrenowego bólu głowy. Fakt ten jest tak poważnym argumentem, że zdolen jest, naszym zdaniem, obalić całkowicie powyższe argumenty *contra*, tem bardziej, że nie są one same przez się wolne od zarzutów, podnoszonych przez szereg innych autorów.

Możemy przypadek nasz uważać za migrenę z porażeniem nerwów okoruchowych jeszcze i z tego względu, że chodzi tu głównie o porażenie nerwu blokowego, z dodatkiem lekkiego porażenia nerwu okoruchowego, co zaś do tych skombinowanych postaci porażen, wypowiadają pierwszorzędni dzisiaj znawcy tej kwesty: WILLBRAND i SAENGER, następujące zdanie.

„Czy przypadki, w których oprócz nerwu okoruchowego dotknięte są w mniejszym lub większym stopniu inne nerwy mózgowe, jak trójdzielny, twarzowy, odwodzący i blokowy, zaliczyć wogóle wypadła do rozdziału o porażeniu nawrotowym nerwu okoruchowego i czy nie tworzą one osobnej grupy lub osobnych grup kilku,—to pozostawić należy przyszłym badaniom“ [str. 504, tom I, cz. II].

Sądźmy, że wobec niewątpliwej dziedziczności migrenowej, możemy w każdym razie powiedzieć, wyrażając się oględnie, że przypadek nasz stwierdza dosadnie ścisłą przynależność nawrotowych porażen nerwów czaszkowych do grupy migrenowej.

Co zaś się tyczy tego faktu, że tu na plan pierwszy obrazu klinicznego wysuwa się porażenie nerwu blokowego, to zaznaczyć wypada, że przypadek nasz, o ile zdołaliśmy stwierdzić, jest drugim w całej literaturze. U WILLBRAND'a i SAENGER'a znajdujemy jedynie wzmianki o przypadku LUZENBERGER'a, dotyczącym 29-letniego mężczyzny, który zasłabł nagle po kilkogodzinnym marszu w słońcu z odkrytą głową. Wystąpił ból głowy, mdłości oraz widzenie podwójne. Napady powtarzały się co 8 dni; zwiastunem było również, jak i w naszym przypadku, tętnienie w głowie; podczas napa-

du występowało napełnienie prawej żyły skroniowej i porażenie nerwu blokowego. Autor przyczynę napadu upatruje w peryodycznie występującem pęcznieniu *sinus cavernosi*, który mechanicznie uciskać miał pierwszą gałązkę nerwu trójdzielnego oraz nerw blokowy.

II. Z PRACOWNI I AMBULATORIUM DRA MIKOŁAJA REJCHMANA.

W sprawie rozpoznawania i leczenia rozszerzeń przełyku.

Podał

Stanisław Janczurowicz.

(Dalszy ciąg — Patrz Nr. 38).

Prześwietlanie promieniami ROENTGEN'a, wykonane przy łaskawym udziale dra BARSZCZEWSKIEGO, dało następujące wyniki: Radioskopia przełyku próżnego z rozmaitych stron nie daje pojęcia o kształcie rozszerzenia; oba śródpiersia widoczne są w postaci wąskich jasnych szpar; przełyk jest grubszy niż normalnie, jest jednak skurczony, tak, że konfiguracji jego rozpoznać nie można. Widoczne jednak jest: 1) niskie położenie prawej połowy przepony i 2) zgęszczenie prawego wierzchołka płuc. Po napełnieniu przełyku [chora wypijała 450 ctm. sz. zupy kartoflanej + 50 grm bizmutu; część tej mieszanki z większą ilością bizmutu wypła bezpośrednio przed puszczeniem promieni, a to w tym celu, aby lepiej uwydatnić powierzchnię górną płynu], cień od przełyku zlewa się znów z cieniami serca, kręgów i mostka, wskutek czego śródpiersia prawie znikają. Zresztą po napełnieniu tylko przez bardzo krótką chwilę rozpatrywaliśmy przełyk w bocznem prześwietleniu, aby nie zepsuć wyników radiografii z przodu. Zaznaczę jeszcze, że wkrótce po napełnieniu przełyku mogłem spostrzec u chorej objawy ogólne, jakie występują u niej stale po przyjęciu większej ilości pokarmów: ręce i nogi bardzo zimne i blade, twarz blada, obfity pot zimny wyłącznie na górnej połowie ciała, częstość tętna nie zmieniona; chora skarży się na lekkie klucie w 3 ej przestrzeni międzyżebrowej lewej, może jednak mówić i wogóle samopoczucie jej nie ulega głębszemu zakłóceniu.

Fotogram, który podaję w załączeniu, przedstawia, co następuje: przełyk jest rozszerzony na całej swej długości i przemieszczony *en masse* nieco na prawo; wierzchołek prawego płuca wyraźnie ściśnięty [stad tępość] i wogóle całe prawe płuco ściśnięte, stad wydłużenie płuca ku dołowi (*emphy*

sema), obniżenie dolnej granicy i nizkie położenie prawej połowy przepony. Przelyk uciska więc prawe płuco i powoduje objawy fizyczne; równoczesne istnienie sprawy gruźliczej jest wątpliwe. Przelyk ma przebieg pionowy; postać ma poniekąd klepsydrową, t. j. jest nieco przewężony w części środkowej—przynajmniej widoczne to jest z prawej strony; okolica nadwpustowa ma, jak przypuszczałem, formę lejkowatą.

Granica prawa zaraz w górze uciska wierzchołek płuca, idzie wciąż prawie po *linea mamillaris dextra*, pośrodku między 3-em—5-em zębem przedstawia lekkie wgłębienie, poczem znów wraca do poprzedniego kierunku i lekko zaokrąglając się, przechodzi ku dołowi i na lewo w żołądek. Wpust znajduje się na *linea parasternalis sinistra*, poniżej łuku zębowego. Granica lewa staje się dokładnie widoczną dzięki temu, że przyjęty bezpośrednio przed puszczeniem promieni na kliszę bismut dokładnie uwydatnił powierzchnię płynu. Zaczyna się więc ona na *linea parasternalis sinistra*, idzie po tej linii ku dołowi, przechodząc ją nieco w dolnej części na lewo. Mamy więc mniej więcej równomierne koncentryczne rozszerzenie przelyku na całej długości z niewielkim klepsydrowatym przewężeniem w części środkowej. Kierunek przelyku jest prawie prostopadły; ściana, o ile można sądzić, nie uległa większemu przerostowi; okolica nadwpustowa posiada kształt lejkowaty.

Przechodząc do wyprowadzania wniosków z opisanych powyżej przypadków zaznaczę przedewszystkiem, że przypadki te należy zaliczyć do samoistnych rozszerzeń przelyku, t. j. takich, w których przyczyna zmian ma swe źródło w samym przelyku i nie jest natury grubo anatomicznej, jak np. w zwężeniu organicznem wpustu lub ucisku z zewnątrz. Wspomnę, że MIKULICZ i MELTZER za przyczynę t. zw. samoistnych rozszerzeń przelyku uważają pierwotny skurcz wpustu. Przeciwnie ROSENHEIM przypisuje główną rolę pierwotnej atonii muskulatury przelyku, która wskutek towarzyszącego jej stanu zapalnego błony śluzowej wtórnie pociąga skurcz wpustu. Dla KRAUS'a zarówno atonia, jak i skurcz zależą od stanu paralitycznego włókien nerwu błędnego, z których jedne są nerwami ruchowymi mięśnia przełykowego, drugie zaś nerwami hamującymi wpustu. GLAS przychyliła się do poglądu MIKULICZA, ponieważ badanie anatomiczne jego przypadku wykazało przerost włókien mięśniowych przelyku, ezofagoscopia zaś—skurcz wpustu przy braku jakiegokolwiek stanu zapalnego. WESTPHALEN na zasadzie danych literatury, dzieli rozszerzenie przelyku pod względem etyologii na trzy grupy: 1) wywołane przez skurcz wpustu; 2) przez brak odruchowego rozluźnienia wpustu w akcie połykania; obie powyższe grupy mogą przechodzić jedna w drugą, wreszcie 3) wywołane przez pierwotną atonię przelyku. WESTPHALEN zalicza tu przypadki rozszerzeń przelyku, nie połączone ze skurczem wpustu, t. j. takie, w których sonda z łatwością przez wpust przecho-

dzi; jako przykład podaje przypadek NETTER'a. Taki sam podział przyjmuje i EINHORN. Zresztą, autor ten nadmienia, że w wielu przypadkach trudno jest na pewno powiedzieć, która z trzech powyższych ewentualności uwarunkowała chorobę.

Przedewszystkiem zaznaczę, że rozmaici autorowie w opisach przypadków rozszerzeń przełyku bardzo często określają przynależność danego przypadku pod względem patogenezy do tej lub innej określonej grupy przypadków. Tymczasem wnioskowanie o patogeniezie danego przypadku rozszerzenia przełyku na zasadzie jego fizjonomii klinicznej w lat kilka lub więcej od chwili pojawienia się pierwszych objawów choroby, jest zasadniczo błędne. NETTER np. zalicza przypadek swój do wywołanych przez pierwotną atonię przełyku na tej podstawie, że wpust przy sondowaniu nie okazywał silniejszego oporu; tymczasem wniosek ten okaże się bezpodstawnym, jeśli wziąć pod uwagę, że przypadek ten obserwowany był przez N. w 10 lat od chwili pojawienia się pierwszych objawów choroby, i że chory przez długi czas, właśnie w okresie obserwacji go przez N., sondował wpust bardzo grubą sondą [60 mm. obwodu]; niewątpliwie w przebiegu choroby musiały zdarzać się i długotrwałe skurcze wpustu—co zresztą widoczne jest z historii choroby—, z czasem osłabione pod wpływem wielu czynników, między innymi i sondowania, ponieważ tak grube sondy przy bardziej forsownem użyciu mogły sprowadzić nawet i parę wpustu. Inni autorowie podają jako etiologię cierpienia skurcz wpustu dlatego, że w ich przypadku ostatni występuje w sposób wybitny. Poniżej postaram się uzasadnić, że i ten pogląd jest mylny i że obecność skurczu wpustu w danym przypadku bynajmniej nie dowodzi, że był on pierwotną przyczyną, a nie skutkiem, lub współzrędnym objawem atonii lub rozszerzenia. Również i podział zjawisk skurczowych na skurcz wpustu i brak odruchowego rozluźnienia wpustu w akcie połykania wydaje mi się co najmniej przedwczesnym. Wątpię bardzo, czy wogóle stany te istnieją w czystej postaci, oraz, czy obserwacja kliniczna daje podstawę do ich odróżniania. Podział ten uważam za koncepcję czysto teoretyczną i prawdopodobnie nawet błędną. Sądzę, że daleko racjonalniej przyjąć jedynie istnienie skurczu wpustu, pojmując go jako wzmożenie czynności automatycznego mięśniowego mechanizmu—wpustu, podlegające rozmaitym wahanom w pobudliwości i natężeniu.

Zdaniem mojem, kwestyę patogeniezy samoistnych rozszerzeń przełyku należy ująć nieco inaczej. Przedewszystkiem należy się zastanowić nad tem, kiedy wogóle znajdujemy zastój pokarmowy w przełyku. Stany, w których przez czas krótki lub dłuższy lub też stale mogą być znajdowane w przełyku pokarmy, można podzielić na cztery grupy: 1) Niewielkie anatomiczne rozszerzenia przełyku, właściwiej rozciągnięcia, najsilniej wyrażone w dolnej części, połączone ze skurczem wpustu, bez właściwego rozszerzenia i zniekształcenia przełyku. Zastój niewielki, niestały. Chorzy czują potrzebę popijania kasków płynem; po napięciu się płynu, t. j. powiększeniu ciśnienia na wpust, pokarm przechodzi do żołądka. Niedawno spostrzegłem taki przypadek. P. O., lat z górą 50, z *carcinoma ventr.* uczuwa od dwu miesięcy utru-

dnienie w polykaniu. Każdy kęs musi popijać wodą. Na czezo wydobyłem z przyłyku 50 ctm. sz. płynu śluzowego, cokolwiek zabarwionego krwią; wpust nie wpuszcza, sonda zatrzymuje się nad nim. Drugiego dnia po śniadaniu wydobyłem z nad wpustu tylko duży kłęb śluzu, zmieszanego z nieznanymi śladami bułki; sonda z łatwością wchodzi do żołądka. W przypadkach tej grupy w okresie silniejszego osłabienia ścian przełyku i silniejszego skurczu wpustu wytwarza się krótkotrwały zastój. Możliwy jest powrót do stanu normalnego, możliwe też wytworzenie się stałego rozszerzenia i wogóle dla przypadków następnej grupy okres ten jest okresem wstępnym. 2) Rozszerzenia przełyku stałe, samoistne, połączone ze skurczem wpustu. Tu należą powyżej opisane trzy przypadki. 3) Rozszerzenie przełyku stałe, mianowicie nad zwężeniem organicznem wpustu. 4) Rozszerzenia przełyku ze strony żołądka wskutek parezy wpustu [przypadek CZYGAŃA]. Pewną analogię z grupą tą posiadają przypadki t. zw. *ructus nervosus*; w niektórych z nich istnieje rzeczywista pareza wpustu i pokarm przed przedostaniem się do gardła może przebywać czas jakiś w przełyku. Opisy przypadków wszystkich powyższych typów patologicznych można znaleźć w literaturze.

Dla mnie nie ulega wątpliwości, że pierwszą, jedyną, najbliższą, bezpośrednią przyczyną wszelkich rozszerzeń przełyku, zarówno niewielkich przemijających, *recte* rozciągnięć, jak i dalszych okresów ich—stałych, obszer-nych,— jak wreszcie rozszerzeń nie samoistnych, wtórnych na tle organicznego zwężenia wpustu, jest pierwotna lub wtórna atonia, t. j. osłabienie muskulatury przełyku. Sam przez się skurcz wpustu nie może spowodować rozszerzenia przełyku, bo bardzo często widzujemy długotrwałe przypadki skurczu wpustu, ba, nawet zwężenia organicznego, które nie pociągają za sobą rozszerzenia. Znaczy to, że u osób tych muskulatura przełyku utrzymuje się w dobrym stanie, a nawet ulega przerostowi, i albo wysiłek jej wystarcza by przepchać pokarm do żołądka, lub też w razie niemożności przepchania, pokarm wraca do gardzieli zapomocą ruchów perystaltycznych zwrotnych, przełyk zaś rozszerzeniu nie ulega. Dużo faktów może potwierdzić powyżej powiedziane. Niedawno badałem sondą przełyk 50-kilkoletniego silnego, dobrze zbudowanego, muskularnego mężczyzny, dotkniętego rakiem wpustu. Zwężenie było dość znaczne, jednak pokarmy, nawet stałe, przechodziły. Chory opowiadał, że czuje, jak kęs przez chwilę utrzymuje się w dolnej części przełyku, potem jednak po chwili czuje, że przełyk napręża się mocno i z trudem przepycha kęs przez zwężone miejsce. Przypadek ten dowodzi też, że w pewnych warunkach przełyk wykonywać może czynne ruchy perystaltyczne. Zresztą przerost ścian przełyku znajdowano niejednokrotnie i na sekcyach w połączeniu z rozszerzeniem lub zwężeniem przełyku [ZIEMSEN, LEICHTENSTERN, STRUEMPEL, GLAS]. Sam więc skurcz, i nawet zwężenie organiczne wpustu nie wystarcza do wywołania rozszerzenia; musi dojść jeszcze do osłabienia ściany przełyku, do atonii.

Atonia przełyku może być pierwotna i wtórna. Pierwotna atonia rozwija się, jak to niżej uzasadnię, równocześnie ze skurczem wpustu, atonia

żaś wtórna powstaje na tle skurczu wpustu, wywołanego przez inne uboczne przyczyny. Skurcz wpustu jest tu momentem preegzystującym, *causa movens* atonii i rozszerzenia, przyczem w każdym danym przypadku skurczu musi też istnieć przyczyna, która go wywołuje, jak to: powierzchowne lub głębsze uszkodzenia nabłonka na wpuście, wrzód okrągły żołądka w sąsiedztwie wpustu, silna nadkwaśność soku żołądkowego, rak, hemoroidalne rozszerzenia żył na wpuście wskutek zaburzeń w krążeniu, wreszcie *hystero-neurasthenia*. Wszystkie te przyczyny mogą spowodować skurcz wpustu, ten zaś wtórnie może pociągnąć za sobą atonię, ewentualnie w dalszym przebiegu—rozszerzenie. Bywa to jednak niezawsze, bo wiemy, że skurcz wpustu zdarza się znacznie częściej niż rozszerzenie przełyku; przeciwnie—często wytwarza się przerost ścian przełyku, który jest w możności zrównoważyć szkodliwość skurczu wpustu i zapobiedz powstaniu atonii i rozszerzenia. Rozszerzenie zaś powstaje w ten sposób, że w każdym jego przypadku ściana przełyku przechodzi powolną ewolucję, składającą się z szeregu następujących po sobie zjawisk hipertroficzych i atonicznych, która zwolna z powodu niedostateczności przerostu i nadmiernej siły czynników szkodliwych, prowadzi wreszcie do stałego rozszerzenia. Wszystkie powyższe uwagi odnoszą się i do ewolucji rozszerzeń przełyku na tle zwężenia organicznego wpustu.

Jednak obecność skurczu wpustu w pewnym danym przypadku samoistnego rozszerzenia przełyku nie przemawia koniecznie za tem, aby rozszerzenie rozwinęło się na tle i z powodu właśnie owego skurczu. Skurcz wpustu w samoistnych, nieskomplikowanych rozszerzeniach przełyku, powstałych wskutek pierwotnej, zarówno jak i wtórnej, t. j. wywołanej przez skurcz wpustu, atonii, jest w zasadzie stałym, naturalnym, patologicznym zjawiskiem, nierozdzielnie towarzyszącym, współrzednym objawem atonii i rozszerzenia przełyku. Jest on naturalnym w warunkach patologicznych skutkiem zaburzeń w mechanizmie nerwowym aktu polykania, koniecznym nasileniem funkcji wpustu wobec zmienionej chorobowo czynności przełyku. Istnienie skurczu wpustu dowodzi, że przełyk nie stał się jeszcze zupełnie bezwładną rurą, a zachował część funkcji, że nie zatracił jeszcze zupełnie charakteru przełyku. Zresztą skurcz nie trwa stale, a w zupełności umożliwia przedostawanie się pokarmu do żołądka. Rozszerzenie przełyku musi więc normalnie być połączone z pewnego napięcia stanem spastycznym wpustu. Zupełny stały brak skurczu w obszernych rozszerzeniach należy uważać nie za zbliżenie do typu patologicznie normalnych warunków, a za komplikację rozszerzenia, spowodowanego paręzą wpustu.

Jeżeli rozszerzenie przełyku powstaje wtórnie, t. j. w następstwie skurczu wpustu, to dowodzi to, że istnieją pewne ogólne warunki i miejscowe szkodliwości, które nie pozwalają wytworzyć się w dostatecznej mierze przerostowi. Pierwsze—są to upadek odżywienia i osłabienie organizmu, drugie—wadliwe jedzenie, t. j. szybkie łapczywe lykanie dużych, źle pożytych kąsków, oraz picie dużymi łykami oraz duszkiem. Wspólne te warunki prowadzą przez atonię do rozszerzenia.

Jeżeli zaś istnieją warunki do wytworzenia się dostatecznego przeroztu, oraz niema szkodliwości miejscowych, to rozszerzanie na tle skurczu wpustu nie wytwarza się i pokarm, nie mogąc przejść do żołądka, zostaje zapomocą ruchów perystaltycznych zwrotnych zwrócony do gardła.

W rozszerzeniach, powstałych na tle pierwotnej atonii przełyku, prawdopodobnie najczęstszych, istnieje zawsze mniej lub więcej silny skurcz wpustu, wyrażający się oporem wpustu przy sondowaniu. Skurcz ten rozwija się jednocześnie z atonią, jako jeden z objawów sprawy chorobnej, powstałej pod wpływem wadliwego jedzenia na tle osłabienia i wyczerpania organizmu. Jednak, gdy atonia przełyku może przejść, skurcz wpustu wskutek zmienionych warunków pobudliwości zwłaszcza u osób nerwowych ma skłonność do trwania w dalszym ciągu i już wtórnie może znowu spowodować atonię, a w następstwie i rozszerzenie przełyku.

Natężenie skurczu wpustu znajduje się w ścisłym związku ze stanem rozszerzenia, t. j. skurcz zwiększa się przy rozciągnięciu, sforsowaniu i osłabieniu jego ściany, zmniejsza zaś przy należytej kompensacji i pod wpływem racjonalnego leczenia. U osób wrażliwych natężenie skurczu wpustu zależy też od wpływów psychicznych. Praktyki chorych również mogą nasilić lub osłabić skurcz.

Wogóle można ułożyć następujący schemat etyologii samoistnych rozszerzeń przełyku [patrz schemat na str. nast.].

Opisane dotychczas przypadki samoistnych rozszerzeń przełyku zawsze były połączone ze skurczem wpustu, przyczem jednak stopień jego natężenia był bardzo rozmaity: od bardzo silnego do zaledwie wyraźnie odczuwanego oporu przy sondowaniu wpustu. Można więc przyjąć za fakt, że samoistne rozszerzenia przełyku mogą mieć pierwotną etyologię rozmaitą, lecz zawsze są połączone ze stanem spastycznym wpustu.

Jeżeli będziemy dokładnie wypytywać się chorych i obserwować ich, to przekonamy się, że atonia przełyku jest dość częsta. Przedewszystkiem zdarza się ona na tle ogólnego wyczerpania, upadku odżywienia, osłabienia, zwłaszcza u anemicznych i nerwowych kobiet. Chore takie mówią np., że jeść nie mogą, bo wszystko cokolwiek wezmą do ust „rośnie im zaraz w gardle“. Jest to wyrażenie charakterystyczne dla atonii przełyku. Tłómaczy się tem, że przy polykaniu muskulatura pewnej części przełyku nie jest w stanie wykonać swej czynności, a słabnie, przestaje obejmować kąsek, wskutek czego kąsek ten tylko w niewielu punktach styka się ze ścianą przełyku. Chory odczuwa to, jak gdyby powiększenie się kęsa. Jeżeli do tego przyłączą się pewne ruchy antyperystaltyczne, wywołane współistniejącym lekkim stanem spastycznym wpustu, a odczuwane przez chorych, jako lekkie nudności, chory mówi, że pokarm „nie chce mu przejść przez gardło“, jakkolwiek ma apetyt. Podobnie i wszelkie „udławienia się“, męczenie się jedzeniem, roz-

Roszerzenia przemijające
 [rociągnięcia atoniczne]
 lub rozszerzenia stale prze-
 tyku, połączone ze stanem
 spastycznym wpuśtu, ule-
 gającym rozmaitym waha-
 niom w swem natężeniu i
 pobudliwości pod wpły-
 wem wielu czynników, nie-
 kiedy nawet mogącym zni-
 knąć zupełnie, wskutek
 przyłączenia się pod wpły-
 wem pewnych czynników
 paryzy wpuśtu [do tej osta-
 niej grupy zbliżony jest
 przypadek Nettek'a].

Atonia pierwotna,
 rozwijająca się równocze-
 śnie z mniejszego lub wię-
 kszego natężenia skurczu
 wpuśtu, jako następstwo
 wadliwego jedzenia w sta-
 nach

Atonia wtórna, roz-
 wijająca się pod wpływem
 wadliwego jedzenia, jednak
 tylko u osób osłabionych,
 wyczerpanych, wycieńczo-
 nych z upadkiem odżywie-
 nia, nie zdolnych do
 kompensacyi, jako następ-
 stwo pierwotnego

osłabienia, wycieńczenia,
 wyczerpania, upadku odży-
 wienia na tle anemii lub
 neurastenii.

skurczu wpuśtu, wy-
 wołanego znów pewnymi
 specyjalnymi przyczynami
 jak: ranki na lub w okoli-
 cy wpuśtu, ostre stany za-
 palne, nadkwasność, zabu-
 rzenia w krwiodobiegu — *va-*
rices cordiae, carcinoma
ventr., *hysteria* i t. d.

pieranie w klatce piersiowej podczas jedzenia, uczucie potrzeby popijania kaską płynem, niektóre rodzaje bólu w przełyku podczas jedzenia, należy odnieść bez zastrzeżeń na karb atonii przełyku.

Za momenty, sprowadzające wadliwe jedzenie i przez to sprzyjające powstawaniu atonii przełyku, należy uważać następujące odstępstwa od normy: nadmierny apetyt, nasilający się niekiedy do uczucia bolesnego głodu, zmniejszenie wydzielania śliny, brak zębów, zbyt pośpieszne jedzenie. Rozpoznać atonię przełyku na zasadzie sondowania można wtedy, jeżeli sonda żołądkowa z nadmierną łatwością przechodzi przez przełyk, przyczem odczuwa jedynie bardzo słaby opór ścian; równocześnie może pojawić się bardzo lekki skurcz mięśni kurczących gardło, lub też lekki skurcz wpustu [sam przez się skurcz mięśni tych nie przemawia za atonią przełyku, gdyż często bywa oddzielnie i to w znacznie silniejszym stopniu u osób wrażliwych lub mających katar gardzieli].

Z kolei muszę przeprowadzić różniczkowanie moich przypadków z uchyłkami przełyku i kombinacjami rozszerzeń z uchyłkami. Przedewszystkiem zaznaczę, że istnieje pewien chaos w pojmowaniu terminów: uchyłek i rozszerzenie.

Autorowie, opisujący uchyłki, określają je jako „rozszerzenia ograniczonej części obwodu przełyku“ [EICHHORST], „ograniczone wypuklenia ściany przełyku“ [STRUEMPPELL], „jednostronne rozszerzenia przełyku“ [REJCHMAN], „rozszerzenia ograniczone“ [MINTZ], w przeciwieństwie do „rozszerzeń wszechstronnych rozlanych“ [REJCHMAN], „rozszerzeń wrzecionowatych, rozszerzeń rozlanych“ [MINTZ]. Widzimy z powyższego, że różnica między rozszerzeniem a uchyłkiem jest tylko ilościowa, rozszerzenie bowiem obejmuje cały obwód przełyku, uchyłek zaś tylko część jego. Tymczasem z klinicznym sensem pojęcia „uchyłek“ od dawna tradycyjnie łączone bywa pojęcie jakiegoś pobocznego kieszeniowatego rezerwuaru, posiadającego dno własne, w który to rezerwuar przy połykaniu dostaje się i tam zalega pokarm, bez możności opróżnienia drogą naturalną. W tem właśnie leży punkt ciężkości pojęcia „uchyłek“ w sensie klinicznym, nie zaś anatomicznym.

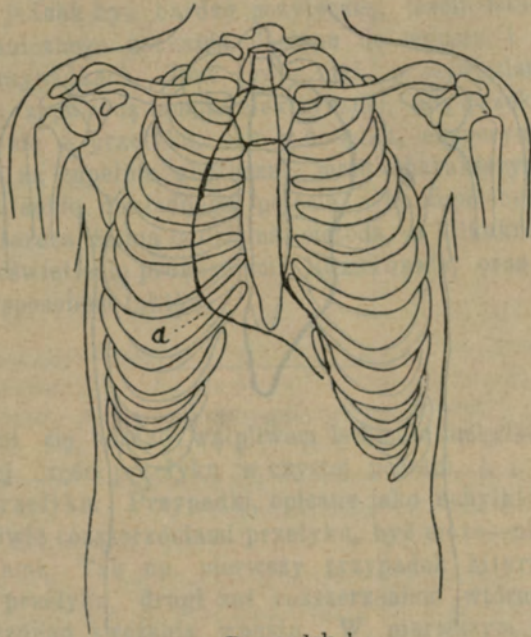
Istotnie, przekonamy się, że powyższy podział uchyłków na podstawie anatomicznej nie odpowiada potrzebom klinicznym. Składa się na to kilka przyczyn. Przedewszystkiem, nie wszystkie ograniczone rozszerzenia ściany przełyku posiadają kliniczne cechy uchyłka; wyobraźmy sobie np. łagodne kuliste lub eliptyczne rozszerzenie, *resp.* wypuklenie dolnej części przełyku, obejmujące tylko część obwodu; rozszerzenie to nie będzie dawać objawów uchyłka w pojęciu klinicznym [oddzielny rezerwuar z dnem własnem], a przeciwnie może dawać jedynie objawy rozszerzenia, t. j. dnem rezerwuaru zastoju będzie wpust. Dalej, zwykle nie jesteśmy w możności rozpoznać, czy rozszerzony jest cały obwód przełyku, czy też tylko część obwodu. Figury (główny) dają nam pojęcie o granicach bocznych, nie mówią zaś nie

prawie o przedniej i tylnej. Przytem przelyk prócz rozszerzenia może też uleść przesunięciu, a wtedy, rzecz prosta, jeszcze trudniej orzec, czy i która część obwodu pozostała niezmieniona. Na podstawie rentgenogramu niewiele tu można rozpoznać; pewne dane mogłyby tu dać prześwietlenie przelyku z różnych stron [rentgenoskopia], lecz i to nie we wszystkich przypadkach.

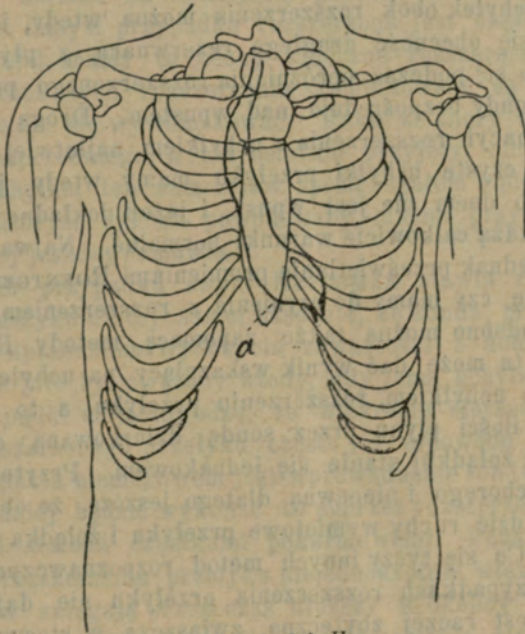
Tymczasem w celach terapeutycznych i prognostycznych jest dla nas bardzo ważnem wiedzieć, czy w danym przypadku mamy istotnie uchyłek w sensie klinicznym, czy też tylko rozszerzenie części lub całego obwodu przelyku. W pierwszym przypadku bowiem prognoza jest gorszą, objawy subiektywne przykrzejsze i leczenie trudniejsze. Dlatego wydaje mi się koniecznem stosowanie podziału oraz terminologii na podstawie klinicznej, nie zaś anatomicznej, t. j. uchyłkami nazywać boczne zagłębienia kieszeniowate lub workowate, powodujące zastój i posiadające dno własne, rozszerzeniami zaś wszelkie rozszerzenia, czy to części, czy też całego obwodu przelyku nad wpustem, których dnem jest właśnie wpust, znajdujący się w stanie skurczowym.

Jak się przekonać, czy w danym przypadku mamy do czynienia z rozszerzeniem, czy też uchyłkiem przelyku? Otóż, jeżeli sonda żołądkowa zatrzymuje się zawsze na jednym poziomie, jeżeli dno tego poziomu stanowi wpust, jeżeli po wyaspirowaniu zawartości z tej wysokości, innego zbiorowiska zastaju o dnie innym znaleźć się nie udaje, dowodzi to, że mamy do czynienia z czystym rozszerzeniem przelyku; jeżeli znajdujemy drugie zbiorowisko, to mamy do czynienia z kombinacją rozszerzenia z uchyłkiem. Próby takie wykonywałem u moich chorych. Po zupełnem i dokładnem przemyciu i opróżnieniu przelyku dawałem choremu do wypicia 1—3 szklanki wody lub mleka. Następnie wprowadzałem sondę aż do zetknięcia z wpustem i ostrożnie wydobywałem całą zawartość, unikając wszelkich ruchów sondą, aby nie pobudzić przelyku do ruchów wymiotnych, lekko aspirując, i co najwyżej wprowadzając trochę powietrza do przelyku, aby uniknąć zmian w ciśnieniu. Po wydobyciu wszystkiego płynu z nad wpustu, przyczem okazywało się, że ilość jego równała się ilości wypitego, starałem się znaleźć inne zbiorowisko płynu na różnych wysokościach i w różnych kierunkach, jednak ani centymetra sz. płynu nie udało mi się wydobyć. Dowodzi, to, że powierzchnie wewnętrzne rozszerzeń były równe i wskłębności nie przedstawiały.

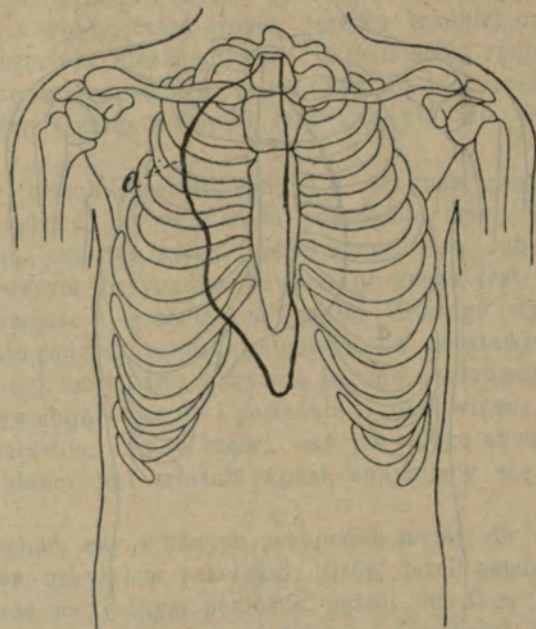
Jeżeliby jednak np. [patrz rys. na str. nast.] w przypadku pierwszym część a wskutek powiększania się zastaju i, co zatem idzie, osłabienia ścian opadała ku przodowi i na dół, to łatwo mogłaby się wytworzyć kieszeń z zastojem, czyli uchyłek [w sensie klinicznym] na tle i jako powikłanie rozszerzenia. Wogóle znaczne obniżenie ściany rozszerzenia stanowić będzie oddzielne zbiorowisko zastaju niezależnie od wpustu, czyli uchyłek. Może przyjść do tego, jeżeli rozszerzony przelyk zacznie się zrastać wskutek spraw zapalnych z leżącymi nakoło organami; wtedy z rozszerzenia samoistnego o gładkich ścianach może się wytworzyć rozszerzenie skombinowane z licznymi drobnymi uchyłkami.



Przypadek I.



Przypadek II.



Przypadek III

Rozpoznać uchyłek obok rozszerzenia można wtedy, jeżeli przy sondowaniu stwierdzi się obecność drugiego rezerwuaru z płynem zastojowym, nie opróżniającego się podczas opróżniania rozszerzonego przełyku, nb. przy położeniu końca sondy bezpośrednio nad wpustem. Drogą wykluczenia rozszerzenia i kombinacji rozszerzenia z uchyłkiem najłatwiej można rozpoznać uchyłek. Wogóle czyste uchyłki przełyku mamy wtedy, jeżeli znajdujemy rezerwar, którego dnem nie jest wpust, i jeżeli dokładne badania okolicy nadwpustowej wykażą całkowicie warunki normalne. Najważniejsze dane dla rozpoznania daje jednak prześwietlanie promieniami ROENTGEN'a.

Przekonać się, czy mamy do czynienia z rozszerzeniem, czy też uchyłkiem przełyku—podobno można także zapomocą metody RUMPEL'a. Zdaniem mojem, próba ta może dać wynik wskazujący na uchyłek i w zwykłym, nieskomplikowanym uchyłkiem, rozszerzeniu przełyku, a to wtedy, jeżeli po spłynięciu pewnej ilości płynu przez sondę dziurkowaną ciśnienie w obu jamach [przełyku i żołądka] stanie się jednakowem. Przytem próba ta jest zbyt uciążliwą dla chorego i niepewną dlatego jeszcze, że obecność dwu sond łatwo może spowodować ruchy wymiotowe przełyku i żołądka i tym sposobem zaciemnić wyniki. Co się tyczy innych metod rozpoznawczych, to sądzę, że ezofagoscopia w przypadkach rozszerzenia przełyku nie daje szczególniejszych wyników i jest raczej zbytęczą, zwłaszcza w stosunku do przykrości, jaką sprawia choremu. Pole widzenia w ezofagoskopie jest małe, sama zaś przemieszczalność rury nie wystarcza, by wyrobić sobie pojęcie o kształ-

cie rozszerzenia, zwłaszcza, że po opróżnieniu rozszerzenia przełyk kurczy się. Może ona jednak być bardzo pożyteczną, jeżeli istnieją dane ku podejrzeniu mechanicznego zatkania dostępu do wpustu, i wogóle w pewnych szczególnych przypadkach. Inne próby, jak prześwietlanie jamy przełykowej z wewnątrz zapomocą lampki elektrycznej, aby przekonać się, czy koniec sondy znajduje się w przełyku, czy w żołądku, eksperyment z czarną kawą i t. p.—uważam za zupełnie zbyteczne, mało charakterystyczne i niepewne. Dla wyrobienia sobie dokładnego pojęcia o konfiguracji i cechach rozszerzenia, nie wystarcza żadna oddzielna metoda, a kilkakrotne staranne badania sondą, prześwietlenie promieniami ROENTGEN'a, oraz logiczne powiązanie zdobytych tym sposobem faktów.

Wydaje mi się bardzo wątpliwem istnienie uchyłków [w sensie klinicznym] w dolnej części przełyku w czystej postaci, t. j. bez równoczesnego rozszerzenia przełyku. Przypadki, opisane jako uchyłki dolnej części przełyku, są właściwie rozszerzeniami przełyku, być może—niekiedy skombinowanymi z uchyłkami. Tak np. pierwszy przypadek MINTZ'a jest samoistnem rozszerzeniem przełyku, drugi zaś rozszerzeniem wtórnem, prawdopodobnie na tle organicznego zwężenia wpustu. W pierwszym przypadku MINTZ'a mamy w przełyku jamę, której dno zajmuje wpust, gdyż sonda wchodzi zawsze w jednym kierunku, zatrzymuje się zawsze w jednym i tem samym miejscu i po użyciu nacisku na to miejsce, przechodzi do żołądka. Bez względu na to, czy w danym przypadku rozszerzona jest część obwodu przełyku, czy też cały obwód, mamy tu cechy kliniczne rozszerzenia, a nie uchyłka. Czy w przypadkach tych rozszerzenia skombinowane są z uchyłkami, z badań MINTZ'a nie da się wywnioskować. Fakt, że chory wymiotował pokarm, przyjęty dnia poprzedniego, a nie ostatnio przyjęty, nie przemawia jeszcze za istnieniem uchyłka; ten sam objaw spostrzegałem u pierwszych dwu swoich chorych, u których był on powodowany innemi przyczynami, jak o tem poniżej obszerniej jeszcze pomówię.

W ostatnim przypadku swym REJCHMAN stawia rozpoznanie uchyłka dolnej części przełyku na tej samej zasadzie, że sonda przechodziła do żołądka dopiero po uprzednim wydobyciu zawartości z domniemanego uchyłka, czyli, że przełyk nie był zwężony wtedy, gdy jama uchyłka była pusta.

Otóż przypadki moje dowodzą, że w okresie sforsowania, t. j. rozciągnięcia ścian rozszerzonego przełyku często już z powodu samego tylko nasilenia skurczu wpustu niemożliwym jest wprowadzenie sondy do żołądka. Oczywiście, tem trudniej będzie wykonać to poprzez rozszerzony przełyk, wypełniony płynem i stałymi cząstkami pokarmowymi. Pozatem przypadki moje dowodzą, że w rozszerzeniu przełyku niejednokrotnie większe kawałki twardszych pokarmów zalegają przez czas dłuższy w okolicy nadwpustowej i powodują mechaniczną przeszkodę dla przedostawania się pokarmów, a więc i sondy do żołądka. Istnienie w przypadku tym bardzo głębokiego uchyłka,

rozpoczynającego się w środkowej części przełyku i leżącego równoległe z dolną częścią przełyku, również wydaje się wątpliwem.

REITZENSTEIN sądzi, że spostrzegał taki właśnie przypadek; mojem zdaniem, przypadek tego autora był jedynie gruszkowatym rozszerzeniem przełyku [analogicznie z moim drugim przypadkiem]. Przemawia za tem przede wszystkim symptomatologia, choćby szczegół, że chora przez lat kilka nie odczuwała żadnych dolegliwości, mianowicie, gdy zauważyła, że po wypiciu większej ilości wody „wszystko odrazu opuszcza się na dół“ [analogia z moim trzecim przypadkiem]. W razie obecności takiego uchyłka, jak to sobie wyobraża REITZENSTEIN, efekt powyższy byłby niemożliwy.

Również i opis przypadku JUNGA daje aż nadto materiału do zastrzeżeń.

Jeżeliby nawet w dolnej części przełyku formował się uchyłek, to teoretycznie należy przypuszczać, że mógłby on stać się jedynie pierwotną przyczyną rozszerzenia. Przypuśćmy np. że, zwolna wytwarza się uchyłek trakcyjny lub pulsyjny dolnej części przełyku. Gdy zacznie on utrudniać akt połykania, dojdzie do zatrzymywania się pokarmów nad wpustem, i do zastoju w przełyku. Skutkiem zastoju wtórnie wytworzy się rozszerzenie, zlewające się z początkowym uchyłkiem w jedną wspólną jamę nad wpustem.

Najprawdopodobniej uchyłki w dolnej części przełyku mogą być jedynie powikłaniami, czyli wtórnym skutkiem rozszerzeń przełyku, wynikiem dalszej ewolucji rozszerzeń, jak to powyżej wyjaśniłem schematycznie.

Symptomatologia rozszerzeń przełyku ulega zmianom w zależności od powikłania i wielkości rozszerzenia, przebiegu przełyku, kształtu okolicy nadwpustowej, oraz stanu wydolności muskulatury przełyku w danej chwili. Wskutek rozmaitych warunków miejscowych, każdy z opisanych powyżej trzech przypadków ma swe odrębne cechy symptomatologiczne. Istnieją jednak we wszystkich przypadkach rozszerzenia przełyku pewne cechy wspólne, czyli zasadnicze, zmieniające się jedynie w swem natężeniu, t. j. zmniejszające się w okresie dostatecznej wydolności ruchowej, nasilające zaś w okresie pogorszenia, t. j. niedomogi ruchowej. Tu należy wymienić przedewszystkiem uczucie ciężkości za dolnym końcem mostka po jedzeniu, niekiedy przyjmujące postać gniecienia, rozpierania. Dalej, rozmaitego rodzaju utrudnienia w połykaniu; dla ułatwienia łykania chorzy najczęściej zmuszeni są każdy kąsek popijać płynem. Nudności miewają, lecz wymioty przełykowe najczęściej sami sobie wywołują; zato zwracania przełykowe są częstszym objawem w początkowych okresach choroby. Zwrócę jeszcze uwagę na to, że w pierwszych dwu przypadkach rozszerzenie przełyku wpływało na sposób wymawiania, — prawdopodobnie wskutek zmiany rezonansu głosowego. Taki sam objaw istniał w przypadku FLAUMA i PECHKRANCA.

Przypadek trzeci jest szczególnie pouczający, daje bowiem pojęcie o ewolucji rozszerzeń oraz posiada znaczenie dla wytlómaczenia pewnych szcze-

głów, spostrzeganych w pierwszych dwu przypadkach. Jest to okres, w którym rozciągnięta już muskulatura ulega powolnemu przerostowi, który jednak przerywany jest ciągle okresami sforsowania, niewyrównania, czyli atonii; wynikiem czynników tych jest dalsze powolne rozszerzanie się przełyku. Objawy podmiotowe bywają wtedy najprzykrzejsze: utrudnienia w połykaniu, nudności, zwracania i wymioty przełykowe, uczucie duszności, ciężkość za mostkiem po jedzeniu. Później, gdy rozszerzenie dosięgnie już pewnej wielkości, tak, że w przełyku może pozostawać większa ilość pokarmu, nie przyczyniając choremu przykrości, gdy muskulatura przełyku utraci już swą naturalną odruchową drażliwość na obecność ciał obcych w przełyku, zwolna wytwarza się przystosowanie do istniejących warunków, umożliwiające choremu prawidłowe odżywianie, a polegające na tem, że przedostawanie się pokarmu do żołądka odbywa się zapomocą czynnych ruchów perystaltycznych ściany przełykowej. Jednak z powodu niezachowania pewnych ostrożności i powodowanej tem ciągle niedomogi czemnościowej przełyku, chorzy zmuszeni są ułatwiać sobie przechodzenie pokarmu do żołądka sposobami mechanicznymi, bądźto powiększeniem ciśnienia hydrostatycznego na wpust, bądź też powiększeniem ciśnienia gazowego w całym przełyku, czyli t. zw. niewłaściwie „gimnastyką“ przełyku. W obu razach idzie o przeforsowanie skurczu wpustu i przepchanie zawartości do żołądka.

Nieznaczne objawy podmiotowe, oraz kwitnący prawie wygląd trzeciej chorej wskazują, że obecna u niej forma rozszerzenia, jak się okazało pionowa, prawie cylindryczna z zakończeniem lejkowatym nad wpustem, jest najmniej niedogodną dla chorego. W stosunku do pierwszych dwu przypadków, przypadek trzeci wyróżnia się tem, że wskutek prostopadłego położenia przełyku na opróżnienie się jego do żołądka działają przeważnie siły ciężkości, w mniejszym zaś stopniu perystaltyka; wobec tego przerost muskulatury może tu być niewielki. Natomiast w pierwszym przypadku z powodu prawie poziomego położenia dolnej części przełyku na opróżnianie się jego muszą w znaczniejszym stopniu wpływać ruchy perystaltyczne i z tego powodu w przypadku tym należy przypuszczać istnienie znaczniejszego przerostu dolnych odcinków przełyku; potwierdzają to pewne spostrzegane w przypadku tym objawy, jak bolesne ściskanie za mostkiem, prawdopodobnie ponad wpustem i zwłaszcza skurcz dolnego odcinka przełyku, spostrzegany niekiedy przy sondowaniu.

W przypadku drugim kierunek przełyku był normalny, ale najbardziej rozszerzona była okolica, bezpośrednio przylegająca do wpustu, wskutek czego rozszerzenie posiadało kształt gruszki, cieńszym końcem zwróconej do góry, w której podstawie znajdował się wpust. Wobec takiej konfiguracji rozszerzenia prąd pokarmowy, przy opróżnianiu się przełyku do żołądka idący po osi wpustu, mógł pozostawiać na boku cząstki pokarmowe, leżące w bezpośrednim sąsiedztwie z wpustem z powodu niemożności porwania ich z sobą. Taka konfiguracja rozszerzenia tłumaczy fakt, że w przypadku tym wydobywałem pokarmy zjedzone przed przyjęciem ostatniego posiłku.

Ten sam objaw w pierwszym przypadku wobec lejkowatego zakończenia rozszerzenia nad wpustem, należy znowu tłómaczyć skrzywieniem przełyku, wskutek czego ciśnienie hydrostatyczne w dolnej części przełyku było słabsze i działaniu jego ulegały przedewszystkiem mniejsze i lżejsze cząstki pokarmowe, większe zaś i twardsze nie pulchniejące w wodzie, ciśnieniu temu mogły się przez czas dłuższy opierać.

Fakt, że w przypadku pierwszym i trzecim przełyk jest przesunięty trochę na prawo, czyli że prawa i tylna ściana jego są najsilniej rozszerzone, należy tłómaczyć w ten sposób, że największemu ciśnieniu w razie zastoiny w przełyku, oprócz wpustu, ulega, z powodu nieco ukośnego przebiegu przełyku, powierzchnia ściany prawej dolnej części przełyku, jak również tylna z powodu tego, że blisko połowę życia spędza się w pozycji leżącej [śpiąc].

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

81. Rudolf Stich. O wynikach operacyjnego leczenia gruźlicy stawu skokowego.

Wbrew ogólnemu prądowi konserwatywnemu w leczeniu większości form gruźlicy stawowej, w przypadkach gruźlicy stawu skokowego klinika GARRÉ'go posługiwała się zawsze w bardzo szerokim zakresie radykalnymi metodami operacyjnymi; STICH, docent i pierwszy asystent kliniki chirurgicznej w Bonn, w ciekawej pracy uzasadnia teraz ten sposób postępowania, opierając się na bogatej kazuistyce swego szefa.

Przeszło w 80% przypadków z tej kazuistyki cierpienie rozpoczynało się wcześniej, niż w piętnastym roku życia; już ten fakt, świadczący o zależności pomiędzy sprawą gruźliczą a sprawami wzrostu kości, każe przypuszczać, że postać kostna jest w gruźlicy stawu skokowego znacznie częstsza od postaci maziówkowej, i rzeczywiście, przeszło w 60% przypadków operowanych miano do czynienia z postacią kostną. Że jednak zachowawcze leczenie kostnych form gruźlicy jest zadaniem bardzo trudnym, na to zgodzić się muszą najgorętsi nawet zwolennicy metod zachowawczych. Powtóre, gruźlica przechodzi tu nadzwyczaj często na stawy sąsiednie [w połowie przypadków z kliniki GARRÉ'go] *per continuitatem*, udaremniając również w ten sposób wyniki leczenia zachowawczego.

Nie można się dziwić wobec tego, że chociaż w 73% przypadków GARRÉ'go rozpoczynano leczenie od zabiegów zachowawczych [gipsowe opatrunki i wstrzyknięcia jodoformowe], przecież tylko w 23% przypadków tej kategorii leczenie operacyjne było później zbyteczne, ponieważ wyniki osiągnięte były wogóle bardzo zadowalające, a przeszło w połowie przypadków *restitutio ad integrum* była zupełna. W 83% przypadków GARRÉ'go leczenie operacyjne było konieczne, i mianowicie w 69% przypadków tej kategorii, jako typowe wycięcie

według KÖNIG'a z dwoma bocznymi cięciami i zasadniczem całkowitem lub częściowem usuwaniem kości skokowej; rzecz godna najwyższej uwagi, że zabieg tak ciężki dawał jednak w znacznej większości przypadków wyniki zupełnie dobre, i—wbrew wszelkim oczekiwaniom—najlepsze u dzieci. Następne skrócenie nogi nie bywa tu nigdy tak znaczne, jak można się spodziewać, ponieważ, jak stwierdzono zapomocą promieni RÖNTGEN'a—kości pozostawione dostrajają swój wzrost, budowę i ustawienie do nowych warunków mechanicznych. STICH przytacza pouczający przykład, w którym jedena-stoletniej dziewczynie wycięto kość skokową razem z częściami piszczeli i kości piętowej, i pomimo to po dziesięciu latach noga była skrócona tylko o $1\frac{1}{2}$ ctm. i najzupełniej zdalna do użytku.

Ostatecznie można powiedzieć, że do prób leczenia zachowawczego nadają się tu tylko świeże przypadki bez przetok przy dobrym stanie ogólnym i w młodym wieku o ile promienie RÖNTGEN'a wykażą, że niema rozleglejszych zmian kostnych, a cierpienie ogranicza się do jednego tylko stawu. W innych warunkach mamy wyraźne wskazanie do leczenia operacyjnego, specjalnie do wycięcia, ponieważ takie półśrodki, jak łyżeczowanie, tu właśnie dają najmniej widoków powodzenia.

(*Deutsche med. Woch. 1908, Nr 28*).

J. Rzepko.

82. O. Förderl. Przyczynek do techniki usuwania guzów złośliwych.

Autor, docent i ordynator szpitala im. arcyksięcia Rudolfa w Wiedniu, bardzo słusznie zwraca uwagę, że po amputacji piersi, dokonywanej z powodu raka, nieraz bardzo szybko rozwija się znowu rak już nie jako wznowa z blizny, lecz jako miejscowy przerzut z okolicznych naczyń limfatycznych, których ewentualnego zwyrodnienia nie uwzględnia się zupełnie przy zwykłych metodach amputacji piersi. Wobec tego FÖEDERL uważa za rzecz konieczną operować w ten sposób, aby rak piersi był usuwany jako jedna całość z okolicowymi naczyniami limfatycznymi i najbliższymi gruczołami w otaczającym tłuszczu, zupełnie tak samo, jak postępujemy przy operacji raka piersi. W celu usunięcia gruczołów pachwinowych, FÖEDERL prowadzi jedno wielkie, poprzeczne, łukowate cięcie przez obie pachwiny; tą drogą wyluszcza się obustronne pakiety gruczołowe wraz z ich połączeniem nad spojeniem łonowem, nie oddzielając jednak tego połączenia od podstawy piersi. Od tego miejsca przechodzi się na piersię cięciem rakiętowem, w którego przedniej, podłużnej gałęzi zostają wyluszczone *en bloc* drogi limfatyczne, łączące raka na piersi z obustronnymi gruczołami pachwinowymi. W ten sposób po przecięciu ciał jamistych mamy w ręku preparat w kształcie litery Y, w której rozwidleniu można często już teraz znaleźć młode ogniska rakowate wtórne.

(*Wien. klin. Woch. 1908, Nr 23*).

J. Rzepko.

84. H. Spitz. W sprawie leczenia porażen zapomocą plastyki nerwów.

Jeżeli stosunkowo niezbyt jeszcze dawno dodatni wynik szwu nerwowego, zwłaszcza wtórnego, nie należał do rzeczy częstych, obecnie zato chirurgia nerwów postępuje olbrzymimi krokami, a do najpiękniejszych jej zdobyczy należy leczenie porażen zapomocą zespalania rozmaitych nerwów. Jako przykład przytoczyć możemy około 60-u opisanych przypadków „ożywienia” nerwu twarzowego przez zespolenie z nerwem do-

datkowym WILLIS'a lub podjęzykowym; zastosowanie analogicznej metody do leczenia porażań na kończynach ma przed sobą wielką przyszłość w chirurgii ortopedycznej, jak to widzimy ze sprawozdania H. SPITZY'ego, kierownika chirurgiczno-ortopedycznego oddziału przy uniwersyteckiej klinice pedyatrycznej w Hradcu.

Do najczęstszych porażań na kończynach należy poliomyelityczne porażenie nerwu strzałkowego; jeżeli porażenie to jest całkowite, plastyka ścięgien niewiele już może pomódz i trzeba uciekać się do plastyki nerwów, „ożywiając“ nerw strzałkowy zapomocą nerwu piszczelowego. Odróżniamy wogóle obwodowe i ośrodkowe zszczepianie nerwów, zależnie od tego, czy wszczepia się całkowicie lub częściowo obwodową część nerwu porażonego w nerw zdrowy, czy też przeciwnie ośrodkową część nerwu zdrowego wszczepia się częściowo w nerw porażony. W danym razie odsłaniamy obydwie nerwy w mowie będące cięciem przez środek dołu podkolanowego, następnie zaś przecinamy porażony nerw strzałkowy i obwodową część wszywamy w podłużną szparę nerwu piszczelowego, albo przeciwnie oddzielamy od nerwu piszczelowego podłużny płat z ośrodkową podstawą i wszywamy go w szparę nerwu strzałkowego; pierwsza metoda [całkowite obwodowe wszczepienie] jest właściwsza wtedy, gdy i nerw piszczelowy nie jest zupełnie zdrowy, w przeciwnym zaś razie możemy zastosować bez obawy drugą metodę [częściowe ośrodkowe wszczepienie]. O przebiegu przypadków leczonych w ten sposób daje dobre pojęcie następujący przykład z własnej praktyki SPITZY'ego. Zastosowano tu całkowite obwodowe zszczepienie u dwurocznego dziecka, dotkniętego całkowitem porażeniem nerwu strzałkowego; po 2 $\frac{1}{2}$ dopiero miesiącach powróciły ruchy dowolne w długim rozginaczu wielkiego palca; czucie zaczęło powracać po 3 $\frac{1}{3}$ miesiącach równocześnie z dowolnymi ruchami we wspólnych rozginaczach palców, ale brakowało jeszcze wrażliwości na drażnienie faradyczne; po 4 $\frac{1}{2}$ miesiącach powróciły dowolne ruchy w mięśniach strzałkowych, tylko miesiąc piszczelowy przedni wciąż jeszcze nie odzyskiwał ruchliwości, i dopiero po 8 u miesiącach zaczął dawać znaki życia; skrócenie ścięgna wystarczyło wtedy jednak zupełnie, aby powrócić mu zdolność do pracy, i dziecko chodzi zupełnie dobrze do dzisiejszego dnia [trzy lata od operacji]. W drugim zupełnie podobnym przypadku operowano dziecko jeszcze młodsze [13-miesięczne]; tu po dwu latach od operacji stwierdzono zupełnie prawidłowe ruchy w mięśni piszczelowym przednim i wszystkich rozginaczach palców, strzałkowe zaś mięśnie były wciąż jeszcze w stanie niedowładu, na który równie skuteczną radą było skrócenie ścięgien; przy tej wtórnej operacji zwracał uwagę centkowany wygląd mięśni strzałkowych z odcinającymi się ciemnoczerwonymi [zdrowymi] i żółtymi [zwyrodniałymi] miejscami. SPITZY w 10-u jeszcze przypadkach ożywił w ten sposób nerw strzałkowy za pośrednictwem nerwu piszczelowego, w jednym przypadku pojedynczą gałąź nerwu strzałkowego za pośrednictwem głównego pnia, w trzech przypadkach nerw piszczelowy zapomocą nerwu strzałkowego; wynik bywał mniej doskonały w tych tylko razach, jeżeli porażenie rozciągało się po części i na nerw „życiodajny.“ PEKHAM, TUBBY, SHERRIN, HACKENBRUCH, HENLE, YOUNG przyczynili się niemało do wykazania praktycznej doniosłości plastyki nerwów goleni. Nerwy innych okolic kończyny dolnej są mniej do tego podatne; wprowadzić SPITZY próbował ożywić nerw udowy przez całkowite ośrodkowe wszczepienie powierzchownej gałęzi nerwu zasłonowego [wynaajduje się ją bez trudności pod powierzchowną warstwą mięśni przywodzących], a VAN DEN BERGH przez całkowite obwodowe wszczepienie w nerw kulszowy, ale wyniki ich były mało zadowalające.

Nadzwyczaj wdzięczne pole do plastyki nerwów nastrocza kończyna górna, gdzie natomiast plastyka ścięgien daje mniej widoków; wielkie nerwy

mogą tu być odszukiwane wszędzie z łatwością, i wszędzie można zastosować częściowe ośrodkowe wszczepianie. Zapomocą częściowego wszczepienia nerwu pośrodkowego w nerw promieniowy SPITZY wyleczył np. całkowite, datujące się od urodzenia urazowe (*fract. colli humeri*) porażenie nerwu promieniowego u 12-letniego chłopca; w dwa miesiące po operacji były już możliwe niektóre ruchy wyprostne ręki; po sześciu miesiącach wszystkie porażone mięśnie poruszały się, a po 9-u miesiącach po operacji ruchy ręki były bez zarzutu; obecnie, w trzy lata po operacji chłopiec bez trudności gra na fortepianie ręką niegdyś operowaną. SPITZY wymienia trzy jeszcze przypadki operowane przez siebie według tego samego typu. Dla plastyki nerwów w przypadkach porażen porodowych bardzo dobre metody podali i z powodzeniem wypróbowali KENNEDY i WARREN LAW. Operacje tak subtelne wymagają bardzo ostrożnej roboty; trzeba przede wszystkim unikać ucisku i zbyt rozległego obnażania nerwów, starać się o dokładne przystosowanie przecięć poprzecznych, zabezpieczać miejsce szwu od ucisku tworzącej się blizny [według propozycji FORAMITTI'ego bywają stosowane w tym celu kawałki psich tętnic, utrwalone w formalinie]. Wynik częściowy jest już wielką zdobyczą, bo ułatwia nadzwyczajnie potrzebną, ewentualnie następczą plastykę ścięgien. Na czasowe objawy paretyczne w obrębie nerwów „życiodajnych“ trzeba być zawsze przygotowanym w razie zszczepiania ośrodkowego; objawy te, biorąc w ogóle, nie są trwałe. Kojarzenie ruchów w razie dodatniego wyniku początkowo musi być niedokładne, lecz odzyskuje prawidłowość stosunkowo uderzająco szybko; mechanizm kojarzenia pozostaje tu naturalnie zupełną zagadką.

(*Munch. med. Woch.* 1908, Nr 27).

J. Rzepko.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Przypadki, przedstawione na posiedzeniu XIII, XIV, XV i XVI.

SCHNEIDER przedstawia 18-letniego chłopca ze *situs viscerum inversus*. Wypukiem, przysłuchem i rentgenogramem można stwierdzić dekstrokardję. Prelegent omawia zapatrywania dotyczące się pochodzenia tej wady.

MEHRER przedstawia 18-letnią dziewczynę z chorobą RECKLINGHAUSEN'a. Na skórze całego ciała znajdują się liczne guzki wielkości orzecha włoskiego, często uszypulowane, oraz liczne rozrzucone plamy barwikowe [pigmentacje]. Badanie drobnowidzowe guzków wykazuje utkanie nerwiaka włókninkowego. Chora ma pewne zaburzenia przyrody nerwowej, jak skłonność do śmiechu, płaczu, obniżoną inteligencję i wymioty. M. omawia w końcu zapatrywania na przedstawioną chorobę.

SABATOWSKI przedstawia dwa przypadki *infantilismus*, okazał odnośne rentgenogramy. Jeden chory ma lat 32, wygląda zaś na 10; drugi lat 21, wygląda na 15. Inteligencja upośledzona, pomniejszony gruczoł tarczowy, brak zarostu, niedorozwój części płciowych. Kośćciec u obu wadły, brak skostnień między trzonami a nasadami stawowemi. Ciekawe to, że chorzy podają we wiadach ciężkie schorzenia we wieku, któremu odpowiada ich rozwój cielesny.

W rozprawach zabiera głos PROGULSKI, którego zdaniem przedstawione przypadki należy zaliczyć do kretynizmu. Sądzi, że należałoby tu stosować tyreoidynę, na co zgadza się również prof. BARĄCZ, podnosząc pomysłne wyniki otrzymane przez anglików.

JAWORSKI przedstawia: 1) chorego po wyjęciu ciała żelaznego z gałki ocznej, u którego w rok i 8 miesięcy po zranieniu oka odłamkiem żelaza wystąpiła wybitna żelazica (*siderosis*). Pomimo, że sprawa ta daleko postąpiła, oko uratowano w tym stopniu, że chory czyta drobny druk i widzi dość dobrze na odległość. 2) Nowy sposób operacyjny oderwania siatkówki. J. wychodzi z założenia, że przez wytworzenie blizny między twardówką, naczyniówką a siatkówką można oderwanie trwale uleczyć. W miejscu na większego oderwania prowadzi więc cięcie $\frac{1}{2}$ ctm. długie przez spojówkę, twardówkę, naczyniówkę i siatkówkę, która zostaje przecięta po odpłynięciu płynu surowiczego. Następnie cienkim katgutem zszywa ranę, prowadząc igłę przez twardówkę, naczyniówkę i siatkówkę. Na spojówkę zakłada zwykły szew jedwabny. W ten sposób postępując miał w przypadku oderwania siatkówki przez siebie operowanym, dobry wynik. Odnosnie do pierwszego przypadku podnosi d. c. BEDNARSKI brak zmian w plamce żółtej, a nadto konieczność zbadania pola widzenia na barwy.

Prof. MACHEK zaznacza, że operację przyszywania siatkówki znano już dawno. Zarzucono ją jednak z powodu wypadania ciała szklistego i bezcelowości, bo po pewnym czasie przychodzi zawsze do oderwania siatkówki w innym miejscu. Poleca leczenie zachowawcze.

Prof. BARĄCZ przedstawia szereg fotografii z zakresu choroby RECKLINGHAUSEN'a.

SOŁOMOWICZ przedstawia przypadek: 1) *Spondylose rhizomelique*. Chory, lat 48, obciążony dziedziczością, uczył po raz pierwszy przed 3-a laty ból i sztywność w karku. Potem wystąpiły bóle w stawach innych, a sztywność powoli obejmuje cały kręgosłup. Dziś zeszytywnienie tak znaczne, że chory nie jest w stanie wykonać najmniejszego ruchu. Ruchy w stawach [żuchwy] są również upośledzone. 2) *Syringobulbia*. Mężczyzna lat 24, dziedzicznie nieobarczony, przebył przed 2-a laty grypę, podczas której wystąpiła chrypka, stale się utrzymująca, nawet parestezye w prawej ręce. Badanie chorego wykazuje prócz znaków zwyrodnienia, jak asymetria twarzy, przyrośnięte płatki uszne, *paralysis n. recurrens dextri*, lekkie porażenie podniebienia miękkiego tejże strony, wybitny *nystagmus*; akomodacja i oddziaływanie na światło prawidłowe. Z odruchów: kolanowe i ścięgna Achillesa wzmoczone. *Clonus pedis* po stronie prawej. Stanie przy zesuniętych stopach wykazuje wahanie. Czucie nieznacznie zmienione w obrębie n. trójdzielnego i szyjnych. Prelegent zwraca uwagę na prawidłowość, z jaką postępuje znieczulenie w obrębie n. trójdzielnego i na łagodny przebieg choroby, która przeszło 2 lata utrzymuje się na jednym i tym samym stopniu rozwoju.

W dyskusji nad pierwszym przypadkiem zauważa ŚWITALSKI, że niesłuszne jest zdanie MARIE'go, że w tych przypadkach stawy drobne, jak palców są skostniałe, widział bowiem przypadki, gdzie występowały skostnienia. Zwraca uwagę na bolesność, występującą przy rozstawieniu nóg u chorych z początkową *spondylitis*, objaw, który może mieć nawet znaczenie rozpoznawcze. Prof. BARĄCZ radzi stosować kąpiele gorące. Pym. PISEK wspomina o fibrolysinie. SOŁOMOWICZ odpowiada, że stosowano różne zabiegi, także kąpiele siarczane, ale bez skutku. LITWINOWICZ, który zna chorego od 2-eh lat, podnosi typowy obraz całkowitego porażenia n. kolanowego wstecznego prawego z zanikiem porażonego więzadła.

PROGULSKI przedstawia 2-letnie dziecko z chorobą HIRSCHSPRUNG'a, u którego od urodzenia utrzymuje się stałe zaparcie stolca i wiatrów. Obwód brzucha 61 ctm. Prof. RACZYŃSKI podkreśla przebieg tej choroby, która polega na zastoju kału z powodu zbyt długiej esicy, przyczem, zdaje się, nie przychodzi od razu do rozwinięcia się choroby, ale są tu pewne okresy przejściowe.

Prof. BARĄCZ przedstawia przypadek twardzieli, obserwowany od kilkunastu lat z umiejscowieniem na nosie i górnej wardze. Stosuje elektrolizę z wcale dobrym wynikiem. W dyskusyi radzi RYDYGIER jun. stosować ROENTGEN'a.

Witold Nowicki.

XV Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

10-go i 11-go lipca 1908 r.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 39).

26. L. KRYŃSKI [Warszawa]. Przyczynek do leczenia operacyjnego zwichnięć wrodzonych stawu biodrowego u osób starszych

U panny 23-letniej zwichnięcie wrodzone w stawie biodrowym, główka udowa na talerzu biodrowym w bliskości grzebienia; skrócenie kończyny wynosi 11 ctm, chód bardzo utrudniony i bolesny. Całomiesięczny wyciąg spowodował zaledwie parocentymetrowe wydłużenie kończyny. K. wykonał zabieg krwawy: po odsłonięciu cięciem podłużnym okolicy stawowej okazał się zanik panewki, brak więzów obłego, główka nieco spłaszczona wysoko ponad stawem na talerzu biodrowym. Pomimo głębokiego uspienia i zastosowania wielkiej siły, nie udało się sprowadzić główki do poziomu zarosłej panewki, lecz o parę centymetrów wyżej. W miejscu tem wydlutował K. w kości talerza odpowiedniej wielkości i kształtu zagłębienie na nową panewkę, w którą wprowadził główkę i po zaszyciu rany ustalił całą kończynę w możliwie największej abdukcji. Po 5-u tygodniach zdjęto opatrunek i stopniowo doprowadzono kończynę do ustawienia prawidłowego. Obecnie w rok po operacji skrócenie wynosi zaledwie 3 $\frac{1}{2}$ ctm., w stawie nastąpiło zeszywnienie, chora nosi wyższą podszew i chodzi, prawie nie utykając.

Dyskusya: KADER, CHLUMSKY [Kraków].

27. A. TOMASZEWSKI [Kraków]. W sprawie leczenia operacyjnego złamań szyjki udowej po powstaniu stawu rzekomego.

Do najmniej wdzięcznych zadań dla chirurga należą złamania szyjki udowej wewnątrztorbekowe, które najczęściej goją się przez wytworzenie zrostu łączno-tkankowego, nie kostnego, lub też powstaje staw rzekomy. Po omówieniu metod postępowania w tych razach, przytacza T. sposób, jakiego użyte w klinice krakowskiej w jednym przypadku u kobiety 51-letniej ze stawem rzekomym po złamaniu szyjki udowej, mianowicie wbił prof. KADER dwa gwoździe z kości sioniowej przez krętarz wielki i szyjkę w główkę i złączył ze sobą w ten sposób odłamki; nadto wytworzył rodzaj palisady ponad stawem, wbijając w brzeg panewki szereg sztyftów kostnych. Obecnie chora, która przed operacją nie mogła poruszyć się bez kul, chodzi bez pomocy kija.

Dyskusya: KRYŃSKI [Warszawa], KADER [Kraków].

28. V. CHLUMSKY [Kraków]. O leczeniu gruźlicy stawów i kości.

Ch. przekonywa, aby w leczeniu gruźlicy stawów jak najmniej używać opatrunków gipsowych, jak najwięcej zaś przyrządów [Hessing'a], zaczynając stosować je wcześniej, niż to się dzieje zazwyczaj. Wpływa to daleko dodatniej na wyniki leczenia, a i koszt nie wynosi więcej wobec dłuższej trwałości

tych aparatów. Ch. występuje energicznie przeciwko zdaniu, wypowiedzianemu niedawno przez LORENZ'a, że w leczeniu *coxitis* dążyć należy zawsze do zeszczywnienia stawu w dobrem ustawieniu, i chce starać się zawsze o utrzymanie ruchomości.

Dyskusya: L. RYDYGIER [Lwów].

29. B. KADER [Kraków]. W sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego.

K. jest zdania, że operować należy każdy przypadek *appendicitidis* jak najwcześniej, najlepiej w ciągu pierwszych 24—48-u godzin, jak tylko rozpoznanie jest ustalone; po 48-u godzinach operuje K. również, o ile niema przeciwwskazań, do których zalicza wybitną poprawę stanu chorego i słabnięcie nasilenia sprawy z wyraźnym ograniczeniem się jej, lub też przeciwnie — beznadziejny stan chorego wskutek rozlanego zapalenia otrzewnej z przedziurawieniem wyrostka. Operując w przypadkach *peritonitidis* wskutek przedziurawienia, zawsze usuwa wyrostek, co niezawsze czyni w późnych okresach choroby, gdy operuje z powodu otorbenia ropnia okołowyrostkowego. Operacje „na zimno“ poleca w parę miesięcy po napadzie. Ze 150-u przypadków, które operował w klinice krakowskiej, 78 operowano „à froid“ [zmarł 1], w ciągu pierwszych 48-u godzin—11 [zmarł 1], po 48-u godzinach—17 z wycięciem wyrostka [zmarło 4], bez wycięcia wyrostka, tylko z nacięciem ropnia 40 [zmarło 5].

Dyskusya: L. RYDYGIER [Lwów], DEHNEL [Będzin], CZARKOWSKI [Warszawa] i prelegent.

30. T. OSTROWSKI [Lwów]. O raku wargi.

W przypadkach raka wargi nawroty po dłuższym czy krótszym odstępie czasu stanowią odsetkę niekiedy znaczną. Dla zapobieżenia im, w klinice lwowskiej stosują sposób operowania możliwie radykalny: cięcie podłużne przez środek brody i u podbródka, skąd widelkowato w obie strony wzdłuż brzegu żuchwy aż do jej kąta, wreszcie stąd ku dołowi wzdłuż brzegu *m. sterno-cleido-mastoidei*. Z tego ogromnego cięcia usuwa się możliwie dokładnie: tkankę podskórną i podśluzową wargi dolnej, gruczoły chłonne podbródka w linii środkowej, gruczoły podżuchwowe, obie ślinianki podżuchwowe, gruczoły chłonne wzdłuż mięśnia mostkowo - sutkowo - obojczykowego i wzdłuż wielkich naczyń szyi. Na 50 spostrzeganych przez prelegenta przypadków w klinice lwowskiej osiągnięto 60% wyleczeń trwałych, gdzie w ciągu lat trzech nie było nawrotu.

31. Z. RADLIŃSKI [Kraków]. *Pharyngotomia lateralis*.

Ta metoda operacyjna, stosowana w klinice krakowskiej, daje bardzo dobry dostęp do guzów jamy nosowo-gardłowej, szerzących się zarówno do góry na podstawie czaszki, jak i w dół ku krtani. Cięcie LANGENBECK'a wzdłuż brzegu *m. st.-cl.-mastoidei* od wyrostka sutkowego do poziomu rogów kości gnykowej. Znieczulenie lędźwiowe, co usuwa konieczność uprzedniej tracheotomii, ponieważ odruchy wyksztuśne są zachowane. W ciągu ostatnich 9 lat operowano w klinice krakowskiej 8 przypadków z 3-ma zejściami śmiertelnymi. R. przedstawia chorego, któremu tą metodą przed 8-u miesiącami operowano raka gardła.

32. R. BARĄCZ [Lwów]. Żebra szyjne a choroba RAYNAUD'a.

Omówiwszy anatomię, symptomatologię i leczenie w przypadkach żeber szyjnych, opisuje R. dwa spostrzegane przez siebie przypadki *gangraenae spontaneae Raynaudii*, w których zapomocą prześwietlenia wykrył istnienie obustronnych żeber szyjnych, wywierających ucisk na naczynia krwionośne. Radzi przeto w przypadkach tego cierpienia badać zawsze chorych w tym kierunku.

K.