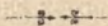


# GAZETA LEKARSKA

## I. PRZYCZYNEK DO SPRAWY POWSTAWANIA BIAŁYCH CIAŁEK KRWI.

Podąa

K. Horwitzówna.



W ciągu ostatnich paru dziesiątków lat nauka o krwi jest ciągle na porządku dziennym i dzięki wielu sumiennym pracom stale się rozwija. Pochodzenie czerwonych ciałek krwi nie podlega dziś żadnej wątpliwości, już bowiem w roku 1868-ym NEUMANN i BIZZOZERO uznali szpik kostny za ich źródło. Mniej pewne jest pochodzenie białych ciałek. Między nimi odróżnia się powszechnie ziarniste i bezzziarniste: ostatnie są to limfocyty, powstałe w gruczolach limfatycznych i śledzionie; pierwsze zaś, czyli leukocyty, pochodzą ze szpiku kostnego, lecz kwestya ich rozwoju nie jest jeszcze zupełnie wyjaśniona. Spotykamy bowiem w szpiku kostnym białe ciała w rozmaitych stadiach dojrzałości, w bardzo różnorodnej ilości, co nasuwa koniecznie potrzebę przesłedzenia ich rozwoju.

Stale znajdujemy w szpiku komórki ziarniste o blado barwiącem się, bądź owalnym, bądź wielokształtnym jądrze, otoczonem niezbyt wązkim pasem zarodzi, która zawiera w różnej liczbie ziarenka. Ziarenka te znowu klasyfikujemy według wielkości, a głównie według zdolności do barwienia się, na: 1) neutrofilowe czyli swoiste, najpospolitsze u człowieka — barwią się blado-fioletowo triacydem EHRLICH'a; 2) eozynofilowe, dość rzadkie; przyjmują barwniki kwaśne — eozynę — przyczem stają się pomarańczowe lub ceglaste; 3) zasadowe, rzadkie, barwią się na błękitno barwnikami zasadowymi, np. metylenblauem. Te ziarniste komórki noszą od EHRLICH'a nazwę myelocytów i stanowią bezpośredni podstopień zwykłych leukocytów, w które przechodzą przez rozpad lub zmianę kształtu jądra. Obok nich widzimy komórki na niższym stopniu rozwoju — o owalnym jądrze bez ziarenek lub z bardzo drobną ich liczbą. Są to tak zw. jednojądrowe leukocyty i formy przejściowe EHRLICH'a, lub zasadowe jednojądrowe limfocyty PAPPENHEIM'a. Prócz tego znajdujemy w młodym lub chorobowo zmienionym szpiku wolne od ziarenek komórki różnej wielkości, bardzo podobne do limfocytów, tak z kształtu, jak i ze zdolności do przyjmowania barwników.

Ciałka te, nazwane przez NAEGELI'ego myeloblastami, są w ostatnich kilku latach przedmiotem ożywionej dyskusji, gdyż różni autorowie różnie ich charakter, pochodzenie i rolę pojmują. Dla uproszczenia rozróżnimy dwie grupy autorów: Jedna uważa te komórki za też same z limfocytami, powstałe bądź na miejscu w szpiku, bądź też w narządach limfatycznych; wśród nich odróżnia ona większe, o słabo barwiącem się jądrze, i mniejsze, o ciemniejszym, uważając je za stadya rozwojowe, przyczem widzi w pierwszych właściwe komórki rodowe czyli hematogonie. Z tych, stojących na najniższym stopniu rozwoju, a najbardziej zmiennych ciałek powstają i duże jednojądrowe leukocyty, i małe limfocyty, a nawet czerwone — megaloblasty. Na tem stanowisku stoi głównie i przedewszystkiem PAPPENHEIM, który cytuje GULLAND'a, LUBARSCH'a, BENDE i USKOFF'a, powołując się na nich; z nim też zgadzają się BIEDL i DECESTELLO, którzy się opierają na badaniach krwi psa. Druga grupa autorów uznaje również przekształcanie się komórek bezziańnistych w ziarniste, ale inaczej klasyfikuje pierwsze. Należą one według niej do wielkiej grupy komórek limfoidalnych, ale nie są bynajmniej też same z limfocytami. Tego zdania są, prócz EHRlich'a i ENGELS'a, także HIRSZFELD, RUBINSTEIN, NAEGELI, MICHAELIS i WOLFF. Dwaj pierwsi najdawniej wyrazili pogląd, że ciała ziarniste powstają ze specjalnego rodzaju bezziańnistych, wielojądrowych komórek; ale na poparcie tego poglądu brakło im materiału faktycznego. Ten brak powetowali dwaj następni, ogłaszając wyniki swych badań nad szpikiem kostnym świnki morskiej, królika, szczura i ludzkiego embryonu. Znaleźli oni w szpiku komórki o różnej liczbie ziarenek, poczynając od paraledwo widocznych, aż do wielkiej liczby, wypełniającej całą zaródk; są to oczywiście różne stopnie rozwoju. NAEGELI znajduje swoje myeloblasty jedynie w szpiku i uważa je za właściwe elementy szpiku. Nadaną im nazwę usprawiedliwia on tem, że są one podstopniami myelocytów, a więc są do nich w stosunku analogicznym, jak normoblasty do normocytów, megaloblasty do megalocytów i t. p. Na mocy badań nad szpikiem ludzkim zdrowym i chorobowo zmienionym znalazł on cały szereg różnic, cechujących limfocyty i myeloblasty. A więc: te występują w różnych wielkościach, tamte raczej w jednej. Jądra dużych myeloblastów są owalne, jądra limfocytów — zawsze okrągłe, a także odznaczają się większem bogactwem chromatyny, nieprawidłowo ukształtowanej; zawierają one na pewno jąderka, których istnienie u myeloblastów jest wątpliwe.

NAEGELI znalazł też różnicę w barwieniu się między obu postaciami komórek, ale w późniejszym czasie stracił pewność co do wagi tej różnicy.

Wreszcie MICHAELIS i WOLFF wprowadzają pojęcie prakomórki mezenchymatycznej, którą uważają za zdolną do różniczkowania się w każdym kierunku. Od niej wyprowadzają komórkę limfoidalną, równoznaczną z myeloblastem NAEGELI'ego. Także SCHUR i LOEWY podają między innymi dla charakterystyki myeloblastów ten fakt, że ich nie znajdujemy w żadnych innych organach krwiotwórczych, t. j. ani w śledzionie, ani w narządach limfatycznych.

Jedynie pewnemi dla ścisłego odróżnienia myeloblastów i limfocytów są ich własności biologiczne. Tu ważne jest przedewszystkiem ich zachowanie

się pod względem rozwojowym. Komórki, pochodzące z narządów limfatycznych, a więc limfocyty, odznaczają się tak skończonym rozwojem, że nigdy nie przechodzą w inne postacie komórek. Na to twierdzenie zgadzają się EHR-  
LICH, MICHAELIS, WOLFF i inni. Natomiast z wielką pewnością spostrzeżo-  
no przemianę podobnych do limfocytów komórek szpiku w ziarniste myelocyty.  
Podnosi to głównie HIRSZFELD, który we wspomnianych wyżej doświadczeniach  
znalazł wszystkie możliwe stadia przejściowe między komórkami ziarnistymi  
a bezzziarnistymi, tak pod względem bazoofilii zarodki, jak i liczby ziarenek, co  
wszystko wskazuje na sprawę stopniowego dojrzewania. Nie widzimy tego ni-  
gdy w normalnych gruczolach limfatycznych. Na tym punkcie tylko GRAWITZ  
posiada pewne wątpliwości: ponieważ na preparacie nie można przesledzić roz-  
woju jednej i tej samej komórki, zaprzecza on wogóle możliwości przyjęcia kry-  
terium witalnego.

Ważne znaczenie dla odróżnienia myeloblastów od limfocytów mają na-  
stępnie dane kliniczne i anatomo-patologiczne. W wielu chorobach, w których  
znajdujemy leukocytozę, stosunek ilościowy różnych elementów szpiku zmienia  
się na korzyść dużych myeloblastów i postaci przejściowych. Znalazł to GRA-  
WITZ przy ropnym wysięku opłucnej, NAEGELI przy tyfusie brzuszny i niedo-  
krwistości złośliwej, gdzie szczególnie wzrasta liczba małych postaci myelobla-  
stów w szpiku kostnym. Niedokrwistość złośliwa nie stoi w żadnym związku  
z zaburzeniami narządów limfatycznych. To też z biologicznego punktu widze-  
nia trudno jest wyobrazić sobie, aby w tej chorobie prawdziwe elementy szpi-  
ku miały zginąć, aby na ich miejsce miały powstać limfocyty, i aby te w końcu  
miały zniknąć przy wyzdrowieniu. Należy raczej przypuścić, że toksyny obez-  
władniają czynność szpiku i wskutek tego przeszkadzają rozwojowi młodych  
bezzziarnistych elementów w dojrzałe, ziarniste. Stąd pierwszych względnie  
przybywa, drugich ubywa. Gdy działanie bakterii ustaje, proces dojrzewania  
odbywa się bez przeszkody i wszystko powraca szybko do normy.

Anatomia porównawcza daje także materiał dowodowy do stwierdzenia  
młodzieńczości myeloblastów i ich zdolności przeobrażania się w komórki ziar-  
niste. Odnośne spostrzeżenia zawdzięczamy PAPPENHEIM'owi, MEINERTZ'owi  
i HIRSZFELD'owi. MEINERTZ np. opisuje badania nad żółwiem, rybami, homara-  
mi, ślimakami i chrabąszczami. Znalazł on wielkie różnice w pojawieniu się,  
kształcie i zdolności do barwienia się ziarenek, liczne stopnie przejściowe. To  
samo stwierdził HIRSZFELD u świnki morskiej, szczura, królika. PAPPENHEIM  
wyprowadza wielojądrowe neutrofilowe leukocyty z bazofilowych jednojądro-  
wych limfo- lub leukocytów, a co ważniejsza — stwierdza u niższych zwierząt  
większą liczbę ciałek niezziarnistych, niż u człowieka.

Podobnych stosunków można się było spodziewać u ludzkich embryonów.  
Wspominają o tem już na mocy swych badań BLOCH i HIRSZFELD, którzy zna-  
leźli dużo elementów limfatycznych w szpiku embrjonalnym i młodocianym.  
Dla wzbogacenia niezbędnego w tym względzie materiału, zajęłam się bada-  
niem szpiku kostnego embryonów ludzkich. Zbadałam szpik w 12-u przypad-  
kach, w wieku od 4—5-go do 10-go miesiąca ciąży, w ciągu pierwszych 24-ch  
godzin po urodzeniu, *resp.* śmierci noworodka. Otrzymane z kości goleniowej

preparaty [[barwiłem triacydem EHRlich'a, metylenblauem, metylgryn-pyrominem PAPPENHEIM'a, błękitem azurowym MICHAELIS'a i wreszcie triacydem azurowym PAPPENHEIM'a. Najwięcej pożytku przyniosła mi wypróbowana metoda EHRlich'a. Jednak BLOCH i HIRSZFELD słusznie zauważają, że mimo istnienia tylu metod barwienia, budowa histologiczna szpiku kostnego pozostanie póty niedostatecznie zbadaną, póki nie zostaną wynalezione jeszcze lepsze metody. Dlatego wielu autorów stwierdza, że nie zdołali znaleźć różnic w barwieniu się między limfocytami a jednojądrowymi nieziarnistymi podstopniami komórek ziarnistych.

Dla przykładu przytoczę opis preparatu jednego z badanych przeze mnie embryonów, liczącego 7 miesięcy. Preparat, barwiony triacydem EHRlich'a, wykazuje na pierwszy rzut oka przeważającą liczbę czerwonych ciałek, zabarwionych na kolor blado-czerwony; stanowią one w przybliżeniu  $\frac{1}{2}$  ogółu komórek widocznych na preparacie. Pośród białych komórek pierwszeństwo ilościowe należy się bezzziarnistym, których zaródź barwi się tak słabo, że jest niewidoczna; poznamy je więc jedynie po zabarwionych na błękitno jądrach. A jądra te są różnej wielkości i niejednakowo mocno zabarwione; najliczniejsze są średnich rozmiarów, t. j. niewiele większe od czerwonych krążków, dość ciemnej barwy. Różnią się one od małych myeloblastów swą nieprawidłową budową, która sprawia, że każde poszczególne jądro barwi się niejednostajnie, miejscami jaśniej, to ciemniej. Występują one częstokroć gromadnie. Duże, jasno-błękitne postaci myeloblastów są tu rzadkie, zarówno, jak i postaci przejściowe, dla których jest właściwa skąpa ziarnistość neutrofilowa.

Ziarniste komórki szpiku są rzadkie. Przeważają wśród nich, jak zwykle, neutrofilowe, większe od eozynofilowych; cechują się one owalnym, dość jasnym jądrem, zoopatrzonem czasami w ciemniejsze ziarna, i otaczającą je, choć najczęściej zgromadzoną na jednym biegunie komórki, niezbyt obfitą ziarnistością, złożoną z drobnych, blado-liljowych ziarenek. Prawie równie licznie zdają się tu występować myelocyty eozynofilowe, o obfitszej, mocniej zabarwionej, błyszczącej i grubo-ziarnistej ziarnistości. Ziarenka częściowo pokrywają nawet jądro.

Wielojądrowych komórek ziarnistych nie spotykamy.

Pomiędzy czerwonymi komórkami widzimy nieliczne polichromatofilowe, t. j. mocniej na różowo zabarwione ciała. Natomiast liczne są krążki z jądrem o bledszej zarodzi. Wielkość ich jest bardzo różna, częste są nawet wielkie postaci — megaloblasty. Jądra same też różnej wielkości, okrągławe, ciemno-błękitne, lecz mało jednolite, często po parę w jednej komórce, lub wykazują wyraźny rozpad.

Liczebny stosunek różnych ciałek krwi wykazuje 85% myeloblastów, przeważnie więcej niż średniej wielkości, 15% myelocytów, w czym 5% eozynofilowych, między czerwonymi 4% zawiera jądra; co do wielkości są to przeważnie postaci przejściowe, rzadko wyraźne megaloblasty.

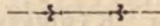
Zestawiwszy dane z 12-tu takich obrazów drobnowidzowych, otrzymałam pewne wyniki pozytywne, które w krótkości przytaczam. W szpiku kostnym ludzkich embryonów myeloblasty czyli bezzziarniste komórki szpiku, jako pod-

stopnie wszystkich bezbarwnych elementów szpiku, stanowią większość, bo 75—90% białych ciałek. Wielkość ich waha się między wielkością czerwonych ciałek a myelocytów. Stwierdzenie tego faktu wymaga wyraźnego odróżnienia myeloblastów od limfocytów. Narzuca się także fakt, że małe myeloblasty, bogate w chromatynę, spotykamy w młodszych stadiach rozwoju. Stąd możnaby je uważać za komórki rodowe. Zaród dużych myeloblastów staje się ciemniejszą i nabiera ziarenek, co je przekształca w myelocyty.

## II. PRZYCZYNEK DO LECZENIA SZKARLATYNY SUROWICĄ PRZECIWPŁONICZĄ.

Podał

Józef Brudziński.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 25].

W kwestyi rokowania w danym przypadku następują się duże trudności. Wogóle rokowanie w szkarlatynie opiera się na bardzo kruchych podstawach; doświadczenie uczy, że niektóre przypadki z rokowaniem początkowym zupełnie niepomyślnem, kończą się jednak pomyślnie. To też i w naszym przypadku nie można twierdzić z pewnością, że przypadek był bezwzględnie stracony i z samego faktu zejścia pomyślnego nie można wyciągnąć wniosku co do działania surowicy. Gdybyśmy nawet przypisać mogli uratowanie tego przypadku jedynie pewnej metodzie leczniczej, nie możemy tego twierdzić na pewno dlatego, że wobec ciężkiego przypadku stosowano różne metody lecznicze, pomiędzy niemi tak potężny środek podniecający, jak podskórne wstrzykiwania roztworu fizyologicznego soli. Wprawdzie wiemy z doświadczenia, że właśnie w szkarlatynie stosowanie nawet najpotężniejszych środków podniecających często zawodzi, nie przemawiałoby to więc samo przez się przeciw przeważnemu działaniu surowicy, gdyby działanie było wybitne i pozwalało wyciągać wnioski pewniejsze. Przypatrzmy się bliżej działaniu surowicy. Na ciepłość surowica okazała wpływ o tyle, że nastąpił znaczny [o 2,6°] spadek ciepłoty po pierwszym zastrzyknięciu, krótkotrwały jednak, gdyż w 22 godziny t° podniosła się znowu o 1,5°; drugie zastrzyknięcie wpłynęło również na obniżenie ciepłoty [o 1,7°] już 4-go dnia choroby; właściwie jednak t° spadała do normy dopiero szóstego dnia od początku choroby. Ponieważ w tym czasie w szkarlatynie ciepłota spada często samoistnie, nasuwałoby się pytanie, czy upatrywać w tym spadku ciepłoty działanie surowicy. Na to pytanie odpowiedzieć można twierdząco, gdyż wobec istnienia rozległego dyfteroidu gardzieli, spadku ciepłoty do normy na szósty dzień choroby nie możnaby się spodziewać. Wpływ na ciepłość nie wyczerpuje jeszcze działania środka leczniczego, który ma posiadać wpływ na istotę choroby; pozostają jeszcze objawy nerwowe, tętno, zmiany w gardzieli. Objawy nerwowe w przypadku tym nie ustąpiły zupełnie nawet po spadku ciepłoty;

dziecko było wciąż nieprzytomne, w stanie śpiączki tak, że surowica na objawy nerwowe w tym przypadku szybkiego działania nie wywarła.

Tętno po pierwszym i nawet po drugim zastrzyknięciu pozostało, jak i przedtem, szybkim, nikłym. Zastrzyknięcie surowicy nie wywarło szybko wybitnego wpływu na poprawę stanu ogólnego: skłonność do zapaści pozostała po zastrzyknięciu surowicy; stan ogólny w 48 godzin po zastrzyknięciu był jeszcze bardzo groźny. Wybitna poprawa stanu ogólnego wystąpiła dopiero na trzeci dzień po zastrzyknięciu surowicy. Wpływu surowicy na zmiany miejscowe w gardzieli bardzo rozległe bezstronnie ocenić nie można, stosowano bowiem jednocześnie iniekcye HEUBNER'a 3% rozt. *ac. carbol.* do migdałków, wprawdzie tylko 3 razy po  $\frac{1}{2}$  ctm. sz.

Wymioty i rozwolnienie, upoczywe przedtem, ustąpiły po zastrzyknięciu surowicy dość szybko.

Jednem słowem, w przypadku tym można obiektywnie wnioskować o dodatkiem działaniu surowicy jedynie z faktu szybkiej względnie poprawy i braku powikłań w przypadku bardzo ciężkim. Wybitnego, szybkiego działania surowicy w przypadku tym nie wywarła. KAMIĘŃSKI, który omawiał przypadek ten w artykule poświęconym surowicy przeciwploniczej [Gaz. Lek. Nr. 51 i 52—1903 r.], wyraża mniej więcej to samo zdanie. Z wrażenia, jakie się miało przy bezpośredniej obserwacji, możnaby wyciągnąć wniosek, że w przypadku tym należało odrazu zastosować dawkę podwójną [80 ctm.] i być może jeszcze na drugi dzień zastrzyknąć 40 ctm. Takie samo wrażenie wyniosłem z opisu przypadku MALINOWSKIEGO [G. L. 1903 str. 1232], gdzie zastrzyknięto tylko 50 ctm. Czy jednak doświadczenie dalsze potwierdzi to przypuszczenie i czy w przypadkach takich po zastosowaniu większych dawek działanie będzie więcej wybitne, trudno na razie przesądzać.

II. P r z y p a d e k d r u g i. Tadzio K., 1 rok, 3 mies. Dziecko nieźle odżywione, z objawami krzywicy średniego stopnia. Pierwsze objawy wystąpiły d. 29 października 1903 r. T. 39,2° w południe, 39,6° wieczorem. Wysypka dyskretna na całym ciele, szczególnie w zgłębieniach pachwinowych. Gardło zaczerwienione, czopków ani plam na migdałkach nie widać. Stan ogólny dobry. Tętno 140. Starsza siostra chorowała 5 tygodni temu na szkarlatynę w Żytomierzu; dzieci były oddzielone. Po upływie 4-ch tygodni pozwolono matce dzieci złączyć i odwieźć do Warszawy. W 4 dni po przyjeździe dziecko zachorowało z powyższymi objawami.

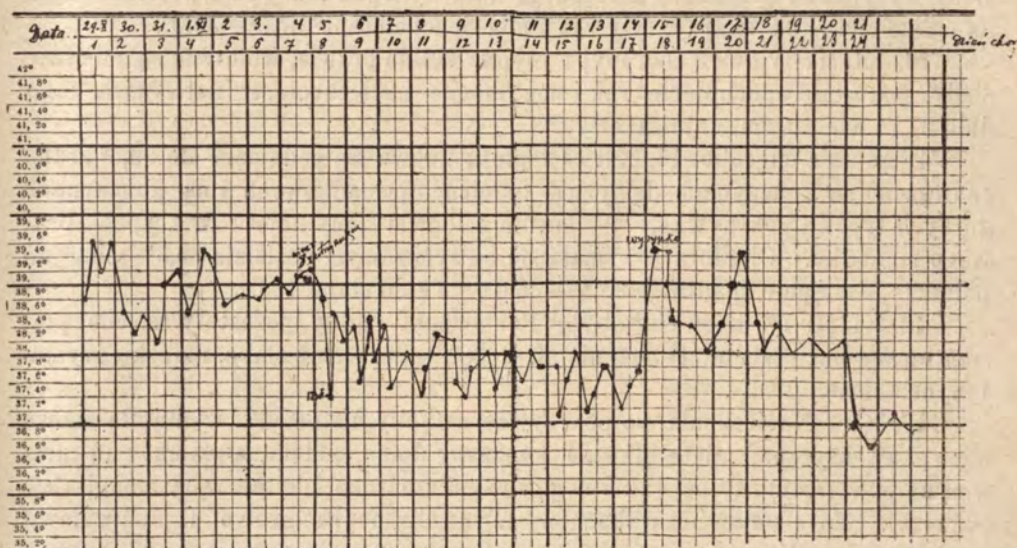
30. X. Stan ogólny dobry, wysypka wyraźniejsza na całym ciele o zabarwieniu nieintensywnem. Ciepłota, mierzona co 3 godziny, waha się pomiędzy 38,2°, a 38,6° [wieczorem], tętno 130 [tabl. II].

31. X. [3-ci dzień choroby] wystąpiły na migdałkach naloty, jęczyczek mocno obrzmiały, wysadzony ku przodowi. Ciepłota waha się w granicach 38,3—39,2°. Dnia następnego zmiany w gardzieli nie wiele się posunęły, ciepłota jednak wahała się pomiędzy 37,7° a 39,5° wieczorem. Stan ogólny zadowolający, dziecko grymasi, przytomne, nie chce leżeć, każe się nosić. Tętno 140, o fali nieco słabszej. Gardło przestrzykuje się rozczyntem kwasu bornego z dodatkiem wody utlenionej. Na migdałki zadmuchuje się *Natr. sozojodol.* *Flor sulf. aa.* Do wewnątrz *Natr. salicyl.* z *Coff.*

W poniedziałek d. 2. XI. [5-ty dzień choroby] zmiany w gardle zaznacza się wyraźniej, naloty nekrotyczne zajmują migdałki aż ku tyłowi, łuki, języczek. Ciężota trzyma się przez cały dzień prawie na jednym poziomie koło 38,7°. Wysypka zbladła. Taki sam stan dnia następnego, ciężota wyższa 38,5°—39,1°.

W środę 4. XI, [7-my dzień choroby] naloty znacznie się rozszerzyły, pogłębiły, zszarzały, tak że sprawiały wrażenie jakby rozległej anginy dyfterytycznej. Zdjęto nalot i dostarczone w próbkówce z agarem do pracowni dra PALMIRSKIEGO. Badanie, dokonane na barwionym preparacie i w hodowli, dało co do

Przypadek II. Tadeo K.



laseczników LÖFFLER'a wynik zupełnie ujemny; na preparacie obficie występowały koki, zgrupowane jako dwójki, gronkowce i krótsze lub dłuższe łańcuszki. Stan ogólny przez środę znacznie się pogorszył, t° cały dzień trzymała się na poziomie 38,9°—39,2°; tętno 160, nie przerywane, lecz o fali słabej, miękkiej, dziecko nie kaprysi, stało się apatyczne, śpiące. Wysypka znikła.

O godzinie 8-iej wieczorem dokonano zastrzyknięcia 40 cm. sz. surowicy przeciwploniczej z pracowni dra PALMIRSKIEGO w prawą okolicę brzuszka; dziecko zachowywało się zupełnie biernie, nie reagowało na ukłucie wcale, bardzo osłabione. Ciężota w chwili zastrzyknięcia 39,1°. W kilka godzin dziecko usnęło i pierwszy raz od paru dni spało przez pewien przeciąg czasu bez przerwy.

W czwartek 5. XI. [8-my dzień choroby] dziecko raźniejsze, spało po parę godzin we dnie. T° o 12<sup>1</sup>/<sub>2</sub> w południe 37,4°, już o 3-iej 38,7°, potem wahała się pomiędzy 38,2° a 38,6°, o 3-iej w nocy 37,8°. Tętno 140, lepszego napięcia. Wieczorem w gardle widać pewną zmianę na lepsze, powierzchnia oczyszcza się,

widać linię demarkacyjną. Tętno 120. Ciepłota 38,2°. W nocy dziecko spało po kilka godzin bez przerwy.

W piątek 6. XI. [9-ty dzień choroby]. Stan ogólny rażąco lepszy. Tętno 124. Ciepłota 37,6° zrana, przez cały dzień wahała się pomiędzy 37,7°—38,5°; zmiany w gardle ustępują widocznie, obrzęk języczka znacznie mniejszy.

Naokoło miejsca zastrzyknięcia dyskretna wysypka. Mocz oddaje dziecko często i obficie.

7. XI. [10-y dzień choroby]. Na prawym migdałku nalot zmniejszył się wybitnie. T° 37,5°—38,5°. Gruczoły podszczękowe nie zajęte.

Przez następne dni zmiany w gardzieli ustępowały powoli, stan ogólny dość zadowalający, ciepłota jednak wahała się wciąż pomiędzy 37,5° a 38,0°.

15-go dnia choroby, a 9-go dnia po zastrzyknięciu surowicy zauważono ślady wysypki na brzuszku; następnego dnia wysypka toksyczna wielokształtna na całym ciele i na twarzy; tyły rąk i nóg opuchnięte, t° 37,6°—38,0°.

14. XI. [17-ty dzień choroby] wysypka znikła prawie, widoczne są zaledwie ślady, pozostało opuchnięcie rąk i nóg, mocne nacieczenie, t° najwyższa tego dnia 37,7° wieczorem, najniższa 37,2°.

18-go dnia choroby. 15. XI. Ciepłota znowu się podniosła do 39,5° zrana zauważono na kończynach dolnych w okolicach pośladkowych i na kończynach górnych typową pokrzywkę. W gardle zaledwie ślady nalotu w krypcie prawego migdałka. Ciepłota trzymała się na tym samym poziomie 39,5°—39,0° do południa, następnie spadła do 38,5°—38,0°. Tętno słabe 160.

16. XI. [19-ty dzień choroby]. Pęcherzyki znikły, pozostały mocno pigmentowane nacieczenia, t° 38,5 nie niżej 38°, tętno wciąż słabe, dziecko grymasne, osłabione.

17. XI. Nacieczenia po pokrzywce ustąpiły, natomiast wystąpiła znowu wysypka toksyczna; zajęte głównie kończyny dolne, oddzielne plamki i na tułowiu; na powierzchni tylnej rąk i nóg wysypka bardzo obfita, ręce i nogi, jak poduszki. Mocz zmian nie wykazuje. Gruczoły podpachwowe i pachwinowe powiększone. Wraz z wystąpieniem wysypki t° podniosła się do 38,5°—39,5 39° [wieczorem].

18. XI. Ciepłota nie przekracza 38,5°, wysypka nie znika, nacieczenia mniejsze, wykwity wyglądają jak wybroczyny krwawe. Tylne powierzchnie rąk i nóg nieco stęchły. 20. XI. wysypka znikła, powstało nieznaczne obrzmienie stóp, dziecko bardzo rozdrażnione, osłabione, tętno nikię, t° 38°—38,2°.

Od 21. XI. stan bezgorączkowy. Mocz badany przez cały czas choroby i do końca 6-go tygodnia żadnych zmian nie wykazywał.

W przypadku tym surowicę zastrzyknięto dopiero 7-go dnia choroby, gdy nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego, podniesienie ciepłoty wskutek rozległych zmian w gardzieli. Początkowy przebieg, jakeśmy widzieli, był względnie łagodny, dlatego też, jak również ze względu na wczesny wiek dziecka wstrzymałem się tak długo z zastrzyknięciem surowicy.

Stan ogólny już na drugi dzień po zastrzyknięciu polepszył się znacznie, tętno, które wynosiło 160 uderzeń w dzień zastrzyknięcia, słabe miękkie, na drugi dzień 140, nieco lepszego napięcia, po 48 godz. 120. Na ciepłotę wpływu



wybitnego zauważyć nie można, t° spadła wprawdzie po 20 godz. o 1,8° [39,2° — 37,4°], lecz już w 3 godz. potem. podniosła się o 1,3° [38,7°]. Wahania ciepłoty obniżyły się nieco, przedtem koło 39° od czasu wystąpienia dyfteroidu na czwarty dzień choroby, później koło 38° i niżej, jak to widać na załączonej krzywej ciepłoty. Ciepłota podniesiona tego typu trwała do 17-go dnia choroby, poczem wahania podniosły się wskutek wystąpienia wysypki posurowiczej, która powracała jeszcze 2 razy i sprawiała dziecku znaczne dolegliwości. Okres gorączkowy trwał 24 dni.

Zmiany w gardzieli po zastrzyknięciu surowicy wiecej się nie rozszerzały, zaczęły powoli ustępować; już po 24 godz. widać było linię demarkacyjną; ustąpiły zupełnie dopiero w 11 dni po zastrzyknięciu [18-go dnia choroby].

Powikłań żadnych w tym przypadku, specjalnie ze strony nerek nie było. Mocz badano przez 6 tygodni.

W przypadku tym można oceniać wpływ surowicy jedynie na dyfteroid: na szerzenie się zmian miejscowych wywarła surowica pewien wpływ dodatni, jak gdyby wstrzymała proces, co się wyraziło i poprawą stanu ogólnego; o wybitnem działaniu nie można mówić, gdyż sprawa trwała jeszcze do 18-go dnia choroby. Do złych stron działania surowicy w tym przypadku zaliczyć należy silną i uporczywą, bo z dwoma nawrotami, wysypkę posurowiczą, która przedłużyła chorobę jeszcze o sześć dni. Czy była tu przyczyna zbyt duża dla wieku dziecka dawka surowicy, trudno na razie orzec, w przypadku bowiem BĄCZKIEWICZA [p. dyskusya w Tow. Lek. Nr. Gaz. Lek. 1903 r.] wysypka posurowicza wystąpiła po takiej samej dawce [40 ctm. sz.] u dziecka 5-letniego.

III. Przypadek trzeci. Helenka K., 4 lata. Zachorowała w nocy 15. XI. Zaraziła się od swej młodszej 9-o miesięcznej siostry, która jednak w owej chwili była już rekonwalescentką. Widziałem ją po raz pierwszy trzeciego dnia choroby 17. XI. Stan ogólny bardzo ciężki, dziecko nieprzytomne. Na całym ciele wysypka bardzo obfita, o zabarwieniu intensywnem. Silne przekrwienie łącznic oka, opuchnięcie powiek. Wymioty trwały przez dwa dni. Rozwolnienie trwa jeszcze, po 6 zielonych, mocno cuchnących stolców.

T° o 7-ej wieczorem 40°. Tętno 160, słabe. Na migdałkach nalotów nie widać, gardło mocno przekrwione; o 11-ej wieczorem t° 39,5° tętno 160. Dziecko, jak przedtem, zupełnie nie przytomne. Z a s t r z y k n i ę t o 50 cm. sz surowicy PALMIŃSKIEGO. Dziecko podczas zastrzyknięcia zachowywało się najzupełniej biernie.

18. XI. [4-ty dzień choroby], o 8-ej zrana t° 38,3°, o 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, zrana 37,0° Tętno 140, tło wysypki znacznie zbladło, oddzielne wykwyty, jak przedtem, intensywnie zabarwione. Stan ogólny znacznie lepszy, dziecko grymasi, odpowiada na pytania, rozgląda się. Obrzmienie powiek ustąpiło. Rozwolnienia niema. Na migdałkach niewielkie naloty.

O 8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> wieczorem t° 38,1°, tętno 140. Wysypka obfita, *rash* znikło, stan ogólny przez cały dzień dobry. Dziecko siedziało, bawiło się lalką, dopominało się jedzenia. Spało kilka godzin spokojnie. Na migdałkach sprawa się nie rozszerza.

19. XI [5-ty dzień choroby] zrana o 8-ej t° 37,0°. Tętno 120, o dobrem napięciu. Wysypka bardzo zbladła, szczególnie na twarzy i kończynach.

W gardle zmiany nie posunęły się. Stan ogólny bardzo dobry, O 11-ej wieczorem t° 37,0°.

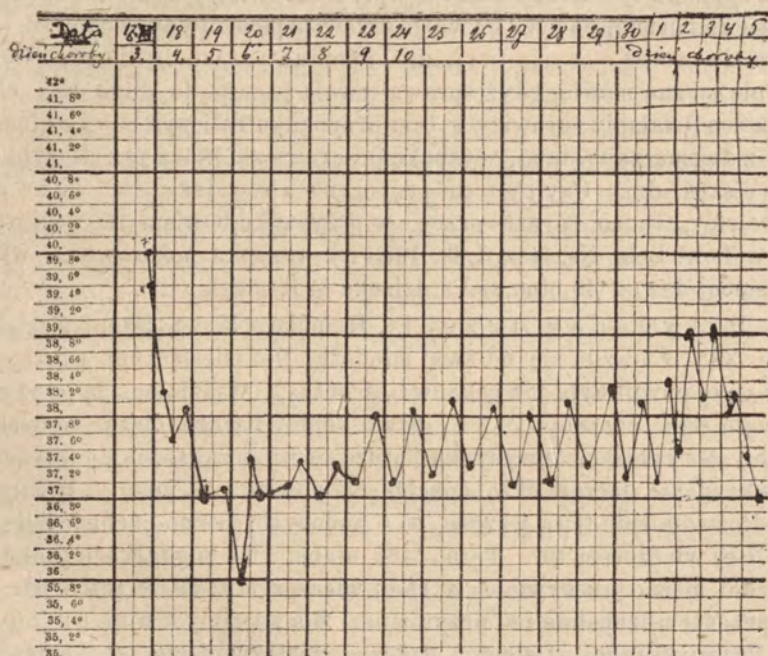
20. XI. [6-y dzień choroby], t° zrana 36°, o 1½ w południe 37,5°, wieczorem 37°. Wysypka zupełnie zbladła, zaczyna się łuszczenie na twarzy. Dziecko spało w nocy dobrze. W gardle zmiany mniejsze. Moczu oddaje dość dużo.

Następnych dni ciepłota zrana normalna, wieczorem 37,5°. Wysypka zbladła. Stan ogólny dobry. Na migdałkach plamki się zmniejszają.

23. XI. Ciepłota zrana 37,2°, wieczorem 38°. Gruczoły podszczękowe po stronie lewej powiększone, obrzęk powierzchowny dość znaczny. W gardle zmiany ustąpiły zupełnie. Stan ogólny dobry.

Następnych dni ciepłota wieczorem 38°—2 i 3-go XI. 39,0°.

Przypadek III. Helenka K.



W gruczołach wyczuwa się chęłbotanie. Mocny obrzęk okolicy podszczękowej lewej. Dokonano przecięcia, wypuszczono więcej niż 2 łyżki ropy. 4. XII. T° jeszcze 38°; 5. XII. 37,5°. 6. XII. 38°. Następnym dni stan bezgorączkowy.

W moczu białka przez cały czas nie wykryto. Badano mocz do końca 4-go tygodnia i przy końcu 6-go tygodnia raz jeszcze. Reakcyi posurowiczej ani miejscowej, ani ogólnej w postaci wysypki nie było.

W przypadku tym ciepłota po zastrzyknięciu surowicy spadła, po 9 godz. o 1,2°, po 12 godz. o 1,8° [na 4-y dzień choroby], podniosła się jeszcze wieczorem o 0,4 [38,1°], ale już następnego dnia zrana spadła do 37,0°, tak że spadek do normy nastąpił po 36 godz., piątego dnia choroby, co w przypadku dość ciężkim zapisać należy na dobro surowicy, tembardziej, że już po 12-u godzinach wystąpiło wybitne polepszenie stanu ogólnego. Dziecko, które wieczorem za-

stałem w stanie nieprzytomnym, które podczas zastrzyknięcia nie reagowało na ból, na drugi dzień zrana siedziało w łódeczku, bawiło się, żądało jedzenia. Zmiany w gardzieli, które 4-go dnia choroby zrana zapowiadały się jako początek dyfteroidu, nie rozwinęły się dalej. Rozwolnienie ustąpiło po 12-u godzinach. To wszystko dowodziłoby dodatniego wpływu surowicy na przebieg choroby w tym przypadku, tembardziej, że nie stosowano tu innych zabiegów leczniczych oprócz przestrzykiwania gardła i podawania do wewnątrz *Natr. salicyl. z Coff.*

W dalszym przebiegu, mianowicie dziewiątego dnia choroby, zauważono obrzmienie gruczołów podszczękowych, które następnie zropiały. Powikłanie to rzuca niepewne światło na działanie surowicy. Obrzmienie gruczołów wystąpiło dopiero w 5 dni po zastrzyknięciu surowicy, czyli w tym przypadku można się było spodziewać, że zastrzyknięcie surowicy uprzędzi to powikłanie, a przynajmniej, że proces zostanie ograniczony i przebieg będzie szybszy, tymczasem w naszym przypadku proces trwał 12 dni i sprawa doszła do zropienia. Poruszam tę kwestyę, gdyż przypadek ten oświecla z innej strony sprawę swoistości surowicy. MALINOWSKI sądzi, iż przy użyciu surowicy o kilka dni wcześniej prawdopodobnie powikłania ze strony gardła, nosa, gruczołów chłonnych byłyby słabsze, a może wcaleby ich nie było, gdyż dotąd zastrzykiwano przeważnie surowicę u chorych, u których powikłania ze strony gardła i nosa były już w pełnym rozwoju, a gruczoły chłonne szyjowe były już powiększone i bolesne. Przypadek nasz dowodzi, iż powikłania ze strony gruczołów chłonnych i to nawet nie w słabszej postaci występować mogą pomimo zastrzyknięcia surowicy wczesnego wtedy, gdy gruczoły nie były ani powiększone, ani bolesne. Fakt ten nie przeczy dodatniemu działaniu surowicy w naszym przypadku, podaje jednak w wątpliwość działanie swoiste.

IV. P r z y p a d e k c z w a r t y. Antoś K., 6 lat, brat poprzedniej dziewczynki. Zachorował w poniedziałek d. 21. XII. jednocześnie z drugim bratem pięcioletnim. Chłopcy ci byli usunięci 17. XI. z domu i chociaż siostra ich była już dwa dni chora na szkarlatynę, a młodsza już była w okresie zdrowienia i łuszczenia, nie zarazili się. Sprowadzono ich 17. XII., pomimo zakazu z mej strony w swoim czasie, pragnąc ich mieć na święta. Dezynfekcyę przeprowadzono powierzchowną. Mieszkanie składało się z dwu pokojów przedzielonych przedpokojem i kuchnią. W jednym pokoju leżała starsza dziewczynka, w drugim stale przebywała jej 9-o miesięczna siostra, która wogóle podczas swej choroby ani jednego dnia nie leżała.

W 4 dni po sprowadzeniu ich do domu chłopcy zachorowali na szkarlatynę.

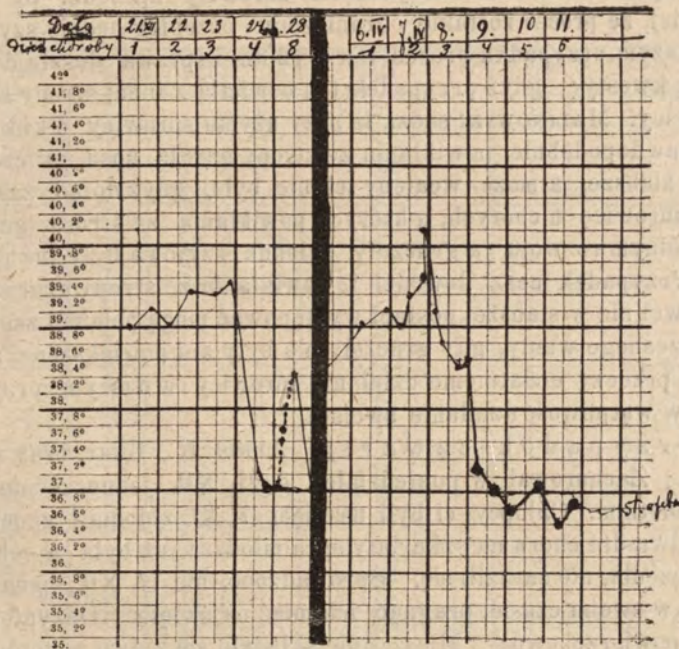
Pierwszego dnia choroby w stanie obu braci nie było wielkiej różnicy, obaj mieli wysypkę obfitą, łącznice oka zaczerwienione, anginę, t<sup>o</sup> 39,0<sup>o</sup> wieczorem, tętno 140. Przytomność zupełna. Zalecono im okłady na szyję, wycieranie całego ciała wodą letnią, przestrzykiwanie gardła rozcynem kwasu bornego z dodatkiem wody utlenionej i *Natr. sali. cyl. z Coff.* do wewnątrz.

W środę 23 XII, 3-ciego dnia choroby zastałem młodszego chłopca w stanie zupełnie dobrym, siedział na łóżku, bawił się i zapijał z apetytem mleko. Wysypka na twarzy zbladła, również na tułowiu. W gardle zmiany się zmniejszały.

szyły, t° 37,5°. Starszy leżał bezwładnie w stanie śpiączki, t° 39,5°. Rozległe zajęcie gardła, naloty na obu migdałach, języczek nie zajęty. Wysypka o zabarwieniu bardzo intensywnym, zarówno na twarzy, jak i na tułowiu. Tętno słabe, szybkie 160.

Zastrzyknięto tego samego dnia 50 ctm. sz. surowicy przeciwploniczej PALMIRSKIEGO. Po 24-ch godz., t. j. 4-go dnia choroby ciepłota spadła krytycznie do 37,0°, podniosła się jeszcze do 37,4° wieczorem, następnie stan bezgorączkowy. Zmiany w gardle zmniejszyły się, obrzmienie migdałów mniejsze, naloty nie rozszerzają się. W stanie ogólnym wybitna poprawa. Chłopiec siedzi, odpowiada na pytania.

Przypadek IV i V. Antoś K. i Wandzia K.



28. XII. [8-my dzień choroby] ciepłota podniosła się do 38,5° zrana. Wysypka wielokształtna na całym ciele, mocno swędząca. W gardle zmiany zupełnie ustąpiły. Stan ogólny dobry.

W następstwie żadnych powikłań, specjalnie zapalenia nerek [mocz badano w końcu czwartego tygodnia] nie było.

Brat młodszy przeszedł cały okres zdrowienia bez najmniejszych powikłań.

W przypadku tym działanie surowicy było bardzo wyraźne, już po 24 godz. — na ciepłotę, tętno i stan ogólny; uwydatnia się ono jeszcze więcej w zestawieniu z przypadkiem jednoczesnego zachowania, nie leczonym surowicą: różnica w stanie obu chłopców trzeciego dnia choroby wyrównała się tak po zastrzyknięciu surowicy, że na 4-ty dzień choroby byli w jednakowo dobrym stanie.

Brak powikłania ze strony nerek traci nieco na wadze wobec braku tego powikłania i w dwu przypadkach w tej samej rodzinie, nie leczonych surowicą.

V. P r z y p a d e k p i ą t y. Wandzia K., 3 lata. Widziałem ją pierwszego dnia choroby wieczorem. 6. IV. Zachorowała w południe, ból głowy  $t^{\circ} 39,0$ . Wymiotów nie było. Wysypkę zauważyła matka przed wieczorem. Dwa dni temu dziecko było z matką u kuzynów, u których dwa miesiące temu chorowały dzieci na szkarlatynę, dezynfekcją podobno robiono. Dziecko bardzo dobrze odżywione i zbudowane. Stan ogólny względnie niezły, dziecko nie bredzi, przytomne. Łącznice oka przekrwione. Wysypka obfita i bardzo intensywnie zabarwiona na twarzy i tułowiu, kończyny jeszcze nie zajęte. W gardle migdałki powiększone, przekrwione, na migdałkach czopki. Gruczoły podszczękowe słabo macalne. Ciepłota wieczorem  $39,0^{\circ}$ , tętno 160.

7. IV. zrana [2-gi dzień choroby]  $t^{\circ} 39,5^{\circ}$ , tętno 180, słabsze, fala niekiedy niktne pod palcem. Wysypka zaczyna się już i na kończynach dolnych na pośladkach i na biodrach. Wobec tego, że matka chętnie zgadzała się na zastrzyknięcie surowicy, zastrzyknięto o  $2\frac{1}{2}$  po poł. tego dnia, t. j. drugiego dnia choroby, 40 ctm. sz. surowicy przeciwpłoniczej PALMIRSKIEGO pomimo, iż stan nie był bardzo ciężki.

O 8-ej wiecz.  $t^{\circ} 39,6^{\circ}$ , dziecko poci się mocno, tętno, bardzo przyśpieszone, rudno zliczyć: około 200. Gardło mocno przekrwione, nalotów nie widać. Nos nie zajęty.

W nocy o 1-ej  $t^{\circ} 40,2^{\circ}$ , o 3-ej  $39,2^{\circ}$ , o 5 ej zrana  $38,8^{\circ}$ .

8. IV. O 1-ej w poł.  $39,1^{\circ}$ , o 3-ej  $38,6^{\circ}$ , o 5-ej po poł.  $38,8^{\circ}$ , o 9-ej wiecz.  $38,5^{\circ}$ .

Stan ogólny dobry. Dziecko nie grymasi, poddaje się chętnie badaniu. Łącznice nieprzekrwione. Przedewszystkiem rzuca się w oczy zupełne zblednięcie wysypki na twarzy i tułowiu, na kończynach dolnych skąpa wysypka, która była wczoraj, zbladła, dalej się nie rozwinęła. Gardło daleko mniej przekrwione i obrzmiałe. Tętno 160, zupełnie wyraźne macalne, miarowe. Urynowanie dość obfite. Wypróżnienie jedno normalne. Gruczoły podszczękowe wyczuwa się, jak przedtem nie powiększają się.

9. IV. 4-ty dzień choroby  $t^{\circ}$  o 1-ej w nocy  $38,5^{\circ}$ , o 7-ej zrana  $37,3^{\circ}$  o 10-ej —  $37,4^{\circ}$ , o 12-ej —  $37,1^{\circ}$ , o 1-ej w południe przy badaniu ani śladu wysypki na twarzy, na tułowiu wysypka prawie nie widoczna, ogólne zaczerwienienie znikło zupełnie, widać tylko oddzielne wykwit. Gardło czyste. Tętno 120.

Następnych dni stan taki sam, bezgorączkowy. Mocz badany codziennie na białko — z wynikiem ujemnym. Urynowanie obfite — 3 szklanki na dobę.

13. IV. Stan ogólny dobry. Apetyt dobry,  $t^{\circ}$  mierzona 3 razy dziennie nie przekracza  $36,8^{\circ}$  —  $37,1^{\circ}$ . Łuszczenie tylko na twarzy i na szyi. Gardło blade.

19. IV. Zauważono na twarzy wysypkę zrana, po południu widziałem dziecko: na twarzy, kończynach dolnych i mniej na tułowiu pokrzywka. Ciepłota nie podniesiona.

Mocz badano do końca 6-go tygodnia. Powikłania ze strony nerek nie było.

Przypadku tego nie można na zasadzie objawów początkowych zaliczać do ciężkich. Stan pogorszył się dopiero drugiego dnia wieczorem i w nocy; miało to miejsce w 6 — 12 godzin po zastrzyknięciu surowicy, czyli że surowica nie mogła jeszcze wyrzeć działania, nie możemy więc tego pogorszenia stawiać w związku z surowicą, a raczej sądzić, iż choroba zaczęła przybierać przebieg poważniejszy. Jak wpłynęła surowica na przebieg dalszy? Ciepłota zaczęła się obniżać po 24 godz. [38,6°], trzymała się na tym poziomie jeszcze 12 godzin, po 36 godz. — 4-go dnia choroby — spadła do normy.

Co do tętna to w 6 godz. po zastrzyknięciu tętno było gorsze, ale po 24 godz. wystąpiła wyraźna i stała poprawa tętna. Zaznaczyć należy wpływ na dalszy rozwój wysypki i na poprawę stanu ogólnego.

Oprócz pokrzywki 13-go dnia choroby żadnych powikłań nie było. Z ostatecznego wyniku co do działania surowicy przypadek ten zaliczyć należy do dodatnich. Przypadek ten rzuca pewne światło na samo działanie surowicy na organizm, w początkowym okresie działania surowicy w przypadku tym ciepłota podniosła się jeszcze znacznie, obniżanie się ciepłoty miało miejsce dopiero po 24 godz. Fakt ten wymaga naturalnie sprawdzenia w szeregu innych spostrzeżeń drogą częstszego mierzenia ciepłoty po zastrzyknięciu surowicy, przynajmniej co 3 godziny, w naszym bowiem przypadku nie można usunąć wątpliwości, czy podniesienie się ciepłoty nie było zależne od pogorszenia się stanu dziecka wynikającego z przebiegu choroby. W każdym razie fakt ten zaznaczam: miał on miejsce i w sprzeczności KAMIENSKIEGO [w 3 godz. po zastrzyknięciu surowicy t<sup>o</sup> podniosła się z 39,6° do 40°].

Podalem pięć spostrzeżeń powyższych, starając się być możliwie obiektywnym w ocenie działania surowicy. Nie czuję się uprawnionym do wyciągania wniosków ogólnych na podstawie tak skąpego materiału, chciałbym tylko zaznaczyć parę faktów.

1. Wysypkę posurowiczą spostrzegałem w trzech na pięć obserwowanych przypadków. Wobec tego wniosek MALINOWSKIEGO, iż „po użyciu surowicy bardzo rzadko występują wysypki posurowicze“, należy tymczasem uważać za przedwczesny.

2. Przyjęta dotąd dawka surowicy 40—50 ctm. sz. wymagać będzie prawdopodobnie kontroli: w przypadkach bardzo ciężkich należałoby ją zwiększyć i powtórzyć, u dzieci małych i w przypadkach lżejszych może zmniejszyć. Na zasadzie mojego skąpego materiału nie mogę się w tym względzie stanowczo wypowiedzieć, rozstrzygną to badania szpitalne.

3. Zapalenia nerek nie było w żadnym z pięciu przypadków; czy jednak fakt ten upoważnia do wyciągania wniosku, iż surowica przeciwpłonicza zapobiega zapaleniu nerek [MALINOWSKI], dopiero duża liczba odnośnych spostrzeżeń wykazać może. Jeżeli fakt ten sprawdziłby się, posiadałby ogromną doniosłość, ale już nawet dziś w przewidywaniu tego faktu nie można się zgodzić z wnioskiem RABKA, iż „przypadki surowicy łagodne nie potrzebują stosowania surowicy“, wiemy bowiem, że początkowy przebieg łagodny nie zabezpiecza od wystąpienia ciężkich niekiedy postaci zapalenia nerek. Rzeczy to znane, pozwalają sobie jednak przytoczyć w krótkości przypadek już z okresu stosowania su-

rowicy przeciwpłoniczej. Chłopiec 7-letni zachorował na szkarlatynę 10 marca b. r. T° 38,5°, wysypka dość dyskretna. Lekkie zajęcie gardła. Następných dni ciepłota nie przenosiła 38,3°, od 5-go dnia choroby stan bezgorączkowy, stan ogólny przez cały czas bardzo dobry. Po 15-u dniach wystąpiło zapalenie nerek krwotoczne, krew wydzielala się obficie pomimo wszelkich zabiegów w przeciągu 5 tygodni; stan bywał chwilami rozpaczliwy. W przypadku tym nie zastosowałem surowicy ze względu na nader łagodny przebieg początkowy.

Czy surowica zapobiegłaby w tym przypadku zapaleniu nerek?

Na to pytanie może dać odpowiedź dopiero duża liczba spostrzeżeń potwierdzających przypuszczenie, iż surowica przeciwpłonicza zapobiega zapaleniu nerek.

Na zakończenie uważam sobie za miły obowiązek złożyć podziękowanie Szanownemu Koledze PALMIRSKIEMU za udzielenie surowicy.

---

III. Z ODDZIAŁU CHORYCH NERWOWYCH DRA E. FLATAUA W SZPITALU  
STAROZAKONNYCH NA CZYSTEM.

---

## Z kazuistyki choroby Tay-Sachs'a

(IDIOTISMUS FAMILIARIS AMAUROTICUS).

Podał

Władysław Sterling.

— † — † —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 23].

Wogóle na podrażnienie zewnętrzne dziecko reaguje dość żywo, dotyczy to zwłaszcza sfery czuciowej i słuchowej; jeżeli dziecku zgiąć nóżkę, podnieść rączkę lub zmienić pozycję główki, na wszystko to reaguje chory płaczem. Czasem po podrażnieniu takim następuje nasilenie ruchów, naśladujących akt ssania, czasem twarz jakoby zastyga w pierwszej fazie takiego aktu, czasem przekrzywia się twarzyczka wyraźnie w jedną stronę (częściej w lewą) — i w tedy przyjmuje wyraz jakiegoś dziwnego grymasu, nadającego mu wyraz zakłopotania i cierpienia.

Mniej więcej co pół godziny, a być może jeszcze częściej, występują u dziecka napady, które składają się z następujących objawów: przy kaszlu lub pod wpływem jakiegokolwiek podrażnienia zewnętrznego dziecko nagle dostaje cały szereg konwulsyjnych klonicznych skurczów w mięśniach oddechowych, w mięśniach języka, podniebienia miękkiego i krtani; skurcze te z klonicznych stopniowo przechodzą w toniczne, aż wreszcie zatrzymują się jakby w spazmie; trwa to około 20 sekund — występuje wtedy zupełna *apnoë* w inspiracji: koniec nosa, wargi i powieki dziecka sinieją i dziecko prawie się dusi; po kilku

sekundach stan ten przechodzi, opisane miejsca przyjmują znowu normalne zabarwienie i oddech staje się swobodnym. Wogóle napad taki trwa około 40 sekund. Bezpośrednio po napadzie takim występuje okres spazmatycznego płaczu, podczas którego dziecko formalnie „zanosi się” od płaczu, tak jak przy kokluszu dzieci zanoszą się od kaszlu. Płaczowi temu towarzyszą rozmaite nieskoordynowane ruchy warg i języka oraz dziwaczne, głośne dźwięki, przypominające gdakanie kury, a chwilami „*laryngospasmus*” w tężycze. Te gdakające dźwięki można zauważyć także w stanie zupełnego spokoju, lecz wtedy wyrażone są znacznie słabiej, mają mniej dźwięczny charakter i połączone są z chrypką.

Prócz opisanych napadów kaszlu i płaczu zauważyć można częste poziewanie. Przy oddychaniu dziecko wydaje chrapiwe dźwięki, zależne prawdopodobnie od niedrożności dróg nosowych.

Przy głośnym uderzaniu młotkiem o stół lub o kant łóżka, przy klaskaniu w dłoń, zwłaszcza przy sumujących się i następujących jeden po drugim tego rodzaju dźwiękach, dziecko zachowuje się w sposób następujący: zaczyna ono nagle uderzać powiekami, odrzuca główkę w tył, zgina kręgosłup w łuk, wypukłością zwrócony ku przodowi (*opisthonus*), i wyprostowuje kończyny górne. Bardzo często po takiej reakcyi na wrażenie słuchowe opada dziecku jedna powieka, przyczem otrzymuje się wrażenie, jakoby to był raczej spazmatyczny kurecz m. *orbicularis orbitae*, aniżeli *p̄osis paralytica*, ponieważ marszczy się przytem skóra powieki, a próba otworzenia oka spotyka się z dość znacznym oporem. Jeżeli jednaze otworzyć powiekę przemocą, to widać ciągle ruchy gałek ocznych, zwłaszcza na zewnątrz i ku górze. Po upływie mniej więcej  $\frac{1}{2}$  minuty oko samo się otwiera i twarz przyjmuje zwykły wyraz. Takie opadanie prawej lub lewej powieki (daleko częściej lewej) występuje czasem bez żadnego podrażnienia zewnętrznego (słuchowego lub czuciowego), przyczem objawy są zupełnie analogiczne.

Jeżeli włożyć dziecku w rączkę jakiś przedmiot, to nie czyni ono żadnych prób utrzymania go pomiędzy palcami; jeżeli zaś biernie ułożyć palce dłoni tak, ażeby objęły one dany przedmiot, to i wtedy wypada on z rączki. Jeżeli zawołać nań po imieniu, nie reaguje na to wcale, żadnych wyrazów nie wymawia [starsza siostra chorego zaczęła mówić w 5-ym miesiącu].

Do 5-gomiesiąca dziecko często się uśmiechało, zwłaszcza na widok zabawek, teraz, jak mówi matka, nie uśmiecha się nigdy. O głodzie swoim alarmuje zapomocą płaczu, jakkolwiek często bardzo płacze bez żadnej widocznej przyczyny. Matka opowiada, że dziecko, będąc głodne i płacząc na rękach u matki, samo nachyla główkę, szukając piersi. Jeżeli karmione jest sztucznie łyżeczką, to nasyciwszy się, odpycha językiem wkładaną mu do ust łyżeczkę.

**N a r z ą d y w e w n ę t r z n e.** Dziecko słabej budowy i złego odżywienia. Skóra i błony śluzowe blade. Tkanka tłuszczowa podskórna rozwinięta obficie, nawet patologicznie obficie.

Granice płuc normalne; na całej przestrzeni obu płuc słycać oddech pęcherzykowy oraz liczne suche rżenia i świsty. Stępieńa nigdzie niema.

Tony serca czyste. Tętno=120.

Oddech = 36.



Okolice jamy brzusznej przy macaniu nigdzie nie bolesne. Śledziony, wątroby nie wyczuwa się.

Obrząków niema, w moczu niema białka, lecz wielka ilość moczanów.

Stwierdzić można wyraźne cechy dość silnie rozwiniętej krzywicy: ciemiączko wielkie nie zarośnięte, miękkie i cienkie, jak papier. Na żebrach wyraźny różaniec. Na końcach kończyn zgrubień lub skrzywień nie widać.

Wymiary głowy.

Wymiar podłużny wielki [od punktu środkowego pomiędzy dwoma *tubera frontalia* i najbardziej ku tyłowi oddalonym punktem *ossis occipitalis*]: 26,2.

Wymiar poprzeczny wielki [pomiędzy najbardziej oddalonymi bocznymi punktami czaszki]: 23,6.

Wymiar poziomy [*Horizontalumfang*: pomiędzy dwoma skrajnymi punktami wymiaru podłużnego]: 46,4.

Wymiar strzałkowy: (*Sagittalumfang*: od *sutura nasofrontalis*, do tylnego końca *foraminis occipitalis*): 29.

Objętość piersi [na wysokości *mmae*]: 43,1

" " [na wysokości *processus xifoidei*]: 45.

Objętość brzucha na wysokości pomiędzy *processus xiphoides* a pępkiem: 45,5.

" " na wysokości pępka: 42.

Długość prawej kończyny górnej: 24,5.

" lewej " " 24,5.

" prawej " dolnej 26,6.

" lewej " " 26.

[na granicy pomiędzy górną i środkową  $\frac{1}{3}$  częścią].

Objętości prawego biodra 17,5.

" lewego " 18.

" prawej nogi w górnej  $\frac{1}{2}$  części 15

" lewej " " 15.

Czaszka przy opukiwaniu nigdzie nie wykazuje bolesności; rzuca się w oczy wybitna przewaga w rozwoju części mózgowej czaszki nad częścią twarzą. Asymetrii w budowie czaszki ani twarzy nie widać; *tubera frontalia* wypuklają się dość silnie. Budowa ucha wogóle normalna: muszla uszna łączy się ze skórą policzka zapomocą fałdy skórnej, *tragus* na lewym uchuznaczony daleko silnej niż na prawem.

Rzuca się w oczy znaczna przewaga w rozwoju wargi górnej nad dolną, prawie przerost jej; wystaje ona ku przodowi ponad wargą dolną mniej więcej na  $\frac{1}{2}$  cent., prawie pokrywając ją. Żadnego rozdwojenia warg, lub podniebienia miękkiego nie widać. Lekki stopień prognatyzmu górnej szczęki. Nos zlekka spłaszczony u nasady. Brwi nie zrosnięte. Jądra w mosznie. Ilość włosów odpowiada mniej więcej wiekowi dziecka. U lewego łuku żeberowego na linii sutkowej czarny *naevus* wielkości ziarnka kawy.

Żrenice jednakowej szerokości reagują dość żywo na światło. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane, oczopląsu niema.

Podnoszenie i zamykanie powiek z obu stron z jednakową siłą. Odruchy z *corneae* i z *conjunctivae* z obu stron żywe, z podniebienia miękkiego — umiarkowanej siły; przy fonacji *palatum molle* porusza się normalnie.

Nie tylko przy ukłuciach, lecz i przy dotknięciu palcem do skóry twarzy i głowy dziecko reaguje płaczem. Przy obserwowaniu ruchów mimicznych można przekonać się, że marszczenie czoła oraz ruchy mięśni w obrębie VII-ej pary wykonywa chory dobrze, przyczem prawa fałda nosowargowa formuje się daleko głębiej niż lewa, a lewy kąt ust stoi nieco niżej niż prawy. Wyraźny *Unterkieferreflex*.

Przy badaniu sprawności ruchowej mięśni poruszających głowę okazuje się, że ruchy boczne głowy są możliwe i dokonywane są z siłą dostateczną; stwierdzić się daje znaczne osłabienie *mm. sterno-cleido-mostoideorum*. Utrzymać główki prosto dziecko nie jest w stanie: zazwyczaj opada ona ku tyłowi i w bok na lewą stronę, tak, że lewa muszla uszna dotyka się górnej powierzchni lewego stawu ramieniowego. Przytem w mięśniach, odginających głowę jest tak znaczne wzmoczenie napięcia, że trudno je przewyciężyć.

Siła mięśniowa w kończynach górnych, zdaje się, jest zachowana, przytem widać, że dziecko częściej posługuje się prawą niż lewą kończyną. Wzmoczenie napięcia mięśniowego widoczne jest i tutaj, najwybitniej w mięśniach, zginających kończynę w stawie łokciowym. Rzuca się w oczy upośledzone odżywianie mięśni kończyn górnych, które są wiotkie i flakowate oraz obfity rozwój tkanki podskórnej, która przytem nie jest zbita, lecz miękka i rozlana. Na obu przedramionach, zwłaszcza ze strony prawej jest ona rozwinięta w ten sposób, że zamaskowane zostało normalne zwięzanie się przedramienia w kierunku od części centralnej ku obwodowej; przedramię ma tutaj postać niemal prawidłowo cylindryczną, odgarniając się od skóry dość głębokim rowkiem pierścieniowatym.

Odruchy okostnowe z *radius* z obu stron żywe, odruch z lewej strony normalny, z prawej — nie udaje się go wywołać. Przy uderzaniu młotkiem w ścięgno *m. bicipitis* otrzymujemy nie tylko zgięcie kończyny w stawie łokciowym, lecz i zginanie palcy w ostatnich falangach.

Co się tyczy siły mięśniowej w kończynach dolnych, to trudno jest powiedzieć coś pewnego: na nóżkach dziecko ustać nie może, lecz wyraźnych porażań nie widać: przy podnoszeniu biernem nówek do góry, kończyna nie utrzymuje się w powietrzu, lecz i nie opada, jak drewno, na łóżko, jak to bywa przy zupełnem porażeniu. Wzmoczenie napięcia mięśniowego wyrażone jest tutaj daleko silniej, aniżeli w kończynach górnych; zwłaszcza w mięśniach doprowadzających biodra jest tutaj niemal kontraktura. W stawach kolanowych hipertonia dotyczy głównie mięśni zginających goleń. W stawach skokowych napięcie mięśni normalne [być może bierna dorsalna fleksja prawej stopy napotyka na większy opór, niż zginanie podeszwy].

Odruchy kolanowe żywe, prawy nieco żywszy, niż lewy. Odruchy z Achillesa z obu stron normalne.

Bardzo silnie wyrażony objaw BABIŃSKIEGO, daje się wywołać z całej podeszwy stopy, nawet z pięt, przyczem izolowane zgięcie grzbietowe palucha otrzymujemy tylko przy bardzo lekkim gładzeniu wewnętrznej powierz-

chni stopy; jeżeli gładzenie dokonać nieco silniej, to do efektu tego dołącza się fleksja dorsalna pierwszych czterech palców i tylko a b d u k c y a 5-go; przy bardziej silnem drażnieniu otrzymujemy już efekt w sensie MUNCH-PETERSEN'a, a mianowicie: zgięcie biodra [przyrowadzenie do brzucha], zgięcie w stawie kolanowym, dowolną fleksję stopy [zwłaszcza w części zewnętrznej] i wyżej opisany ruch palców. Zwrócę tu uwagę na fakt niezmiernie rzadki, że przy drażnieniu *volae manus* [trzonkiem młotka lub szpilką] otrzymujemy wyprostny ruch wszystkich palców dłoni, a więc zjawisko analogiczne do objawu BABIŃSKIEGO na nogach.

Przy badaniu na opisany niedawno odruch OPPENHEIM'a [dorsalna fleksja palucha przy drażnieniu wewnętrznej powierzchni goleni] otrzymujemy wbrew oczekiwaniu wynik odwrotny, a więc podszwowe zgięcie palucha, przyczem reszta palców pozostaje nieruchoma.

Stan odżywienia mięśni kończyn dolnych jest jeszcze gorszy, aniżeli górnych. I tutaj widzimy rozwój tkanki podskórnej w takiej samej postaci, jak na rękach, lecz mięśnie są jeszcze bardziej flakowate, są one w stanie aplazji. Dotyczy to najbardziej prawego pośladka, który jest w silnym stopniu aplazji. Skóra nad obiema okolicami pośladkowymi jest zmarszczona i zamiast jednej normalnej fałdy pośladkowej, widzimy ich całą masę. To samo z przodu: prócz jednej normalnej fałdy pachwinowej widzimy jeszcze głęboką bródę poprzeczną w pośrodku wewnętrznej powierzchni bioder.

Odruchy brzuszne i w *cremaster* normalne. Przy ukluciach i dotyku dziecko reaguje głośnym płaczem.

O b r a z o f t a l m o s k o p o w y [kol. MUTERMILCH].

W okolicy *foveae centralis* znajduje się jaskrawa biała plama, niewyraźnie zakreślona, wielkości mniej więcej 2 średnic *papillae* i stopniowo przechodząca kolorem swym w zabarwienie siatkówki. W środku tej białej plamy znajduje się ciemnobrunatna mała plameczka wielkości mniej więcej  $\frac{1}{4}$  *papillae*, której kontury są wyraźnie zarysowane. Obie *papillae nervi optici* znajdują się w stanie zaniku; tętnice są zwężone. Siła wzroku ogranicza się, zdaje się, tylko do percepcji promieni świetlnych.

W jamie nosogardzielowej stwierdzono olbrzymią ilość wyrosła adenoidalnych.

18/1 Dokonano operacji wycięcia częściowego wyrosła adenoidalnych w jamie nosogardzielowej [kol. LUBLINER].

30/1 04. Wycięcie reszty wyrosła adenoidalnych z jamy nosogardzielowej.

10/II 04. Dziecko wypisało się bez poprawy.

Że mamy tutaj do czynienia z typowym przypadkiem choroby TAY-SACHS'a (*idiotismus familiaris amauroticus*), nie wymaga to bliższych motywów. Istnieją wprawdzie niektóre cierpienia dziedziczne, przypominające pod względem klinicznym postać TAY-SACHS'a (zwykły wrodzony idiotyzm, *diplegia familiaris congenitalis* FREUD'a, *affectio nervorum optitorum hereditaria*), lecz nigdzie nie znajdujemy tych charakterystycznych zmian plamki żółtej. Wogóle powiedzieć można z całą stanowczością, że takich zmian na dnie jej nie znajdujemy przy

żadnej innej sprawie chorobowej; *embolia arteriae centralis retinae* daje wprowadzić zmiany analogiczne, na co zwrócił już uwagę TAY, lecz obraz ten widzimy tylko w chwili powstania zatoru, podczas gdy przy chorobie TAY-SACHS'a charakterystyczne zmiany dają się spostrzegać przez cały czas trwania cierpienia.

W przypadku moim badanie oftalmoskopowe zastało chorobę już w tak dalece posuniętym okresie, że obok typowych zmian plamki żółtej znajdujemy zupełny obustronny zanik nerwu wzrokowego; nie przyczynia się więc on do wyświetlenia ciekawej kwestyi, co przy cierpieniu tem zostaje dotknięte pierwotnie plamka żółta, czy nerw wzrokowy? W większości przypadków zmiany plamki żółtej znacznie poprzedzają zmiany nerwowe, lecz niedawno ogłosił MUEHLBERGER przypadek, w którym wobec zupełnego zaniku nerwów wzrokowych brak było jakichkolwiek zmian plamki żółtej.

Z całego zbioru objawów, składającego się w przypadku moim na obraz chorobowy (apatya, *affectio maculae*, *amaurosis*, *idiotismus*, *marasmus*) na uwagę zasługuje niezwykle silnie wyrażona *hyperacusis*, do której *analogon* znajdujemy w niezwyklej wrażliwości chorego na wszelkie podrażnienia czuciowe. Prócz tego ciekawy jest cały szereg ruchów i dźwięków automatycznych, dotychczas nie spostrzeganych przy tej chorobie [ssanie, gdakanie, pianie, wykrzykiwanie twarzy, podnoszenie i zamykanie oczu] oraz swoiste napady kurczów klonicznych w muskulaturze twarzy, ust, w mięśniach oddechowych oraz napady konwulsyjnego płaczu wraz z zanoszeniem się. Co się tyczy sfery ruchowej — podkreślić należy wzmożone napięcie w wielu grupach mięśniowych [zwłaszcza w mięśniach odginających główkę] oraz aplazje mięśniowe przy braku zmian w reakcyi elektrycznej i z rozwojem flakowatej miękkiej tkanki podskórnej. Zanotowano także objaw zupełnie niezwykły, a mianowicie rozginanie wszystkich palców dłoni przy drażnieniu *volae manus* — objaw, analogiczny do objawu BABIŃSKIEGO na stopach. W dostępnej mi literaturze spotkałem się raz jeden tylko z podobnym zjawiskiem, opisanem przez BRETTIGER'a. W wywiadach, uderza brak jakichkolwiek danych dziedzicznych, brak alkoholizmu, przymiotu, natomiast podkreślić należy podwójny uraz [upadnięcie na główkę].

Bardzo ważny jest szczegół wywiadów, zaznaczony przez matkę pacjenta z całą stanowczością — mianowicie, że dziecko w ogóle nigdy nie widziało i odróżniało tylko jaskrawe światło, do przedmiotów nie przyzwyczajało się i otoczenia nie poznawało; do szczegółu tego powrócę jeszcze w dalszym ciągu. Zaznaczę jeszcze, że chory nasz jest drugim z rzędu dzieckiem [pierwsze rozwijało się zupełnie normalnie], co pozwalało inteligentnej i spostrzegawczej matce umiejętnie obserwować dziecko na mocy porównania. Sądzę jednak, że pomimo braku wypadków analogicznych w rodzinie, mamy prawo mówić tutaj o *idiotismus familiaris*, przepowiadając nie tylko fatalne rokowanie w danym przypadku, lecz i wystąpienie podobnego cierpienia u ewentualnego następnego potomstwa.

Przypadek ten, jak i olbrzymia większość przypadków tego cierpienia, pochodzi z rodziny żydowskiej. Jakkolwiek znany jest fakt usposobienia żydów do wielu cierpień układu nerwowego [neurastenia, histerya, nowotwory mózgowia], z taką jednakże predylekcyą, jak do choroby TAY-SACHS'a, nie

spotykamy się w żadnym innym rozdziale patologii szczegółowej żydów. Istnieją podobno 3 przypadki dzieci nieżydowskich — [cytowane przez FALKENHEIM'a, MUEHLBERGER'a i inn.]; sam odnalazłem w literaturze tylko jeden przypadek PATRICK'a.

Jak powiedziałem, istnieje do dnia dzisiejszego 9 pośmiertnych badań układu nerwowego. Oto ich krótkie streszczenie w porządku chronologicznym.

SACHS w jednym z przypadków sekcyjnych stwierdził zmiany następujące. Makroskopowo — bardzo silnie wyrażone brzozy oraz pewne osobliwości w ich przebiegu, jak to widzimy w mózgach, znajdujących się na bardzo niskim stopniu rozwoju (zlanie się *sulci Rolandi* z *fissura Sylvii*). M i k r o s k o p o w o — najbardziej dotknięte były wielkie piramidalne komórki kory mózgowej; bardzo niewiele było komórek, których struktura była normalna, większość zeń była zmieniona w bezkształtne masy ze zwyrodniałą protoplazmą i z jądrem odciśniętym ku bokowi. Na preparatach WEIGERT'a istota biała znacznie mniej była rozwinięta, aniżeli normalnie; zupełny brak włókien tangencyalnych. Naczynia zupełnie normalne, brak jakichkolwiek zmian zapalnych. W drugim przypadku stwierdził SACHS w rdzeniu zwyrodnienie bocznych dróg piramidalnych, sięgające aż do części lędźwiowej rdzenia; wielkie *ganglia*, *chiasma*, *pons*, *medulla oblongata* były normalne. Poza układem nerwowym nie było zmian.

KINGDON stwierdził w komórkach kory te same zmiany; prócz tego znalazł on zwiększoną liczbę komórek DEITERS'a, w rdzeniu zaś zwyrodnienie zstępujące.

W przypadku, badanym wraz z RUSSEL'em znalazł KINGDON zwyrodnienie *coronae radiatae*, zwyrodnienie dróg piramidalnych aż do najniższych odcinków rdzenia, zwyrodnienie zstępującego pęczka *trigemini* oraz zwyrodnienie w móżdżku. MOHR stwierdził w siatkówce zanik włókien nerwowych, lekki obrzęk warstwy komórek zwojowych, zgrubienie zewnętrznej warstwy molekularnej i warstwy włókien HENLE'go w zakresie plamki żółtej. Rozpatruje on substancję ziarnistą, leżącą w *fovea centralis* tuż przy zewnętrznej warstwie ziarnistej, jako produkt rozpadu rozmiękczonego barwnika nabłonkowego i zewnętrznej części czopków i przecików.

PETERSON znalazł zmiany zwyrodnieniowe w komórkach kory, najsilniejsze w zrazie potylicowym, w okolicy *fissurae calcarinae*, w *lobus frontalis* oraz w pasie ruchowym.

HIRSCH w jednym z przypadków, badanych klinicznie przez CLAIRBONNE'a, stwierdził wybitne i rozległe zmiany komórek zwojowych w siatkówce, w korze mózgowej oraz zwyrodnienia zstępujące w rdzeniu.

Badanie mikroskopowe przypadku FREY'a dało wyniki następujące: zwyrodnienie słupów bocznych, ciągnące się przez cały rdzeń, bocznych piramid, pęczków GOWERS'a oraz t. zw. *Grenschichten*; zwyrodnienie słupów GOLL'a, pochodzące się od części szyjowej rdzenia; w części szyjowej zupełny brak siatki myelinowej w rogach przednich. Prawie zupełny brak myeliny w piramidach rdzenia przedłużonego, rozszerzenie włókien poprzecznych w moście, brak myeliny w bocznej i środkowej części *pedunculii*, w środkowej części *thalami optici*, w *capsula intera et externa*, w *tractus optici*, w korze zwłaszcza w zrazie czolo-

wym, mniej w potylicowym, zupełny brak włóken tangencyalnych we wszystkich warstwach. Ogromne zmiany w komórkach piramidalnych, które przedstawiają się w postaci bezkształtnych tworów. Nie było najmniejszych oznak stanu zapalnego. Liczba jąder glei nie zwiększona. **M a k r o s k o p o w o:** półkole nie wykazuje zmian morfologicznych, *fissurae et gyri* mają normalną konfigurację. Wielkość mózgu odpowiada wiekowi dziecka.

**SCHUETZ** w przypadku swoim stwierdził, co następuje:

**M a k r o s k o p o w o:** zmniejszenie *medullae oblongatae* we wszystkich wymiarach, zanik i zwiększona konsystencya mózgu; umiarkowane *leptomeningitis*. *Nervi optici* przed wejściem do *foramen opticum* miały grubość mniej więcej gęsiego pióra, na miejscu przejścia zaś były znacznie ścięćczałe. **M i k r o s k o p o w o:** skleroza dróg piramidalnych, wybitne zwyrodnienie i zanik komórek piramidalnych kory, komórek rogów przednich rdzenia, zwyrodnienie dróg piramidalnych w *medulla oblongata*, *pes pedunculi*, *capsula interna*, *corona radiata* i w korze. Zanik nerwów wzrokowych.

Tak więc wszystkie badania pośmiertne wykazały zgodnie sprawę zwyrodnieniową niezapalną, która rozszerza się na cały układ nerwowy, głównie zaś na korę półkul mózgowych, których zajęcie wywołuje wtórny zanik włókien myelinowych w moście, mózdzku, rdzeniu przedłużonym i rdzeniu pacierzowym. Sprawa rozszerza się także i na przednie rogi rdzenia, wykazując w nich typowe zwyrodnienie zstępujące, a wreszcie na tylne korzenie i tylne słupy. Zachodzi tylko pytanie, jak należy zapatrywać się na te zmiany: czy, jako na anomalię rozwojową, czy też jako na zmiany degeneracyjne *post partum*? Pod tym względem kwestya bynajmniej nie jest rozstrzygnięta. Ostatni **FREY**, opierając się na wynikach badania jednego przypadku, a mianowicie na normalnej makroskopowej konfiguracji mózgu i rdzenia i na normalnym przebiegu brózd — kategorycznie wyklucza pierwsze przypuszczenie, twierdząc, że mamy tutaj przed sobą **n o r m a l n y** mózg, który wyłącznie w stanie pozamacicznym podlega sprawie degeneracyjnej. Niestety, na ten ważny szczegół nie wszyscy badacze zwracali uwagę; zauważę tylko, że **SACHS** w dwu przypadkach swoich zauważył makroskopijny wygląd mózgu taki, jaki znajdujemy u idiotów, a **SCHUETZ** opisuje w przypadku swoim zmniejszenie *medullae oblongatae* we wszystkich wymiarach oraz zanik mózgu *in toto* i zwiększoną jego konsystencyę, spostrzeżenie więc **FREY**'a nie jest miarodajne, a wniosek jego — zbyt uogólniony i budzący poważne wątpliwości. Istnieje wprawdzie w patologii ludzi dorosłych cały szereg zwyrodnieniowych cierpień wewnątrzustrojowych (*endogen* w sensie **STRUEMPFL**'a (*sclerosis multiplex, sclerosis lateralis amyotrophica, combinirte Systemerkrankung* i t. d.), możnaby więc drogą analogii uważać chorobę **TAY-SACHS**'a za analogiczne cierpienie wieku dziecięcego, lecz kto wie, czy i w tej grupie nozologicznej ściślejsze badanie nie wykaże z czasem jakiejś szkodliwości, dostającej się do układu nerwowego z zewnątrz. Poza tem trudno zrozumieć, dla czegożby mózg zupełnie normalny miał w pewnej fazie zatrzymać się w rozwoju. Pod tym względem mogłaby dać pewne wskazówki dokładniejsza obserwacya kliniczna: dotychczasowe opisy kliniczne są nadzwyczaj pobieżne, wywiady z natury rzeczy opierają się na opowiadaniu matki, wiadomo zaś, jak trudna jest obserwacya psychiki dziecka w pierwszych miesiącach

jego rozwoju i jak trudno nieraz nawet lekarzowi orzec co w niej jest normalne, a co patologiczne. Dlatego też sądzę, że dzisiejsze określenia choroby TAY-SACHS'a, głoszące, że dziecko do pewnego wieku rozwija się normalnie, należałoby brać *cum grano salis* i że krytyczna obserwacja naukowa wykazałaby być może i w tym okresie pozornego zdrowia pewne defekty, bądź pod względem psychicznym, bądź pod względem somatycznym. Pociuszający pod tym względem jest mój przypadek, w którym matka pacjenta, doskonale i bacznie obserwując dziecko od pierwszych dni życia, kategorycznie twierdzi, że d z i e c k o w o g ó ł e n i g d y n i e w i d z i a ł o, podkreślając jednocześnie zmiany w psychice i ustroju dziecka oraz zatrzymywanie się jego w rozwoju fizycznym, począwszy od 6-go miesiąca życia. Sądzę więc, że w patogenezie cierpienia tego uzasadnione jest przyjęcie wrodzonego niedorozwoju mózgowego, na którego tle dopiero rozwijają się w pewnych miesiącach życia w całym układzie nerwowym zmiany o charakterze degenacyjnym [niezapalnym]. Wspomnę jeszcze w końcu o hipotezie HIRSCH'a, który przypuszczał możliwość działania toksyn, przechodzących na dziecko przez mleko matki, i który próbował nawet zmienić, u pacjenta swego mleko matki—oczywiście bez żadnego skutku, oraz o teorii MORZ'a angioneurotycznego obrzęku *maculae*, jako przyczyny zmian w niej, która nie znalazła zwolenników u większości badaczy, uważających obrzęk ten za zjawisko pośmiertne.

Sz. drowi FLATAUOWI składam serdeczne podziękowanie za pomoc i wskazówki w opracowaniu tego przypadku.

## L I T E R A T U R A.

- 1) WARREN TAY. Transaction of the Ophthalmol. Society. 1884. ref. z Neur. Centralbl.
- 2) SACHS. Deut. med. Woch. 1898.
- 3) MOTZ, Arch. f. Angenheilkund. 1897.
- 4) SCHUEFFER. Wien. klin. Rundschau 1902, Nr. 16.
- 5) FALKENHEIM. Deut. med. Woch. 1901 Nr. 2.
- 6) HIGIER. Neurol. Centr. 1901.
- 7) FREY. Neurol. Centr. 1901.
- 8) GESSNER Munch. med. Woch. 1903, Nr. 7.
- 9) SCHUETZ. Munch. med. Woch. 1903, Nr. 33, (protok. pos. Tow. Lek. w Lipsku).
- 10) MUELBERGER. Munch. med. Woch. 1903, Nr. 45.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

36. M. L. K. Gliński. Gruczoły trawienne w górnej części przetyku u człowieka, oraz ich znaczenie.

Bardzo często w górnym odcinku ludzkiego przetyku znaleźć można gruczoły, podobne do żołądkowych.

Na 3—9% autopsyi już makroskopowo wykazać można obecność tych gruczołów w postaci dobrze widocznych ognisk; w innych przypadkach obecność ich można stwierdzić tylko drobnowidzowo.

Gruczoły leżą zazwyczaj w licznych zatokach górnej części przetyku na

wysokości chrząstki pierścieniowej do piątego pierścienia tchawicy; spotkać je jednak można i w innych częściach przełyku.

Na pierwszy rzut oka ogniska gruczołów trawiennych przełyku makroskopowo robią wrażenie nadżarę (*erosiones*) i mają wygląd dwójaki: 1) ogniska soczewkowate w falis tymi brzegami, zazwyczaj głęboko usadowione w ścianie przełyku i leżące oddzielnie jedno od drugiego; 2) małe okrągłe lub nieprawidłowe ogniska, leżące na powierzchni błony śluzowej przełyku, często łączące się w duże grupy.

Zwykle gruczoły trawienne przełyku widzimy pod postacią dwóch symetrycznych ognisk, umiejscowionych w obu zatokach bocznych; wyjątkowo [makro- i mikroskopowo] wykazać można jeszcze jedno asymetryczne ognisko w prawej zatoce bocznej; niekiedy znajdujemy wiele gruczołów nieznacznie oddalonych jeden od drugiego.

Gruczoły trawienne zdarzają się jednakowo często w każdym wieku, częściej jednak u mężczyzn, niż u kobiet. Wielkość gruczołów zupełnie nie zależy od wieku osobnika.

Drobnowidzowo — gruczoły trawienne umiejscowione są w samej błonie śluzowej, czasem zajmują błonę mięśniową śluzówki, nigdy jednak nie właczają się w błonę podśluzową; częściej ścięnczona mięśniowa śluzówki tworzy uchylkowate zatoki.

*Stroma* gruczołów składa się z luźnej tkanki limfatycznej, mniej lub więcej gęstej i zawierającej guziczki limfatyczne z komórkami zarodkowymi.

Gruczoły trawienne górnej części przełyku należą do typu rozgałęzionych gruczołów rurkowatych; nabłonek ich składa się z dwójakiego rodzaju ściśle łączonych z sobą komórek, odpowiadających głównym i okładowym komórkom gruczołów żołądkowych. We wszystkich ogniskach gruczołowych zdarzają się komórki okładowe, są jednak bardzo nierównomiernie rozmieszczone.

Wyloty gruczołów wysłane są wysokim jednowarstwowym, przezroczystym nabłonkiem cylindrycznym, w którego cytoplazmie przy barwieniu daje się wykryć obecność śluzu. Rurki gruczołowe, a zwłaszcza wyloty, przedstawiają się w postaci rozszerzeń ampulkowatych.

Nabłonek, pokrywający ogniska gruczołów trawiennych, albo nie różni się od jednowarstwowego nabłonka płaskiego innych części przełyku, lub też zastąpiony bywa przez wysoki nabłonek cylindryczny, podobny do nabłonka błony śluzowej żołądka; zdarza się, że jedno ognisko gruczołowe zawiera częściowo jeden, częściowo drugi nabłonek. Jeżeli nabłonek cylindryczny zajmuje większą powierzchnię, to często błona śluzowa fałduje się i robi wrażenie kawałka zblakanej błony śluzowej żołądka.

Na miejscach, wysłanych nabłonkiem płaskim, wyloty gruczołów otwierają się na wierzchołkach brodawek łącznotkankowych, w wysłanych zaś nabłonkiem cylindrycznym — w wklęsłościach błony śluzowej.

Z patologicznego punktu widzenia gruczoły trawienne przełyku mają wielkie znaczenie ze względu na powstawanie: 1) raków przełyku, a zwłaszcza raków cylindrycznych; 2) uchylków (*Pulsionsdivertikel*); 3) okrągłych wrzodów przełyku; 4) ropnych i posocznicych cierpień tkanki okołoprzełykowej; 5) gruczyczych procesów w przełyku.

Tkankę limfatyczną, stanowiącą ośnowę gruczołów, należy uważać za *locus minoris resistentiae*, ułatwiające wejście zarazków gruczyczych, skąd łatwo przedostają się do gruczołów chłonnych szyi, śródpiersia, oskrzeli i t. d. Według autora, powstawanie pierwotnych zmian gruczyczych w gruczołach u dzieci można w większości przypadków objaśnić tym sposobem.

(*Bulletin international de l'Academie des sciences de Cracovie*, Novembre 1903 Nr. 9).

J. Kolasiński.



## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— + — + —

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

Odpowiedź Sz. Redakcyi na mój list otwarty, wydrukowany z № 23 Gazety Lekarskiej, przekonała mnie, że intencje moje zostały źle rozumiane.

1) Redakcyja pisze: „Kol. WRZOSK myli się twierdząc, iż Redakcyja Gazety Lekarskiej“ odmawia z góry znaczenia wydawnictwu Biblioteki JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO“.

Ja zaś pisałem: „Redakcyja odmawia z góry temu wydawnictwu znaczenia, na jak i e o n o zasługuje“.

2) Redakcyja pisze: „Obrażona lub zadrażniona ambicya osobista nie powinna upoważniać nikogo do robienia drugiemu zarzutu czynu nieszlachetnego“.

Ja zaś pisałem: „To dziwna rzecz, iż u nas, gdzie tak trudno wprowadzić w czyn, jakkolwiek myśl, li dobro publiczne mającą na celu, iż u nas gdy wreszcie znajdzie się ktoś, kto myśl tego rodzaju chce urzeczywistnić, rychło spotyka się z krytyką miasto zachęty i moralnego poparcia“. Pisząc te słowa, ani mi przez myśl nie przeszło robić Gazecie Lekarskiej zarzut czynu nieszlachetnego, gdyż nie wątpiłem i nie wątpię w dobre zamiary tego rodzaju krytyk, lubo wątpiłem i wątpię w pożytek tego rodzaju krytyk, co najmniej przedwczesnych.

3) Redakcyja w odpowiedzi na mój list pisze:

„I dziś mimo uwag kol. WRZOSKA powtarzamy, że w obecnym stanie nauk przyrodniczych, *resp.* medycyny, powinniśmy kroczyć tą samą drogą, która na Zachodzie wydała tak wspaniałe owoce, a której i my zawdzięczamy tę garstkę uczonych, jacy ozdobili karty naszej historii medycyny, lub obecnie istnieją jeszcze i zaszczytnie pracują — a jeśli chcemy zwiększyć ich zastęp i zająć wybitniejsze stanowisko w nauce, to stwórzmy naukowy warsztat i to dobrze wyposażony“.

Ja zaś nie twierdziłem nigdzie, iż należy kroczyć inną drogą, jak tą „która na Zachodzie wydała tak wspaniałe owoce“. Uważam pracownię za warunek konieczny rozwoju medycyny, ale nie za jedyny. Do tworzenia bowiem dzieł, rzetelną wartość posiadających, nie wystarcza samapracownia, lecz potrzeba do tego przedewszystkiem umysłu i twórczego, i głębokiego. Nie dość mieć umysł twórczy, trzeba go pogłębiać, aby twórczość płytka nie była, a do pogłębienia naszej myśli naukowej znakomicie przyczynić się może studyowanie dzieł znakomitych uczonych i nie tylko współczesnych, ale i dawniejszych, i nie tylko obcych, ale przedewszystkiem swoich.

Jeszcze raz powtórzę, że każdy powita z radością myśl założenia zbiorowemi siłami dobrze wyposażonej pracowni naukowej, ale nie rozumiem, co ma ten projekt wspólnego z zamierzoną Biblioteką JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO. Są to dwie rzeczy zupełnie różne, które mogą prowadzić do jednego celu, wzajemnie się uzupełniając. Zresztą na założenie takiej pracowni, o jakiej Gazeta Lekarska myśli, potrzeba pomijając inne rzeczy, bardzo wielkich środków, na które na razie, kto wie, czy zdobyć się możemy; ale możemy się zdobyć z pewnością na wymagające skromnych środków wydawnictwo dzieł znakomitych naszych lekarzów i przyrodników, które są ogółowi naszych medyków albo zgoła niedostępne albo z trudnością dostępne, a przez to albo zgoła nieznane, albo bardzo mało znane. Umyslnie mówię „możemy się zdobyć“, a nie „może się zdobyć Redakcyja Biblioteki JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO“, bo choć Redakcyi będzie się należała wielka podzięka, jeśli wydawnictwo do końca doprowadzi, to jednak w znacznej mierze będzie to zasługa ogółu naszych lekarzów, bo bez ich moralnego i materyalnego poparcia, wydawnictwo istnieć nie powinno. Byłoby prosto marnowaniem grosza i pracy wydawanie dzieł wybitnych naszych uczonych medyków i przyrodników, jeśliby ogół naszych lekarzów uważał to wydawnictwo za zbędne i poparcia niegodne. Bo wydawać rzeczzone dzieła dla garstki zwolenników stanowczo nie warto, bo dla garstki są one do pewnego stopnia i teraz dostęp-

ne, lecz nie są dostępne dla szerszego ogółu, dla którego przeznaczona jest Biblioteka JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO.

Na tym polemikę zamykam.

Kraków d. 16 czerwca 1904 r.

Adam Wrzosek.

I nam śpieszno zakończyć, zwłaszcza wobec wytrwałego twierdzenia kol. WRZOSKA, iż redakcyja „Gazety Lekarskiej“ odmawia wydawnictwu Biblioteki JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO znaczenia, na jakie ono zasługuje, czego nigdy i nigdzieśmy nie powiedzieli. Owszem życzyliśmy i życzymy — jak każdemu nowemu u nas wydawnictwu — jak największego powodzenia, zaznaczamy tylko jeszcze raz — o co nam jedynie chodziło w poprzednich uwagach — iż powątpiewamy, aby przedruk dzieł starych mógł wywrzeć wpływ, którego kol. W. się spodziewa, to jest mógł „pogłębić myśl naukową współczesnego pokolenia lekarzy i zachować ciągłość naszej tradycyi naukowej“. Przekrzyliśmy i przeżywamy przedruki i na innych polach literatury i doszliśmy do przekonania, iż przedrukowywanie jest najczęściej, jeśli nie zawsze, dowodem posuchy naukowej lub literackiej.

Red.

## Wiadomości bieżące.

— Zebranie akcyaryuszów drogi żelaznej Warszawsko-Wiedeńskiej, odbyte w d. 20 b. m., upoważniło Radę zarządzającą teje drogi do udzielenia z kapitału zapasowego pożyczki bezwrotnej 30000 rubli Warszawskiemu Towarzystwu Hygienicznemu na ukończenie budowy sanatorium dla suchotników Rutka w dobrach Kuflew powiatu Nowomińskiego. Pożyczka ta zapewni zarządowi drogi żelaznej wspomnianej możność umieszczania w tem sanatorium swoich urzędników i oficyalistów, dotkniętych chorobami piersiowemi za opłatą po 1 rub. 50 kop. za dobę. Sanatorium zobowiązało się utrzymać stale 10 łózek do rozporządzenia drogi żelaznej Warszawsko-Wiedeńskiej, i ma być ukończone do dnia 1 lipca 1905 r.

— Wyszedł Zeszyt 3 A tomu II „Nauki o chorobach wewnętrznych“, obejmujący dokończenie chorób narządu ruchowego przez dra LATKOWSKIEGO.

— W Rabce odbyło się uroczyste poświęcenie nowego budynku kolonii leczniczej dla dzieci skrofalicznych.

— Władza wojskowa obstałowała w Petersburskim Instytucie medycyny doświadczalnej 5000 flakonów surowicy antydyzenterycznej, z dostawą na d. 1 lipca r. b.

— Paryska rada miejska dobroczynności publicznej (*Assistance publique*) skazana została sądownie na zapłacenie 2000 franków odszkodowania i 300 franków rocznie renty dożywotniej mamce, której powierzono na wykarmienie dziecko, obarczone syfilisem dziedzicznym, a którym ono mamkę zaraziło.

— Budżet teje rady miejskiej dobroczynności publicznej m. Paryża, zatwierdzony w r. 1904, wynosi 63,860,425 fr. 50 cm.

— Na międzynarodowej wystawie powszechnej, która odbędzie się w r. 1905 w Liege, duże miejsce poświęcone będzie i medycynie.

**Sprostowanie.** W № 21 na str. 495, wiersz 8 od dołu zamiast: ich uwarstwienia, winno być: lub uwarstwienia; na str. 497, wiersz 11 od góry zamiast: w drugich kawałkach, winno być: w dużych kawałkach; w № 23 na str. 542 w. 15 od dołu zamiast; oraz, powinno być: oaz; na str. 559, wiersz 8 od dołu zamiast: bez znacznie drobniejszych rozmiarów obecnie były, winno być: lecz znacznie drobniejszych rozmiarów, obecne były; na str. 561 wiersz 5 od góry zamiast: bakteryi z grzybów, winno być: bakteryi i grzybów; na str. 562 wiersz 3 od góry zamiast: *dematrum pullulans* winno być: *dematium pullulans*.