

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 32.

Warszawa d. 26 Lipca (8 Sierpnia) 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O rozpoznawaniu białaczki. Napisał d-r St. Klejn. (Dokończenie). — Przyczynę do kazuistyki nowotworów pierwotnych pochwy. Podał d-r H. Raszkes. — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 83. O rozpoznawczym i leczniczym znaczeniu stanu podrażnienia nerwu sympatycznego w przebiegu wrzodu żołądka. 84. O neurastenicznych neuralgiach. — Sprawozdanie z narad nad higieną prowincyi. — XXXIII zjazd neurologów i psychiatrów z południowo-zachodnich Niemiec. (Sprawozdanie własne). Podał M. Urnstein (Heidelberg). (Dokończenie) — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **ZMARLI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r St. Klejn — Sur le diagnostic de la leucémie 2) D-r H. Raszkes — Contribution à la casuistique des néoplasmes primitifs de la vagine.

Redaction Dr. M. Sadowski. Wars. vie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNA“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r St. Klejn — Ueber die Diagnose der Leukaemie. 2) D-r H. Raszkes — Ein Beitrag zur Kasuistik der primären Neubildungen der Scheide.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału wewnętrznego szpitala Starozakonnym
w Warszawie.

O ROZPOZNAWANIU BIAŁACZKI.

Napisał

D-r STANISŁAW KLEJN

Ordynator oddziału.

(DONIESIENIE TYMCZASOWE).

(Rzecz odczytana w Warszawskim Towarzystwie
Lekarskim w dniu 5 i 19 maja 1903 r.)

(Dokończenie. — Patrz Nr 31).

Przed 4 laty obserwowałem przypadek, który, jak Sz. Panowie się przekonacie, związek między nowotworami sarkomatycznymi a limfocytemią czyni jeszcze bardziej ścisłym, niż przy-

padki, które przed chwilą przytoczyłem. Przypadek ten pod względem anatomopatologicznym stanowi swego rodzaju rzadkość i z tego względu zainteresował przy seceyi kol. STEINHAUSA, który wyniki jej dał do opracowania kol. STERLINGOWI, a ten je ogłosił w r. 1901 w „Gazecie Lekarskiej“ p. t. „Mięsak rozlany serca, nerek i gruczołu krokowego“. Uwalnia mnie to z jednej strony od wielu szczegółów, co do których ciekawych odsyłam do wspomnianego artykułu kolegi S., z drugiej znów pozwala mi bardziej obiektywnie związać dane seceyi z objawami klinicznymi.

Zysman Szmul Ieek, kupiec z Żelechowa, wstąpił do mego oddziału w dniu 23. V. 1899 r. ze skargami na bóle w rękach, nogach i krzyżu. Choruje od 6 tygodni. Zaczęło się od bólów w lewej ręce, potem w prawej, bóle następnie przeszły na obie nogi, w ostatnich dniach zjawily się bóle w krzyżu. Jednocześnie z tymi bólami chory począł częściej oddawać mocz, obecnie oddaje mocz do 15 r. w ciągu dnia, a i w nocy często się w tym celu zrywa. Podczas całej tej choroby miał ciągle pragnienie i, jak się choremu zdaje, trochę gorączki bez duszności i potów. Cieszył się zreszcie jaknajlepszym zdrowiem, syfilisu nie przechodził. Dzieci są zdrowe.

St. praesens. Budowa dobra, odżywianie marne. Stan bezgorączkowy. Silne osłabienie i zawrót głowy przy siadaniu. W płucach *frem. pector.* wzmożony po stronie prawej, w prawym wierzchołku nieznaczne stępienie i oddech zastrzony. Serce nie powiększone, szmer skurczowy u wierzchołka serca i na *proc. xyphoideus.* Tętno 96. Wątroba dochodzi do pępka, śledziona niewyczuwalna. Pod wątrobą wyczuwa się wyraźnie prawa nerka. Gruczoły, z wyjątkiem biodrowych, niepowiększone. Łaknienie słabe, stolce prawidłowe. Na dolnej wardze na błonie śluzowej powierzchowne owrzodzenie o gładkich brzegach, pokryte szarym nalotem. Dziąsła zębów przednich cokolwiek obrzmiałe. Gardziel bez zmian. Oczy bez zmian. Mocz błądy, zawiera ślady białka i sporo leukocytów. Wyraźna bolesność kości kończyn dolnych i górnych, *ossis ilei*, żeber, mostka i kręgosłupa. Bóle te występują samoistnie, zwiększają się od ucisku, najwięcej trapią chorego w nocy, nie pozwalając mu się ruszyć. Powierzchnia kości nie wydaje się zmienioną. Czuć, ruchy i odruchy zachowane.

Przy badaniu *per rectum* okazało się, iż lewa połowa gruczołu krokowego jest mocno powiększona i cokolwiek bolesna, w pęcherzu kamieni niema, średni kateter meta-

lowy daje się z łatwością wprowadzić do pęcherza.

Krew chorego, zbadana 10 dnia pobytu w szpitalu, wykazała wyraźną leukocytozę (około 20.000) z wyraźnym powiększeniem liczby leukocytów neutrofilowych.

Chory był pod obserwacją przeszło miesiąc. W ciągu tego okresu czasu bóle rozprzestrzeniły się na cały prawie układ kostny, dość powiedzieć, że oprócz wspomnianych kości bolesność wystąpiła ze strony niektórych kości twarzy, w obojczykach, w łopatkach i w całym prawie kręgosłupie. Chory z trudnością się ruszał, chodzić prawie wcale nie był w stanie. Owrzodzenie na wardze stopniowo się szerzyło po powierzchni, nie drążąc wgłąb. Osłabienie coraz bardziej się zwiększało, na trzy dni przed śmiercią zjawila się gorączka (38°), i kaszel, nieznaczny z początku, zwiększył się, chory wreszcie 33 dnia pobytu w szpitalu zmarł.

Do obrazu klinicznego dodać jeszcze muszę, iż w moczu przy wielokrotnym badaniu zawsze znajdowano ślady białka, natomiast t. zw. albumozy BENCE-JONES'a ani razu nie udało mi się wykryć. Chory nie zdradzał ani oznak charłactwa, ani wyraźnej anemii, a badanie krwi, wykonane na 3 dni przed śmiercią, dało krążków czerwonych 4.704.000 i hemoglobiny 95%.

Z chwilą, gdy stwierdzono u chorego wyraźne powiększenie gruczołu krokowego, rozpoznanie nie zdawało się ulegać wątpliwości — sądziłem, iż miałem do czynienia z nowotworem, najprawdopodobniej rakiem tego gruczołu, bóle zaś w kościach tłomaczyłem sobie przerzutami w nich. Dziwną trochę, co prawda, wydawała mi się rozległość sprawy przerzutowej. Ponieważ w takich razach obraz krwi, jak wiadomo z poszukiwań EPSTEIN'a, BRAUN'a i innych, przedstawia pewne ciekawe i odrębne cechy, postanowiłem badać u chorego krew systematycznie. I oto jakie otrzymałem dane.

TABLICA VII.

S. J. Zysman.

| Nr. | Data | Leukocyty | Limfocyty o/0 | Neutrofile o/0 | Eosinofile o/0 | Erytroblasty o/0 | Myelocyty o/0 |
|-----|-------|-----------|------------------|-------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| 1 | 4. VI | — | 21.6 | 74.6 | 1.3 | 0.8 | 1.7 |
| 2 | 6 | 22 200 | 18.7 | 74.6 | 3.2 | 1.2 | 2.3 |
| 3 | 8 | 16 760 | 29.3 | 63.9 | 2.6 | 2.4 | 1.8 |
| 4 | 11 | 21.640 | 45.0 | 45.3 | 2.0 | 5.2 | 2.5 |
| 5 | 17 | 22.280 | 67.1 | 27.6 | 0.9 | 3.8 | 0.6 |
| 6 | 21 | 20.440 | 86.0 | 12.6 | 0.5 | 0.9 | — |

W ciągu pierwszych 2 tygodni (por. tabl. VII) znajdowałem u chorego liczbę leukocytów zwiększoną (od 16.000—22.000), odsetka limfocytów wahała się między 18 a 29, odsetka zaś neutrofilów między 64 a 74. Resztę stanowiły eozynofile (około 3%), myelocyty typowe (około 2%) i krążki czerwone z jądrami w coraz większej liczbie (0.8—2.4%). Pomędzy tymi ostatnimi były typowe megaloblasty.

Obraz ten wcale mnie nie zadziwił, gdyż, jak wspominałem, podobne obrazy były już opisywane przy nowotworach kości, zresztą sam je niejednokrotnie obserwowałem, tak że okoliczność ta jeszcze bardziej utwierdzała mnie w pierwotnie zrobionem rozpoznaniu. Przy następnych jednak badaniach krwi obraz mikroskopowy stopniowo, lecz bardzo wyraźnie, się zmienił. Pomijając cyfry, tyjące się krążków czerwonych z jądrami i myelocytów (liczba ich w każdym razie się nie zwiększyła, a raczej się zmniejszyła), zaznaczyć muszę, iż przy niezmienionej ogólnej liczbie leukocytów, która, jak i dawniej, wynosiła przeszło 20.000, liczba limfocytów wciąż się zwiększała, a mianowicie od 29.3% doszła w ciągu 3 dni do 45%, w 6 dni później wynosiła 67.1%, po 4 zaś dniach, a na 3 dni przed śmiercią doszła do 86%, w tym samym stosunku zmniejszyła się liczba leukocytów neutrofilowych:

z 63.9% spadła stopniowo do 12.6%. Słowem, pod względem hematologicznym mieliśmy tu do czynienia z wyraźną limfocytemią w ostatnim okresie, która niezem absolutnie się nie różniła od limfocytemii, opisaney w poprzednich przypadkach typowej limfemii.

Pomimo to jednak trudno było w danym przypadku rozpoznać to cierpienie, przedewszystkiem na zasadzie braku danych klinicznych — nie mieliśmy tu bowiem ani powiększenia gruczołów, ani powiększenia śledziony. Prócz tego przy takim rozpoznaniu, sądząc z przebiegu, należałoby przypuszczać, iż mieliśmy do czynienia z leukemią ostrą, która rozwinęła się w naszych oczach, ale też w takich razach brak wprawdzie powiększenia gruczołów i śledziony, natomiast istnieją: wyraźna dyateza krwotoczna i zmiany w ustach. Pierwszej nie było wcale, drugie zaś były zaledwie wyrażone, i trudno je było nazwać leukemicznymi. Z tych to powodów zapytywany przez kol. STEINHAUSA o rozpoznanie kliniczne, nie wahałem się ani chwilę z wyłączeniem leukemii i pozostawiłem rozpoznanie pierwotne. Dane jednak, otrzymane przy sekcji, dały wyniki zupełnie nieoczekiwane.

Podaję tu te dane według artykułu kol. STERLINGA, pozwalając sobie uzupełnić je niektórymi szczegółami, tam pominiętymi.

W płucach znaleziono drobne stare ogniiska gruźlicze, szczególnie w prawem, serce znacznie powiększone w obu wymiarach, mięsień serca znacznie zgrubiał, na powierzchni i na przekroju jest miejscami zupełnie biało-żółty, miejscami normalnie czerwony, miejscami znów w pośród blade-żółtej tkanki widać smugi czerwone normalnego mięśnia. Tkanka mięśnia jest wszędzie twarda, małokrwista. Zastawki są prawidłowe. Na wsierdzu nieliczne wylewy krwawe. Śledziona nie powiększona, łatwo się rwie, barwy prawidłowej. Wątroba muszkatulowa. Obie nerki olbrzymie, powiększone

wtrójnasób, część korowa olbrzymio zgrubiała, blada o spoistości drzewa. Piramidy również blade. Na przekroju obraz tu jest podobny do przekroju serca, gdyż na tle blade-żółtem widać pasma niezmienionej tkanki nerkowej, ta ostatnia przeważa w piramidach. Na błonie śluzowej żołądka przekrwionej drobne wybroczyny. Kiszki bez zmian. Gruczoł krokowy znacznie powiększony, wielkości pomarańczy, twardy, na przekroju biało-żółty, zawiera jamy torbielowate. Błona śluzowa pęcherza w stanie zapalnym. Gruczoły oskrzelowe i kreskowe umiarkowanie powiększone. Szpik kostny uda prawego blade-czerwony, o spoistości dość znacznej, szpik kostny mostka szaroczerwony. Substancja kostna niezgrubiała. Kręgi i kości jamy miednicy żadnych widocznych zmian nie przedstawiają.

Badanie mikroskopowe serca, nerek i gruczołu krokowego dało wyniki następujące:

Blado żółte masy w tych 3 narządach zależą od rozlanego nacieczenia drobnymi komórkami z jednym stosunkowo dużym jądrem i małą ilością protoplazmy, komórkami, podobnymi do limfocytów krwi. Nacieczenie to rozpycha elementy komórkowe tkanek, stosunkowo mało je zmieniając, i w niektórych miejscach zajmuje duże obszary, np. w korze nerek i w gruczole krokowym, w innych zaś występuje w postaci rozmaitej grubości smug, złożonych z 1 do kilku warstw komórek, idących wzdłuż przestrzeni łączno-tkankowych. Pomiedzy temi smugami można znaleźć często bardzo dobrze zachowane elementy mięsiste odpowiednich narządów, niekiedy tylko, jak np. w nerkach, nabłonek przedstawia się zmetniałym, niekiedy nekrotycznym. Większe naczynia i kłębki MALPIGHI'usza są często zupełnie bezkrwiste, same zaś naczynia są zupełnie niezmienione. Laseczników gruczołowych i komórek olbrzymich nigdzie nie znalaziono.

Na zasadzie tego obrazu mikroskopowego kol. STEINHAUS a wraz z nim kol. STERLING roz-

poznali w danym przypadku mięsaka drobnokomórkowego, infiltrującego tkankę serca, nerek i gruczołu krokowego, a na zasadzie braku charakterystycznych zmian we krwi, w gruczolach i śledzionie wyłączyli obecność białaczki. Kol. STERLING w pracy swojej zaznacza jeszcze, iż trudno powiedzieć, który z narządów był pierwotnie zajęty przez nowotwór, i przytacza analogiczne pod pewnym względem spostrzeżenie WEHLAND'a.

Jeżeli byśmy poprzestali na przytoczonych danych sekcyjnych, to rozpoznanie mięsaka, wprawdzie o postaci bardzo niezwyklej, musiało by nas zadowolnić do pewnego stopnia. Powiadam do pewnego stopnia, gdyż sekcya nie wytłomaczyła nam objawu, spostrzeganego za życia, a mianowicie, wyraźnej limfocytozy krwi. Wprawdzie zmianom we krwi nie przypisywałem początkowo wielkiego znaczenia, uważając je za objaw przypadkowy. Jednakże skoro chory zmarł, należało odnaleźć źródło tego objawu — należało zatem, wobec braku powiększenia gruczolów, zbadać mikroskopowo szpik kostny. I dopiero, gdybyśmy tu nie znaleźli odpowiednich zmian, możnaby było zmiany we krwi uważać za rzecz przypadku. I okazało się rzeczywiście, że szpik był zmieniony w wysokim stopniu. Już wyżej wspomniałem, że szpik przedstawiał się szaroczerwonym, zarówno w kościach długich, jak i krótkich — rzecz dość często napotykana w rozmaitego rodzaju stanach charłacznych; w takich jednak razach znajdujemy pod mikroskopem brak tłuszczu w kościach długich, a na jego miejscu normalne elementy szpikowe kości krótkich z przewagą krążków czerwonych z jądrami lub komórek ziarnistych — neutrofilowych i eozynofilowych. W naszym przypadku badanie mikroskopowe dało wyniki zupełnie odmienne — nie znaleźliśmy wcale prawie tych komórek, a tylko same prawie limfocyty, tak że obraz zupełnie był identyczny z obrazem, napotykanym

w preparatach szpiku przy limfemii, a więc limfocytoza końcowa nie była rzeczą przypadkową, lecz miała swój podkład anatomiczny.

Ponieważ zdaje się obecnie nie ulegać wątpliwości, że przyczyną zwiększenia liczby limfocytów we krwi są głównie zmiany szpiku²³⁾, który ulega t. zw. limfadenoidalnej degeneracji, przyczem w kościach krótkich, zamiast leukocytów ziarnistych, a w długich zamiast tłuszczu znajdujemy same prawie limfocyty, powinniśmy przyjść do wniosku, iż w naszym przypadku mieliśmy oprócz szczególnego rodzaju mięsaka jeszcze limfocytyczną degenerację szpiku, której wyrazem była występująca za życia coraz wyraźniejsza limfocytemia. Dwa te objawy: zmiany we krwi i odpowiadające im zmiany w szpiku — dotychczas były nieomylnem kryterium limfocytemii. Z tego punktu widzenia rozpatrując nasz przypadek, należałoby go zaliczyć do rzędu leukemii *resp.* limfocytemii. Ale w takim razie przypadek ten pod wieloma względami daleko odbiegałby od przyjętego typu tej choroby. Przedewszystkiem co do swego przebiegu klinicznego. Po pierwsze, przebieg miał charakter ostry: choroba trwała wszystkiego *maximum* 3 miesiące, a mimo to brak było objawów, cechujących limfemię ostrą (skażenie krwotoczne i zmiany w jamie ustnej). Po drugie, brak było powiększenia gruczołów, śledziony i w ogóle bujania tkanki limfatycznej, tak charakterystycznego, zarówno dla postaci ostrej, jak i przewlekłej. Po trzecie: gdy w końcu choroby istniały we krwi zmiany charakterystyczne, choć umiarkowane dla limfemii, to w pierwszych tygodniach zmiany te zupełnie nie odpowiadały temu, co zwykle we krwi w takich razach napotykaemy; mieliśmy z początku wyraźną leukocytozę neutrofilową, która stopniowo dopiero prze-

szła w limfocytozę. Z tego też powodu, gdybyśmy tu rozpoznali leukemię, musielibyśmy przyjmując za pewnik, iż z cierpienia jakiegoś narządu (jak się okazało przy sekcji, z mięsaka narządów mięsaszowych), przebiegającego z leukocytozą neutrofilową, rozwinął się w krótkim czasie obraz pseudoostrej limfocytemii z charakterystycznymi zmianami w szpiku, ale bez charakterystycznych cech klinicznych.

A i pod względem anatomicznym przypadek nasz nie zupełnie był podobny do limfocytemii, nawet ostrej. Przedewszystkiem brak było powiększenia gruczołów, a głównie śledziony, następnie nie było tu owych charakterystycznych limfomatów ograniczonych w narządach wewnętrznych. Pod tym względem przypadek ten miał niejakie tylko podobieństwo do ostrej limfocytemii, w której zmiany w gruczołach, tkance adenoidalnej schodzą często na drugi plan albo wcale nie występują.

Natomiast istniał tu jeden, i to najważniejszy, objaw limfocytemii, a mianowicie, zmiany w szpiku kostnym bardzo rozległe. Z tego względu przypadek nasz był niewątpliwie leukemią. W takim jednak razie powstaje kwestya, co to za zmiany były w sercu, nerkach i prostatie, czy jest to sprawa nowotworowa swoista, czy też leukemiczna?

Nasuwa się, co prawda, przypuszczenie, że w danym przypadku mieliśmy doczynienia z nowotworem, powikłanym leukemią, jak to może być w przypadku WICZKOWSKIEGO²⁴⁾, albo też naodwrot z leukemią, powikłaną nowotworem, jak w przypadku MARISCHLER'a²⁵⁾. Ostatnie przypuszczenie absolutnie nie wytrzymuje krytyki pierwsze zaś nie może się ostać wobec tego, że tu

²³⁾ WALZ. Arb. aus dem pathol. Institut Tübingen. Bd. 2. 1899.

²⁴⁾ ²⁾ Loc. cit.

²⁵⁾ MARISCHLER. Wien. kl. Woch. 1896. N. 30.

leukemia nie miała wcale cech ostrej, a tylko taką musiałaby być.

Jeżeli przypomniemy sobie zaznaczone już wyżej podobieństwo tworów leukemicznych do nowotworów, a szczególnie do chloromatu, dającego również często limfocytemię, to dojdziemy do przekonania, że w naszym przypadku mieliśmy najprawdopodobniej do czynienia również ze zmianami leukemicznymi serca, nerek i gruczołu krokowego, prawda, dość oryginalnymi, ale, jak widzieliśmy, nie wyjątkowymi dla leukemii²⁶⁾.

W takim razie pierwszy okres choroby odpowiadający pseudoleukemii PINKUS'a, z tą różnicą, iż tu nie było jeszcze limfocytozy (wiemy zresztą, iż objawu tego niekiedy tam niema), później dopiero w miarę rozszerzenia się sprawy i przejścia jej na szpik kostny, rozwinął się obraz limfemii. Według naszego pojęcia należałoby całą sprawę od początku nazwać leukemiczną.

Już wyżej doszliśmy do przekonania, iż twory leukemiczne mają dużo cech wspólnych z niektórymi nowotworami, i że pewne nowotwory, stojące na granicy między mięsakami a tworami leukemicznymi, mogą dać obraz limfocytemii. Obecnie przekonaliśmy się znów, że leukemia limfatyczna może całkowicie przebiegać pod postacią nowotworu, limfomięsaka, a w takim razie może leukemia limfatyczna jest nieczem innym, jak tylko nowotworem limfatycznym?

Do rozstrzygnięcia tego pytania wystarczy, jeśli uznamy zmiany szpiku leukemiczne za nowotworowe, zmiany bowiem w innych narządach bez trudności za takie uznać możemy.

Otóż tu nam znów przychodzą w pomoc przypadki chloromatu i t. zw. pseudoleukemii limfocytowej. W chloromacie znajdowano, oprócz rozlanych zmian w szpiku, guzy ograniczone, zielone, z typową budową limfosarkomatów. Podobne zmiany w szpiku znajdowano w pseudoleukemii, nowotwory takie nazwano myelomatami, budowa ich niczem się nie różni od budowy przerosłych gruczołów leukemicznych. Gdy taka sprawa, niewątpliwie, jak widzimy, nowotworowa, jest ograniczona, krew nie przedstawia wybitnych zmian, co najwyżej, znajdujemy umiarkowaną leukocytozę z umiarkowaniem powiększoną odsetką limfocytów. Inaczej rzecz się ma, gdy sprawa nowotworowa rozszerzy się i zajmuje cały szpik, choćby nawet jednej kości długiej; ponieważ wtedy powiększony w objętości hiperplastyczny szpik kostny nie może już zmieścić się w niepodatnej otoczce kostnej, skierowuje się on, a raczej wypchnięty zostaje w stronę najmniejszego oporu, t. j. do naczyń wyprowadzających szpiku, a ztąd do krwi, którą zalewa swoją zawartością, t. j. limfocytami. Objaśnienie to stosunku pseudoleukemii do leukemii, podane przez NEUMANN'a²⁷⁾ i rozszerzone przez PAPPENHEIM'a²⁸⁾, wydaje mi się najbardziej odpowiadającym zmianom, zachodzącym w obu tych sprawach chorobowych.

Zmiany zatem leukemiczne szpiku, jako ciąg dalszy i wyższy stopień zmian pseudoleukemicznych, są, również jak one, natury nowotworowej. Nie zatem, jak widzimy, nie stoi na przeszkodzie do uznania całego obrazu anatomicznego leukemii limfocytowej oraz pseudoleukemii limfocytowej za sprawę nowotworową, której punktem wyjścia jest tkanka limfatyczna szpiku i wogóle tkanka adenoidalna. Nowotwory takie noszą miano limfomatów, całą zaś sprawę słusznie można nazwać limfomatozą.

²⁶⁾ W ostatnich dniach otrzymałem pracę L. K. GLIŚKIEGO (Przegląd Lekarski 1903 r.), który podobne zmiany znalazł w przypadku ostrej leukemii w sercu i nerkach.

²⁷⁾ NEUMANN. Berl. klin. Woch 1878. Nr. 6—10.

²⁸⁾ PAPPENHEIM. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 47.

Pod względem budowy anatomicznej znajduje się to cierpienie w ścisłym związku z limfosarkomatozą ogólną, która bardzo często klinicznie i mikroskopowo niczem się od niego nie różni. Prawda, istnieje niekiedy, jakśmy to zaznaczyli, różnica pod względem hematologicznym — limfosarkomatoza najczęściej nie daje limfocytozy — widzieliśmy już jednak wyżej, że różnica ta jest bardzo względna, często zaś jej wcale nie ma.

Przypominają sobie zapewne Sz. P., iż, roz biorając historię choroby M. F. oraz przypadek SCHUK'a, doszliśmy do wniosku, że mała liczba leukocytów z małym stosunkowo powiększeniem odsetki limfocytów nie wyłącza rozpoznania leukemii resp. limfocytemii, a tembardziej pseudoleukemii.

Jeżeli teraz przejrzymy liczby, oznaczające odsetkę limfocytów w zebranych przezemnie przypadkach limfemii z małą leukocytozą, a więc w dawniejszej pseudoleukemii, znajdziemy pomiędzy nimi liczby od najwyższych do najniższych, zbliżonych często do maksymalnej normy (30%), wskutek czego trudno niekiedy nawet w jednym i tym samym przypadku powiedzieć, czy mamy tu limfocytozę, czy nie. Inaczej mówiąc, zdarzają się przypadki, gdzie pseudoleukemia, a właściwie powiedziawszy, leukemia limfocytowa przebiega, że się tak wyrażę, bez limfocytozy albo też daje takie okresy, gdzie tej limfocytemii wcale nie ma, pomimo, iż obraz kliniczny jest już zupełnie wyraźnie, a nawet wybitnie zaznaczony. Fakt ten, jak już wspomniałem, zaznaczył także PINKUS²⁹⁾ w swojej monografii o leukemii.

Dotychczas zwykle przypadków takich z klinicznym obrazem leukemii limfatycznej, lecz bez

limfocytemii nie nazywano leukemią — dawaliśmy im miano albo pseudoleukemii, a w najlepszym razie limfosarkomatozy. Jednakże, jeżeli w przebiegu tego ostatniego cierpienia rozwinię się limfocytemia stała, czy też przejściowa, przypadek taki zaliczymy do limfemii, jak to uczyniliśmy w obu ostatnio przytoczonych przez nas przypadkach. Czyli, że jedno i to samo cierpienie z jednakowym obrazem klinicznym raz nazywamy pseudoleukemią lub limfosarkomatozą, innym znów razem leukemią

Ztąd wypływa wniosek, że obraz kliniczny, który Francuzi a wraz z nimi TÜRK³⁰⁾ nazwał limfomatozą, a który obejmuje dawniejsze pojęcie leukemii limfatycznej, przeważną część przypadków limfosarkomatozy, wszystkie przypadki chloromatu i pseudoleukemii PINKUS'a, a nawet niektóre przypadki mięsaków, może przebiegać z rozmaitym obrazem hematologicznym. A więc mamy przypadki, gdzie stale brak leukocytozy, gdzie istnieje leukocytoza neutrofilowa, przypadki z małą limfocytozą i przypadki z olbrzymią limfocytozą; prócz tego zdarzają się przypadki, gdzie umiarkowana limfocytoza przechodzi w maksymalną limfocytemię.

A zatem zmiany we krwi są w limfomatzie objawem drugorzędnym, objawem wtórnym, objawem w dodatku niekiedy niestałym, czyli zmiany we krwi mają znaczenie symptomatyczne, stały zaś jest tylko obraz kliniczny i anatomiczny. Różnicy zatem nawet hematologicznej między limfosarkomatozą a leukemią limfatyczną często nie ma właściwie żadnej. Od czego jednak zależy limfocytoza, występująca w pewnych przypadkach pseudoleukemii PINKUS'a, i czem warunkuje się niesta-

²⁹⁾ PINKUS. Nothnagel Spec. Path. und Therapie. Bd. VIII.

³⁰⁾ TÜRK. Wien. klin. Woch. 1899. N. 40.

łość tego objawu w przypadkach limfomatozy wogóle?

Już wyżej przytoczyliśmy w krótkości teorię NEUMANN'a i PAPPENHEIM'a, najlepiej, zdaniem naszym, tłumaczącą limfocytemię leukemiczną. Tu winniśmy jeszcze kilka słów uzupełniających.

Otóż PAPP. twierdzi, iż zmiany w gruczolach nie dają wybitnej limfocytemii, która dopiero powstaje przy rozlanej limfadenoidalnej degeneracji szpiku. Z pierwszą połową tego zdania trudno się zgodzić, gdyż w takim razie musielibyśmy przypuścić, czemu zresztą nie zaprzecza i PAPPENHEIM, że i normalne gruczoly nie uczestniczą w dostarczaniu krwi limfocytów, i że czyni to tylko szpik kostny. Tak jednak nie jest. Zresztą, zgodziwszy się na objaśnienie P., trudnoby nam było zrozumieć, dlaczego w niektórych przypadkach limfemii, przytoczonych przez nas, gdzie więc szpik już jest zajęty na szerokiej przestrzeni, wahania w liczbie limfocytów krwi bez żadnego powodu były tak kolosalne. Wszak, gdy zmiany już doszły do szpiku, i sprawa produktywna w nim jest bardzo intensywne, trudno zrozumieć, dlaczego ona nagle ustaje, albo jeśli nie ustaje, dlaczego nie zaopatruje krwi w zwiększoną liczbę limfocytów?

Zresztą z innego jeszcze punktu widzenia musimy przyznać udział gruczolów i wogóle wszelkich tworów leukemicznych w powstawaniu limfocytemii. W jednym z powyżej opisanych przypadków, w którym mała stosunkowo limfocytoza przeszła w olbrzymią limfocytemię, zanotowaliśmy, że z chwilą zauważenia tej zmiany we krwi gruczoly gwałtownie się zmniejszyły; to samo zauważyli w analogicznym przypadku KÜHNAU i WEISS³¹⁾. Trudno sobie inaczej ten objaw wytłumaczyć, jak tem, że nagle nastąpił gwałtowny transport elementów gruczolów do krwi, wskutek czego

produkcya nie zdążyła pokryć zapotrzebowania, czego wynikiem było zmniejszenie się gruczolów.

Dlatego też sędzę, iż gruczoly leukemiczne również mogą wywołać limfocytemię. Natomiast zgodzić się należy z drugą połową teorii NEUMANN'a i PAPPENHEIM'a, iż same zmiany w szpiku wystarczają do wywołania limfocytemii. W ten tylko bowiem sposób objaśnić sobie można przypadki ostrej leukemii bez zmian w gruczolach i śledzionie.

Z drugiej znów strony zauważyć muszę, iż rozległe nawet zmiany w szpiku nie koniecznie muszą wywołać limfocytemię wybitną: dowodem tego jest choćby nasz przypadek ostatni, gdzie limfocytemia była dość umiarkowana pomimo ogromnych zmian w szpiku, a szczególnie te przypadki chloromatu, gdzie, pomimo rozległych zmian w szpiku, do samej śmierci nie było limfocytemii (O. SCHMIDT³²⁾.

Otóż takich przypadków oraz częstego braku limfocytozy w limfosarkomatozie, jak również wahań leukocytozy i limfocytozy w przypadkach leukemii teoria N. — P. nie objaśnia.

Otóż zdaje mi się, iż niedaleki będę prawdy, jeżeli przyczynę braku tu niekiedy limfocytozy wytłumaczę momentem mechanicznym. A mianowicie, ośmielę się wyrazić przypuszczenie, iż gruczoly, powiększając się, rozrastając i uciskając wzajemnie, uciskają lub niszczą nawet *vasa efferentia* gruczolów. Wskutek tego, rozumie się, zawartość gruczolu pozostaje w nich i nie przechodzi do krwi. Tem się też tłumaczy, że np. t. zw. limfosarkomatoza, która częściej występuje nakształt nowotworu (zrasta się ze skórą, infiltruje tkanki), rzadko daje limfocytozę, kiedy tymczasem t. zw. pseudoleukemia, która właściwie jest już leukemią, prędzej czy później daje limfocytozę wybitną.

Są to jednak przypadki wyjątkowe.

³¹⁾ KÜHNAU u. WEISS. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 32. 1897.

³²⁾ O. Schmidt. Dissertation. Goettingen. 1895.

Podobnymi również zmianami w szpiku dają się także objaśnić wahania w liczbie limfocytów w przypadkach typowej limfemii oraz chloromatu; limfomaty tu często zamykają światło naczyń odprowadzających szpiku kostnego i w ten sposób powodują wstrzymanie przyływu leukocytów do krwi. Gdy ta przeszkoda wskutek np. silnego bujania szpiku lub z innych powodów przewyciężoną zostaje, następuje znów nagły przyływ leukocytów do krwi.

W ten sposób zdaje mi się, iż różnica między leukemią a limfosarkomatozą, a nawet niektórymi nowotworami, i pod względem hematologicznym, i pod względem zmian szpiku redukuje się do *minimum*, i sędzę, niedaleka jest chwila, kiedy leukemia i limfosarkomatoza będą uznane za cierpienia identyczne. Rozumie się, iż w nauce o t. zw. pseudoleukemii, o limfosarkomatozie i mięsakach dużo jeszcze pozostaje do zrobienia, szczególnie niewyzyskane są zmiany w szpiku kostnym, brak również licznych i systematycznych badań krwi w tych cierpieniach. Cała zresztą sprawa pseudoleukemii i stosunku jej do leukemii weszła teraz na nowe tory, i każdy dzień, rzec można, przynosi tu nowe przyczynki.

Pogląd na leukemię limfocytową, jako na sprawę nowotworową, nie jest właściwie zupełną nowością. Już dawniej uważano to cierpienie za swego rodzaju nowotwór, trudno jednak było sobie wytłomaczyć stosunek zmian anatomicznych do zmian krwi. Dopiero, gdy zaczęły się mnożyć przypadki limfocytemii, gdzie zmiany anatomiczne w części nosiły cechy nowotworu, zaczęto wiązać ściślej zmiany we krwi ze zmianami nowotworowymi. U nas na możliwy ten związek zwrócił uwagę PIOTROWSKI³³⁾, TÜRK³⁴⁾ zaś, o ile się zdaje, pierwszy związek ten sformułował w odmiennej jednak od naszej formie. T. twierdzi, iż niewątpliwie istnieje „ściśły ge-

netyczny związek i pokrewieństwo między limfosarkomatozą i pseudoleukemią z jednej strony a leukemię limfatyczną z drugiej, wskutek czego ta ostatnia należy do rzędu nowotworów“. Pod względem jednak hematologicznym T. dzieli całą tę grupę cierpień na 2 postaci: 1) na a limfemiczną limfomatozę, zależną od bujania tkanki limfatycznej, ale bez wzmożenia jej czynności, polegającej na dostarczaniu limfocytów do krwiobiegu, i 2) na sublimfemiczną lub limfemiczną limfomatozę, której cechą jest wzmożona czynność, a następstwem limfocytoza krwi. Dlaczego jednak jedna i ta sama anatomiczna sprawa, jedne i te same tworzy raz obdarzone są normalną czynnością, a inny znów raz wzmożoną, tego T. nie tłumaczy. Zresztą, gdybyśmy się nawet na ten podział zgodzili, to trudnoby nam było zrozumieć, dlaczego przy rozległej sprawie bujania tkanki limfatycznej nie ma limfocytozy krwi, w takim bowiem razie rozległość sprawy powinna wywołać prawie taki sam skutek, jak wzmożona czynność, choćby przy mniejszej rozległości. Podział TÜRK'a ma, jak widzimy, podstawę niewyraźną, nieokreśloną, nieuchwytną, w każdym razie nie anatomiczną i pod tym względem znacznie niżej stoi od teorii NEUMAN'a-PAPPENHEIM'a i od naszej, w każdym jednak razie treść jego teorii jest zgodna z naszą — gdyż uważa wszystkie sprawy podobne do leukemii, wyżej szeroko uwzględnione, za sprawy nowotworowe.

Na zasadzie tego, cośmy dotychczas wyluszczyli, wypadnie może uczynić małą poprawkę w rozpoznaniu poprzednich, po części nie typowych przypadków, w których rozpoznaliśmy limfocytemię. Otóż wszystkie te przypadki, jak i zresztą każdy przypadek limfocytemii, należy określić przedewszystkiem jako limfomatozę, t.j. jako nowotwór, zajmujący najczęściej wieloogniskowo tkankę adenoidalną, t.j. gruczoły, śledzionę i szpik, ale mogący także albo nawet wyłącznie zaj-

³³⁾ PIOTROWSKI, Gazeta Lekarska. 1898. N. 47—52.

³⁴⁾ TÜRK. Wien. klin. Woch. 1901. N. 38.

mować inne narządy. Ponieważ obok tych zmian i jako następstwo ich rozległości występują często zmiany rozmaitego natężenia we krwi, które zwykliśmy nazywać limfocytozą lub limfocytemią, możemy, jeśli koniecznie pragniemy wyraźniej określić okres i natężenie, a właściwie objaw tylko choroby, zaznaczyć ten ostatni przez dodanie przymiotnika limfemiczny. Sądzę jednak, że jest to tylko konieczne w typowych przypadkach wybitnej limfocytemii, tam zaś, gdzie ta ostatnia występuje w słabym stopniu, będziemy nieraz w trudności z określeniem chwili, kiedy ten objaw mamy uważać za taki; lepiej więc tego dodatku unikać.

W tych przypadkach, a także we wszystkich tych, które dotychczas nazywaliśmy pseudoleukemią, limfosarkomatozą, chloromatem, rozpoznanie nasze brzmieć powinno wprost *lymphomatosi*, albo, jeśli kto koniecznie chce, *lymphomatosi alymphoemica*.

Co się tyczy limfomatów, występujących w cierpieniach, których etiologia jest wyraźnie określona, jak np. w przymocie, trądzie i gruźlicy, to tu określenie etiologiczne podstawowej choroby w zupełności wystarczą.

Kilka słów jeszcze w kwestyi limfomatów tuberkulicznych. Otóż BECKER²⁵⁾ twierdzi, że w gruźlicy gruczołów znajdował prawie zawsze limfocytozę krwi, i tłumaczy to wbrew PAPPENHELM'owi tem, że wszelka hiperplazja gruczołów daje limfocytozę, i podaje za przykład takie cierpienia, jak *lues*, tyfus (?), odrę (?), i szkarlatynę (?). Otóż, co do gruźlicy, to przede wszystkim zaznaczyć muszę, iż pod względem budowy anatomicznej guzy gruźlicze gruczołów w niczem nie przypominają limfomatów leukemicznych lub limfosarkomatów, są to przeważnie guzy zapalne o swoistej budowie, prawdopodobnie zatem gruczoły, które zupełnie prawie utraciły swoje własności funkcyjne. Otóż badałem krew w wielu takich przypadkach gruźli-

cy i ani razu stanowczo nie znalazłem limfocytozy, z wyjątkiem u dzieci, i to nie zawsze, których zresztą w rachubę brać nie można, gdyż u nich i tak liczba limfocytów jest zwiększona. Te same zarzuty uczynić należy tworom tyfusowym, że już o odrze i szkarlatynie nie wspomnę.

Ponieważ większość przypadków t. zw. pseudoleukemii w sensie PINKUS'a przebiega z limfocytozą, aczkolwiek nie wybitną, trzeba się z nim, wbrew BECKER'owi, zgodzić, iż objaw ten, gdzie on jest, stanowi znakomity sposób, pozwalający ją odróżnić od gruźlicy guzowatej. Nie zawsze on jednak, jak to widzieliśmy, istnieje — gdzie jednak jest — tam napewno nań można liczyć.

Warszawa w kwietniu 1903 r.

Z pracowni patologicznej szpitala Żydowskiego w Warszawie.

Przyczynek do kazuistyki nowotworów pierwotnych pochwy.

Podał

D-r H. RASZKES.

Z pierwotnymi nowotworami pochwy spotykamy się stosunkowo rzadko. Torbiele, mięśniaki, mięsaki i raki — oto formy, znajduwane dotychczas względnie najczęściej.¹⁾ Unikatem jest teratomat²⁾, a cztery śródbłoniaki [KLIEN³⁾, GEBHARD⁴⁾, FRANKE⁵⁾, STRASSMANN⁶⁾,] opisa-

¹⁾ Zob. J. VERT. Handbuch d. Gynäkologie. 1897. Bd. I. p. 335.

²⁾ Zob. E. FRAENKEL. Vagina. Eulenburg's Real-Encyklopädie III. Aufl. Separ. Abdruck. p. 33

³⁾ R. KLIEN. Lymphangiendothelioma cavernosum haemorrhagicum. Archiv f. Gynaekologie. 1894. Bd. XLVI. p. 292.

⁴⁾ C. GEBHARD. Pathologische Anatomie d. weiblichen Sexualorgane. 1899. p. 556.

⁵⁾ R. FRANKE. Beiträge z. Kenntniss. malign. Tumoren an d. äusseren Genitalien des Weibes. Virchow's Archiv. Bd. 154. p. 368.

⁶⁾ STRASSMANN. Bericht d. Berliner Gesellsch. d. Geburtsh. u. Gynaek. Centralbl. f. Gynaekol. 1899. p. 654 u. 986.

²⁵⁾ BECKER. Deut. med. Woch. 1901. Nr. 42 u. 43.

ne dotychczas, wobec niejasnej definicji tej grupy nowotworów wogóle, w żadnym razie nie pozwalają jeszcze na ścisłą charakterystykę śród-błoniaków pochwy.

Już rzadkość pierwotnych nowotworów pochwy w ogólności nakazuje ogłaszanie szczegółowych opisów anatomicznych każdego przypadku. Jeśli zaś nadto guz po za kazuistycznym znaczeniem posiada ze względu na odrębność budowy jeszcze ogólniejsze znaczenie patologiczno-anatomiczne, ogłoszenie jego nie powinno być zaniedbane.

Z tego powodu pozwalamy sobie podać w niniejszym opis przypadku, spostrzeganego przez nas w oddziale d-ra J. ROSENTHALA, którego opracowanie powierzył nam d-r J. STEINHAUS w swej pracowni.

54-letnia F. P. z Białegostoku przybyła do oddziału ginekologicznego d-ra J. ROSENTHALA w szpitalu Żydowskim w Warszawie, skarżąc się na bardzo silne krwotoki z pochwy, pojawiające się w nieregularnych odstępach czasu. Pani P. pochodzi z rodziny zdrowej. Pierwsza jej regularność zjawiała się w 15 roku życia i przychodziła w następstwie prawidłowo co 4 tygodnie bez dolegliwości. W 20 roku życia pacjentka wyszła za mąż i rodziła 11 razy. Porody odbywały się zawsze z łatwością i przebiegały bez pomocy lekarskiej. Po pierwszym już porodzie pani P. zaczęła cierpieć na hemoroidy, które jednak nie powodowały poważniejszych dolegliwości: czasami tylko szyszki powiększały się, przyczem następowało krwawienie z odbytnicy; znaczniejszych krwotoków hemoroidalnych chora nie miewała nigdy. Ostatni raz rodziła pacjentka przed 14 laty. W rok czy dwa lata później przestała miesiączkować, co nie wywołało u niej żadnych zaburzeń w sferze narządów płciowych. Około 4 miesiące przed wstąpieniem do szpitala chora zauważyła „krwawe plamy“ na bieliźnie. Następnego dnia po nadymaniu się podczas wypróżnienia spostrzegła ona, że cała koszula zalana została krwią, i że krew wciąż

dalej odpywa. Sądząc, że ma do czynienia z krwawieniem hemoroidalnym, pacjentka nie zwróciła się do lekarza, lecz położyła się do łóżka, poczem krwawienie ustało. Po 2 dniach chora podczas spaceru dostała silnego krwotoku z pochwy, który już sam nie ustępował, jak poprzedni krwotok. Wezwani lekarze, znalazłszy krwawiący guz w pochwie, skierowali panią P. do szpitala, gdzie znaleźliśmy stan następujący.

Osoba wzrostu średniego, odżywiana słabo. Skóra i błony śluzowe blade, mięśnie — słabe, tłuszczu podskórnego bardzo niewiele. W organach wewnętrznych nie zauważono żadnych nieprawidłowości. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru, ani krwi.

Badanie ginekologiczne wykrywa następujące szczegóły: nieznaczne, zabliźnione pęknięcie kroczka. Wejście do pochwy nieco zięjące; wewnętrzna powierzchnia pochwy wszędzie gładka prócz jednego miejsca na tylnej ścianie w połowie jej długości, gdzie znajduje się guzowatość o powierzchni nierównej, miękka, wielkości dużego orzecha włoskiego. Przy dotknięciu guza krwawi jego wierzchołek, który wygląda jakby był owrzodziały. Guz jest ruchomy razem z pochwą. Błona śluzowa odbytncy wszędzie gładka; ściana odbytncy przesuwają się swobodnie nad guzem. W przegrodzie odbytnczo-pochwowej nie wyczuwa się wokoło guza żadnego nacieczenia. Macica niewielka w położeniu prawidłowym. W jajnikach i w jajowodach nie wyczuwa się nic osobliwego; przymacice obustronnie zupełnie wolne. Gruczoły pachwinowe nie powiększone.

D-r ROSENTHAL dokonał operacji usunięcia wyżej opisanego guza bez uspienia.

Unieruchomiwszy ścianę pochwy, nacięto ją wokoło podstawy guza w głąb ku przegrodzie odbytnczo-pochwowej i pod kontrolą palca, włożonego do kiszki stolcowej, odseparowano od tej ostatniej nacięty płąt ściany pochwowej

i usunięto go wraz z guzem bez uszkodzenia ściany odbytnicy.

Krwawienie guza było przy operacji bardzo silne. Rana została zaszyta szwem dwupiętrowym: głębokim z katgutu i powierzchownym — jedwabnym. Pochwę zatamponowano gazą jodoformową, która została wyjęta na trzeci dzień.

7 dnia zdjęto szwy; rana była zagojona na całej przestrzeni z wyjątkiem górnego kąta, w którym po zdjęciu szwów wystąpiło silne krwawienie, tak iż d-r ROSENTHAL zmuszony był obszyć krwawiące miejsce. 6 dni później zdjęty został ten nowy szew; krwawienie tym razem już się nie powtórzyło.

Na 20 dzień po operacji pacjentka wypisała się z oddziału. Badając ją przy wypisaniu, wyczuwaliśmy tylko cienką bliznę w przegrodzie odbytniczo-pochwowej.

Wzięty do badania mikroskopowego guz został po utrwaleniu w formalinie i zatopieniu według zwykłych metod w parafinie krajany na mikrotomie w kierunku pionowym do powierzchni pochwy.

Na skrawkach, obejmujących cały nowotwór wraz z otaczającymi tkankami, z którymi razem został wyluszczoney, widzimy, że osadzony on jest w ścianie pochwy, której tkanka łączna tworzy dla niego rodzaj otoczki. Wskutek obecności guza ściana pochwy wpukła się do jej światła, tworząc prawie półkulistą wyniosłość, na której wierzchołku błona śluzowa pochwy, cieniejąca już w miarę zbliżania się do wierzchołka, znika zupełnie; przez powstałe w tym miejscu owrzodzenie błony śluzowej pochwy wydobywa się na zewnątrz nieco tkanki guza. W błonie śluzowej w okolicy owrzodzenia i w przylegających obwodowych częściach guza znajdujemy znaczne wyboczyny.

Co się tyczy samej tkanki guza, to przy małym powiększeniu już zwraca na siebie uwagę na skrawkach sieć łączących się ze sobą kanałów, które stale występują w podłużnych prze-

krojach, a nigdzie w poprzecznych. Kanały te, miejscami bardzo szerokie, w innych zwężają się znacznie, w innych wreszcie zacięśniają się do tego stopnia, że światło znika prawie zupełnie lub nawet zupełnie. Kanały te są prawie wszędzie puste. Oczka sieci kanałów, wyżej opisanych, są mniej lub bardziej wypełnione komórkami, stanowią na skrawkach rodzaj wysp tkankowych, bardziej rozsianych lub bardziej skupionych, zależnie od szerokości kanałów, a niekiedy przylegających do siebie, jeśli w jakim miejscu światło kanału znikło zupełnie.

Tkanka łączna, która z otoczki draży do guza, w skład budowy jego nie wchodzi — urywa się na mniejszej lub znaczniejszej głębokości.

Studyując przy większem powiększeniu owe wyspy tkankowe, stanowiące oczka sieci kanałów, przekonywamy się, że składają się one z dwu rodzajów elementów: płaskich komórek śródbłonkowych, stanowiących nieprzerwane nigdzie pokrycie powierzchni wysp, i komórek wielokątnych o wygładzie komórek nabłonkowych, przylegających od wewnątrz do śródbłonka i nakształt nabłonka wyścielających wyspy z pozostawieniem światła w środku lub też mniej lub bardziej szczelnie wypełniających całe wyspy.

Tam, gdzie wyspy przylegają do siebie, i światło kanałów, otaczających je, zanika, zdaje się, jakby wyspy oddzielone były od siebie tkanką łączną, obfitującą w jądra, miejscami charakterystycznie ułożone w dwa szeregi. Badanie przy dużem powiększeniu skrawków, barwionych według metody van-GIESSEN'a, wykazuje jednak, że mamy tu do czynienia nie z tkanką łączną, lecz z dwoma przylegającymi do siebie szeregami komórek śródbłonkowych. W wielu miejscach widać luźniejsze przyleganie do siebie komórek śródbłonkowych i jednocześnie z tem zjawianie się światła kanału z dalszem przejściem w szerokie już światła pomiędzy innymi wyspami.

Badając bliżej bodowę wysp komórkowych, przekonujemy się, że wielkość ich bywa bardzo rozmaita. Jedne z nich (na przekrojach) składają się z kilku zaledwie komórek, inne zaś z wielu dziesiątków, a nawet setek. Również roz-

maity bywa ich kształt. Obok podłużnych, ograniczonych liniami równoległymi, znajdujemy okrągłe, jajowate lub nawet mniej lub bardziej nieprawidłowe.

(D.n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

83. G. KELLING. O rozpoznawczem i leczniczym znaczeniu stanu podrażnienia nerwu sympatycznego w przebiegu wrzodu żołądka.

W jaki sposób da się wytłumaczyć fakt, że w przypadkach wrzodu żołądka po dokonaniu zespoleniu żołądka z kiszka chorzy odrazu pozbywają się trapiących dolegliwości i już po upływie 2 tygodni od operacji są w stanie spożywać takie potrawy, jakich przed operacją nie mogli znieść od dłuższego czasu? Nie zależy to, oczywiście, od natychmiastowego zagojenia się owrzodzenia: takie samo znikanie dolegliwości widywano i w przypadkach owrzodzeń rakowatych. W przypadkach przewlekłe przebiegającego wrzodu żołądka główną przyczyną cierpienia chorego nie jest wypełnienie żołądka i nadkwaśność zawartości tegoż, lecz raczej konieczność opróżniania się żołądka przez część odźwiernikową. Wrzód powoduje i podtrzymuje stan podrażnienia układu sympatycznego żołądka, które to podrażnienie ujawnia się głównie w nadmiernej działalności przyrzędu, zamykającego żołądek. Regulowanie opróżniania się żołądka jest zależne od bardzo powikłanego mechanizmu nerwowego oraz od własności pokarmów fizycznych i chemicznych. Bardzo małe ilości pewnych pokarmów powodują u pewnych osobników nerwowych znaczne zaburzenia, np. u jednych już jeden łyk mleka przyczynia się do powstawania kwasów, u innych drobne ilości potraw mącznych dają mocne wzdęcia żołądka i t. p.

Da się to wszystko wytłumaczyć tylko w taki sposób, że mamy do czynienia ze zbyt silnym podrażnieniem zwrotnym pewnych nadmiernie wrażliwych nerwów, które istnieją i prawidłowo, lecz które dotychczas nie są jeszcze wystarczająco znane. Nadmiernie mocne działanie części zwieraczowej żołądka zostaje zwyciężone przez niezwykle mocne kureczenie się pozostałych części żołądka, i w ten sposób żołądek opróżnia się, lecz dla chorego jest to połączone z nader dokuczliwym uczuciem.

Czy istnieją objawy, na mocy których można niewątpliwie rozpoznawać obecność wrzodu w żołądku? Do takich, bądź co bądź, nie należą dolegliwości, odczuwane przez chorego; dowodzą one tylko stanu podrażnienia nerwów czuciowych żołądka, co zdarzyć się może prócz wrzodu i w neurastenii, hysterii, zwrotnie z pęcherza żółciowego, która to ostatnia okoliczność zasługuje na specjalną uwagę. Co najwyżej, badając starannie, możemy wykryć, czy dotknięta jest głównie sfera wydzielnicza, czuciowa, czy też ruchowa. Poważnym objawem rozpoznawczym jest natomiast krwawienie żołądkowe. Mylnem jest, że nie należy wprowadzać zgłębnika do żołądka, dotkniętego wrzodem: szkody rękoczyn nie przynosi, natomiast może dać bardzo wartościowe wskazówki. Przeciwnie, nie są miarodajne w sprawie rozpoznawania wrzodu żołądka punkty bolesne na dotyk, przedni w nadbrzuszu i tylny Boas'a, leżący na lewo od 12 kręgu grzbietowego. Ten ostatni punkt, roz-

maicie przez rozmaitych autorów tłumaczony, dowodzi tylko, zdaniem K., przejścia podrażnienia z nerwów żołądka za pośrednictwem odpowiedniego zwoju sympatycznego (*ganglion sympathicum*) na gałęzie nerwu międzyżebrowego, zaś przedni dowodzi tylko podrażnienia splotu współzulsznego brzuszno (*pl. coeliacus*), zaś oba te punkty conajwyżej dowodzą tylko podrażnienia nerwów sympatycznych żołądka.

Dzięki nadmiernemu ciśnieniu w żołądku owrzodziały, ukrwienie ścian tegoż jest znacznie upośledzone, co znów najniekorzystniej wpływa na sprawę gojenia się owrzodzenia. By zwalczyć owo wywołane stanem podrażnienia układu sympatycznego ciśnienie w żołądku, stosuje K. obok zwykłego w tych razach leczenia obficie wszelkie leki narkotyczne, wprowadzane do odbytnicy. Wyniki takiego leczenia są bardzo zachęcające.

Jak długo należy leczyć wrzód żołądka lekami wewnętrznymi? Zależy to od wieku pacjenta. Chorych, nie przekraczających lat 30, można i należy leczyć długie miesiące. Po 40 latach, skoro 3-miesięczne leczenie wrzodu nie daje pożądanego wyniku, wskazana jest operacja, albowiem w wieku tym na tle za długo trwającego owrzodzenia często spostrzegano powstające raki.

(*Wiener Medicinische Wochen. N. 48 r. 1902.*
Antoni Leśniowski.)

84. JENDRASSIK. O neurastenicznych neuralgiach.

Leczenie neuralgii w czasach ostatnich zrobiło duże postępy. Zabiegi lecznicze, stosowane w ciężkich przypadkach neuralgii, są dosyć poważne, i choćby z tego względu przed rozpoczęciem leczenia należy zawsze bardzo dokładnie ustalić rozpoznanie. Dyagnostyka neuralgii jest w pewnych przypadkach, zdaniem autora, wcale nie łatwa. Prawdziwe neuralgie zdarzają się po za okolicą rozgałęzień *nervi trigemini* bardzo rzadko. Nawet *ischias* należy raczej zaliczyć do dziedziny zmian w nerwach. Doświadczenie kliniczne uczy, że ogromna większość neuralgii w różnych okolicach ciała tworzy całkiem odrębną grupę chorobową, której autor nadaje nazwę neuralgii neurastenicznych. Paul BLOCQ nazwał je *topoalgies*. Bardzo dużo tych „*topoalgies*“ umiejscawia się w okolicy twarzy. Autor podaje 9 typowych historii chorób.

Neuralgie neurasteniczne powstają u osób z wyraźnym neurastenicznym usposobieniem. Chorzy autora już w dzieciństwie zdradzali pewne dziwaczne usposobienie, skłonność do samotności, poważnych zajęć lub obojętność na wszystko, co ich bezpośrednio nie dotyczyło, później cierpieli na bóle głowy, bezsenność. U wszystkich autor stwierdził dziedziczność nerwową. Często początek choroby poprzedzały neurasteniczne myśli natrętne. Zwykle chorzy skarżą się więcej na długotrwałość bólu, niż na jego natężenie. Czasami ból przechodzi z okolicy rozgałęzień jednych nerwów na inne nerwy, nawet na drugą połowę ciała; to ostatnie chyba nigdy nie zdarza się w przypadkach prawdziwych neuralgii. Dotknięcie skóry w okolicy umiejscowienia bólu nie jest bolesne. Często bóle w nocy ustają, wieczorem chorzy czują się lepiej, niż zrana. Twierdzenie niektórych autorów, że przez odwrócenie uwagi chorego można zmniejszyć natężenie bólu, według autora, nie sprawdza się zupełnie.

Jedzeniu i ruchom dolnej szczęki bóle w neurastenicznych neuralgiach, umiejscowionych w okolicy twarzy, nie przeszkadzają. W przypadku, opisanym przez GALIPPÉ, wystąpiły jednak kurcze *m. masseteris* przy próbach otwarczenia ust wskutek odpowiedniej myśli natrętnej.

Chorzy z opisywanymi objawami zwykle zwracają się do dentystów, okulistów, lekarzy chorób gardła, nosa i uszu oraz chirurgów. Zabiegi chirurgiczne prawie zawsze pozostają bez skutku. Autor uważa, że przypadek, opisywany przez FRIEDRICH'a (D. Z. f. Ch. Bd. LII), w którym neuralgia nerwu trójdzielno nie ustąpiła pomimo usunięcia *ganglion Gasseri*, też prawdopodobnie należał do grupy neurastenicznych neuralgii. Już THIERSCH zauważył, że operacja w neuralgiach, w których bóle przechodzą na drugą połowę ciała, nie daje dobrego rokowania.

Autor odrzuca zupełnie chirurgiczne leczenie neurastenicznych neuralgii i twierdzi, że w ciężkich przypadkach tylko energicznie i umiejętnie przeprowadzone leczenie w zakładzie dla chorób nerwowych może być skuteczne.

(*Deut. Medic. Wochenschrift N. 36 i 37. 1902.*)

Hotub.

Sprawozdanie z narad nad higieną prowincyi.

Sekeya położnicza.

W sekeyi tej w naradach nad tem, jaki jest najodpowiedniejszy typ akuszerki prowincjonalnej, zebrani zgodzili się na zdanie, wypowiedziane w odczycie d-ra JAWORSKIEGO, że najwłaściwszym typem jest kobieta, poziomem swych poglądów, ogólnego wykształcenia i wychowaniem niewiele różniąca się od środowiska, w którym ma pracować, znająca jego obyczaje, obrzędy, wyznająca jego wiarę, mówiąca jego językiem, nie pogardzająca jego pracą. Typ babki wiejskiej jest dla ludu wiejskiego najodpowiedniejszy. „Pańskość“ akuszerki z wyższem wykształceniem byłaby dla ludu wiejskiego krępująca. Stopień fachowego wykształcenia, mianowicie praktycznego, powinien być możliwie wysoki. Program zajęć i sposób nauczania w warszawskiej szkole babek wiejskich, skreślony przez d-ra JASIELEWICZA, znalazł ogólne uznanie. Co do czasu potrzebnego na wyszkolenie babki wiejskiej, jedni uważali 4 miesiące nauki za dostateczne, inni żądali roku.

D-r IDZIKOWSKI mówił o organizacji stałej pomocy położniczej na wsi. Projektowana dla Królestwa organizacja lekarska wiejska nie w tym względzie nie obiecuje nawet. Typ felezerki-akuszerki nie jest pomysłem szczęśliwym; osoby te zresztą nie byłyby w stanie podolać nawet praktyce położniczej, otwierającej się przed nimi w miejscu ich zamieszkania przy lecznicy. Nie zwracano dotąd uwagi na to, że projektowana organizacja lekarska jest przeszczerpieniem na nasz grunt nie medycyny ziemskiej, ale t. zw. organizacji sielskiej, zaprowadzonej od lat kilkunastu w guberniach Cesarstwa, nie posiadających ziemstw i wszędzie już zdyskredytowanej. Mówca, pracując w szpitalu na pograniczu dwóch gubernii, z których jedna miała organizację lekarską ziem-

ską, a druga sielską, przekonał się naocznie o wadach tej ostatniej.

Do szkoły babek wiejskich należy przyjmować tylko włościanki, polecane przez urzędy gminne. Oddziały i przytułki położnicze istnieją u nas dopiero w Łodzi, Częstochowie, Lublinie i Kaliszu. Powinny powstawać wszędzie przy szpitalach, a przy nich i szkoły babek. Z podatku na projektowaną pomoc lekarską wiejską należy budować jaknajliczniejsze szpitaliki z łózkami dla położnic i wynagradzać z tegoż funduszu babki za pomoc, okazaną przy każdym porodzie na wsi.

D-r ZWEIGBAUM polecał tworzenie po miastach i miasteczkach Towarzystw opieki i pomocy akuszerkiej dla ubogich położnic. Zadaniem ich byłoby: roztoczyć opiekę materyjalną i lekarską nad brzemiennymi, rodzącymi, położnicami i noworodkami, przysyłać rodzącym akuszerkę lub lekarza, umożliwiać matkom karmienie własnych dzieci, oddawać opuszczone dzieci na wykarwienie.

W miarę wzrostu funduszków towarzystwo takie prócz początkowej pomocy akuszerkiej poliklinicznej (wysyłanie akuszerki lub babki do rodzących) zakładałoby przytułek położniczy na 2—3 łózka. Towarzystwa takie nie tylko przynosiłyby bezpośrednią pomoc ubogiej ludności, ale kształciłyby dla samego miasta dobre akuszerki i lekarzy akuszerów, obudziłyby w ludności zaufanie do prawidłowej wczesnej pomocy położniczej i zrozumienie wypływających z niej dobrodziejstw.

D-r SZYMAŃSKI domagał się, by lekarze, wyjeżdżający na prowincję, byli dokładnie obeznani z akuszerką, ewentualnie zaś, aby mogli uzupełniać swe wiadomości w Warszawie kilkotygodniowymi kursami praktycznymi.

D-rzy CYKOWSKI, ZABOROWSKI i JAWORSKI mówili o aseptyce w położnictwie i przy operacjach ginekologicznych. Projekt JAWORSKIEGO, by babki wiejskie dla odkażania rąk stosowały na namydlone ręce zamiast szcetek piasek wyjałowiony, przyjęty był przychylnie. Przemawiają za nim i doświadczenia J. z hodowlami drobnoustrojów, i uproszczenie w ten sposób wyjaławiania rąk, i rozpowszechnione wśród ludu naszego używanie piasku do usunięcia brudu z naczyń i sprzętów.

O niektórych z wymienionych odczytów wzmiankowaliśmy tylko pobieżnie. Nie streszczamy też odczytów d-rów: BORYSSOWICZA (o konieczności wcześniejszego rozpoznawania na prowincyi niektórych groźnych chorób kobiecych); NEUGEBAUERA (o nieumiejętnem stosowaniu i zaniedbywaniu wianków pochwowych, prowadzących nieraz do ciężkiej choroby a nawet śmierci) i KORYBUT-DASZKIEWICZA (opatrywanie pępowiny i kąpiele w pierwszych dniach życia. Nowy sposób ratowania od pozornej śmierci noworodków); BRUDZIŃSKIEGO (o ciepłarkach do pielęgnowania noworodków przedwczesnych). Odsyłamy czytelników do „Zdrowia“, w którym prace te zostały już ogłoszone

Wnioski sekcji akuszerijnej.

1. Aby Warszawskie Towarzystwo Higieniczne rozpowszechniło za pomocą odpowiedniego wydawnictwa kartkowego przepisy aseptycznego postępowania w położnictwie.

2. Najodpowiedniejszym typem akuszerki dla wsi w naszych warunkach jest t. zw. babka wiejska, swoim pochodzeniem i zamieszkaniem należąca do warstwy ludowej.

3. Nader pożądane jest stałe zwiększanie zastępu babek wiejskich, co osiągnąć można:

a) przez powiększenie miejsc dla nauki w Warsz. Szkole babek wiejskich i w Warsz. przytułkach położniczych;

b) przez obznajmianie praktyczne kobiet ze sfery włościańskiej z nauką położnictwa w ciągu 4 do 6 miesięcy w istniejących już przytułkach położniczych na prowincyi lub mających powstać.

c) przez tworzenie w każdej wsi, przy każdym zakładzie przemysłowym stałego wynagrodzenia rocznego dla babki wiejskiej z funduszków gminnych a także za pomocą dominiów.

4. Aby Towarzystwo Higieniczne i jego oddziały prowincjonalne popierały otwieranie po miasteczkach i osadach przytułków położniczych, bądź oddzielnie, bądź przy szpitalach istniejących.

5. Aby Towarzystwo Higieniczne popierało projekt zakładania po miastach i miasteczkach Towarzystw opieki i pomocy lekarskiej dla ubogich położnic lub wpłynęło na otworzenie na prowincyi oddziałów Warszawskiego Towarzystwa Opieki nad ubogimi matkami i ich dziećmi

6. Aby Tow. Higieniczne pośredniczyło w zaprowadzeniu praktycznych kursów z akuszerji dla lekarzy, mających osiąść na prowincyi lub pragnących studia akuszerijne uzupełnić.

7. Sekcja wyraża zdanie, że w interesie zmniejszenia chorób kobiecych wśród szerokich mas ludowych należy w pewnych przypadkach dążyć do decentralizacji operacyjnej pomocy ginekologicznej.

8. Sekcja akuszerijna wyraża życzenie, aby Towarzystwo rozpatrzyło krytycznie zamierzoną organizację pomocy lekarskiej odnośnie pomocy akuszerijnej, opierając się na zestawieniach i wnioskach referatu d-ra IDZIKOWSKIEGO.

(C. d. n.)

XXXVIII Zjazd neurologów i psychiatrów z południowo-zachodnich Niemiec.

(SPRAWOZDANIE WŁASNE).

Podał MAURZYCY URSTEIN (Heidelberg).

(Dokończenie — Patrz Nr. 31)

KRAEPELIN (Heidelberg) wyłowiada zdanie, że paraliż postępujący był poprzednio znacznie częściej dyagnozowany. Jemu samemu się zdarzało brać za paraliż inne psychozy, często nawet z obłędem cyrkularnym (manisch — depressives Irresein) ze względu na idee fantastyczne, na zakłócenie mowy i nierówne źrenice.

Następnie przemawiał WEBER (Getynga): O paraliżu galopującym. Nie będę przytaczał szczegółów przypadku, ponieważ wątpliwą jest rzeczą, czy należy on wogóle do paraliżu. Obraz kliniczny i anatomiczny da się też w inny sposób tłumaczyć. Jeśli to jednak był paraliż, to w każdym razie nie w postaci galopującej, ponieważ pierwsze objawy ukazały się już przed 3 laty.

PFISTER (Fryburg) przytacza wyniki badań nad 302 mózgami dziecięcymi, które ważył w całości i oddzielnych częściach (228 przypadków); prócz tego określił on na 154 trupach pojemność jam czaszkowych. Odczyt ten nie nadaje się do krótkiego referatu.

GERHARDT (Strasburg) zdaje sprawę z 3 przypadków wodogłowia (*meningitis serosa*) u dorosłych.

1) 22 letni ślusarz dostał na 9 miesięcy przed śmiercią nagle silnego bólu w tyłogłowie, wymiotów, zawrotu głowy i nadmiernej wrażliwości na światło. W 8 dni po tem zaszła poprawa, i pacjent mógł zacząć pracować. Po dwóch miesiącach nawrót, krótkotrwałe wyleczenie, a następnie ponowny nagły napad. Od tego czasu przebieg z wahaniami; pewien czas po weieraniach wybitna poprawa z całkowitem ustąpieniem wprawdzie niezbyt silnie rozwiniętej brodawki zastoinowej. Potem znów pogorszenie;

napady podobne do apoplektycznych z przemijającym porażeniem połowicznym, z podwójnowidzeniem, bez jakiegokolwiek trwałych objawów ogniskowych. Sekcja wykazała: rozległe wodogłowie wewnętrzne, *ependymitis* IV komory, zamknięcie otworu MAGENDI'ego, zgrubienie włókniste i wytworzenie torbieli na *plexus choroideus* IV komory (starej daty).

2) 35 letnia, oddawna nerwowa kobieta dostaje stopniowo wzmagających się bólów i zawrotów głowy oraz wymiotów. Następnie zjawia się osłabienie wzroku i brodawka zastoinowa. Po jodipinie powolna poprawa. Ustępują wszystkie objawy, w tej liczbie nawet zwężenie pola widzenia i obniżona siła widzenia. Po upływie 1½ roku obrzęk stóp i goleni, ustępujący po braniu arseniku po kilku tygodniach. Wobec braku zmian ze strony serca i nerek należy przypuścić, że był to obrzęk angioneurotyczny. Przypadek ten wykazuje podniesioną już zresztą przez QUINCKE'go analogię pomiędzy wodogłowiem a obrzękiem angioneurotycznym.

3) 16-letni uczeń, który w 4 r. życia przebył po zapaleniu płuc ciężkie zapalenie opon mózgowych, ulega nagle utracie przytomności, wymiotom; już nazajutrz wszystko ustępuje, pozostawiając tylko pewną senność i nieco osłabiony odczyn psychiczny. Wyrażna brodawka zastoinowa. Stan ten trwa bez zmiany (okres obserwacji 4 tygodniowy).

Przypadek pierwszy i trzeci wykazują, że wodogłowie (*meningitis serosa*), pozornie nagle się ukazujące, może być uwarunkowane przez sprawę zapalną względnie dawne.

Następujące odczyty interesują wyłącznie pod względem anatomicznym.

BURCKHARDT (Bazylea). „Rzadkie mózgi kręgowców“.

BAYERTHAL (Wormacya). „W sprawie chirurgicznego leczenia przymiotu mózgu“.

KOHNSTAMM (Königstein). „*Nucleus salivator inferior*“. Tak zwana droga „*thalamo — spinalis*“.

IV.

SCHÄFFER (Bingen) mówi o 2 przypadkach ostrego otrucia kwasem węglowym. Przy badaniu pośmiertnym znalazł on dotychczas jeszcze nie opisane zmiany w układzie nerwowym (we włóknach centralnych i obwodowych), które mają być początkowym okresem zwyrodnienia mięszowego włókien nerwowych, znajdujących się jeszcze w ścisłym związku z ich ośrodkiem odżywczym.

HOFFMANN (Heidelberg) objaśnia preparaty mięśni pacjentów, dotkniętych chorobą THOMSEN'a, skombinowaną postępującym zanikiem mięśni.

BETHE (STRASSBURG). „Czy istnieje zwyrodnienie nerwów paralityczne“? Mówca uznaje uraz przy zniszczeniu ciągłości za jedyną przyczynę zwyrodnienia końca obwodowego. Zniesienie związku z komórką węzłową (ośrodek odżywczy) nie odgrywa przy tem żadnej roli.

ASCHAFFENBURG (Hala). „O równoważnikach napadu padaczkowego“. Prelegent zwalcza pogląd większości autorów, którzy twierdzą, że atak psychiczny wtedy tylko wolno uznać za epileptyczny, gdy istnieją jednocześnie typowe objawy padaczki, zwłaszcza napady drgawkowe (Krampfanfälle). Mówca podziela zdanie SIEMERLING'a, który wykazał, że napady drgawkowe nie są najczęstszym lub najbardziej charakterystycznym (HOCHÉ) objawem epilepsji. Większe znaczenie przypisać należy zawrotom głowy, zaś najważniejszym i najstalszym symptomem padaczki są paroksyzmalne rozstroje (Verstimmungen), które, jak dowiodły badania prelegenta z roku 1893, w 78% wszystkich przypadków prawdziwej epilepsji wykryć się dały. A. w ostotnich czasach znów badał 44 typowych epileptyków i przekonał się, że charakterystyczne paroksyzmalne rozstroje, najczęściej występujące w postaci depresji, kombinowanej z lekkimi urojeniami, istniały w 34 przypadkach (77%). Napady t. zw. petit mal stwierdzono u 29 cho-

rych (66%), zawroty głowy (Schwindelanfälle) u 26 pacjentów (61%), napady drgawkowe u 19 (44%) i omdlewania (Ohnmachtsanfälle) u 17 (38%) epileptyków. U większości pacjentów z rozstrojem skonstatowano napady drgawkowe, gdy natomiast na 10 epileptyków, u których okresów rozstroju nie było, tylko jeden (czyli 10%) miewał napady drgawkowe. Rozstrój przemawia tedy za wyjątkowo ciężką formą padaczki. W tym okresie występuje też często szereg objawów somatycznych ogólnie nerwowych. I tak: silne poty, bóle głowy, przyspieszenie tętna (do 160 uderzeń), nierówność i osłabiona reakcja źrenic, wybitna bladeść twarzy lub rumieńce, drżączka (przypominająca tremor alkoholyczny i występująca nawet u chorych, którzy napojów wysokich nie używali), nader uporeczywa biegunka, pozatem bóle mięśni, nerwów (np. ischias). Objawy te wracały podczas rozstroju i znikaly w miarę polepszenia się usposobienia chorego.

BUMKE (Fryburg). „Badania nad źrenicami w psychozach czynnościowych“.

Na zasadzie badań, przeprowadzonych za pomocą własnego źrenicomierza (Pupillometer) i dwuocznej lupy WESTIEN'a na 26 zdrowych osobach z uwzględnieniem wszelkich możliwych pomyłek, autor dochodzi do wniosku, że wahania wymiarów źrenic przy każdym mocniejszym i dłużej nieco trwającym oświetleniu mogą być zależne od niezwyklej wrażliwości elementów tęczówki, warunkujących oddziaływanie na światło i są spowodowane przez drżenia gałek ocznych (*Nystagmus*) oraz bezustannie zmieniające się położenie osi oczu. Tych ruchów źrenic nie należy utożsamiać z niepokojem źrenic (ustawiczne delikatne ruchy wahadłowe brzegu tęczy). Odruchu korowego (HAB-PILTZ) referent nigdy nie mógł wykryć i przypuszcza, że nie zawsze należycie uwzględniano wszelkie źródła pomyłek. Objaw mięśnia okrężnego oka (*Orbicularisphänomen*) był uwidoczniiony po lekkiej kokainizacji oka lub dłuższem mocnem oświetleniu tęczówki osób zdrowych.

Badania na chorych dowiodły, że wszystkie objawy źreniczne nie ulegają zmianom w większej części psychoz czynnościowych. Inaczej ma się rzecz w otępieniu wczesnem (*dementia praecox*). W 15 przypadkach, w których w wieku młodym istniały objawy katatoniczne, źreni-

ca była niezwykle szeroka, *) pozbawiona odruchowego rozszerzenia na bodźce psychiczne lub nerwowe. Niepokoju źrenic autor też nigdy nie stwierdził. Wrażliwość na kokainę jest obniżona, na homatropinę i pilokarpinę normalna. Objaw mięśnia okrężnego oka jest wyraźniejszy, niż u zdrowych, i występuje najczęściej przy zwykłych warunkach. Za powód braku niepokoju źrenic BUMKE uważa znaczne ilościowe obniżenie psychicznych zjawisk u katatoników.

BARTELS (Marburg). „Uwidocznienie cylindrów osiowych w ogniskach rozlanego stwardnienia układu nerwowego według metod nowoczesnych“. Za pomocą impregnacji srebrem (metoda FAJERSZTAJNA, zmodyfikowana przez BIELSCHOWSKI'ego) udało się wykazać, że we wszystkich przypadkach — nawet w najdawniejszych ogniskach — większość osiowych cylindrów (Axencylinder) pozostaje zachowaną. Przy silnem powiększeniu widać, że ich forma, a czasem i położenie ulega zmianie. Cylindry osiowe są zgrubiałe i mają wypuklenia na kształt butelek. Ujemne wyniki metody barwienia według KAPŁANA wykazują, że cylindrom osiowym brak po za myeliną jeszcze myeloaksostromatu. Natomiast można było wykazać inną substancję perifibrilarną („Fibrillensäure“ BETHE'go). Tą drogą zostaje wyświetlone zwyrodnienie wtórne i objawy kliniczne stwardnienia wielogniskowego; przeczą one pierwotnemu rozpadowi *gliae*.

SPIELMEYER (Fryburg). „O źródłach błędów metody MARCHI'ego“. Błędy polegają na tem, że wielu rzeczy, w obrazach nie widać, albo też widać rzeczy w tkance nie istniejące. Pierwsze powstaje w skutek tego, że zachodzi niedostateczna impregnacja kwasem osmowym, następnie zbyt mocne działanie wyciągowe alkoholu na składowe części myeliny, uległe wpływom barwnika osmowego. Wytwory sztuczne po-

wstają poczęści w skutek warunków, związanych z istotą tkanki nerwowej, albo polegają na brakach technicznych.

FÜRSTNER (Strassburg). „W sprawie symptomatologii i leczenia operacyjnego guzów mózgu“. Autor podaje 4 przypadki. W pierwszym zachodziły bóle głowy, zaburzenia oczne, brodawka zastoinowa, zwolnienie tętna, wymioty, chęć dowcipkowania i inne psychiczne objawy, spotykane stale przy guzach zrazów czolowych. Poza tem istniała skłonność do padania wprawo i prawostronny niedowład. Przy operacji nie znaleziono guza, nawet nakłucia pozostały bez rezultatu. Pacjent zmarł wskutek krwotoku z powodu tętniaka. Sekeya wykryła gruzełek mózgu.

W 3 innych przypadkach rozpoznano ropień zrazu skroniowego. Trepanacja i punkcje dały wyniki ujemne, pomimo to rezultat był bardzo dobry. Bóle (autor sprowadza je przeważnie do spraw okostny) i inne objawy ustąpiły; brodawka zastoinowa znikła i wróciła dobra siła widzenia. Chorzy zyskali na wadze do 20 funtów. F. radzi wykonać operację możliwie wcześniej (nawet w tych przypadkach, gdy ma ona tylko znaczenie paliatywne), nim objawy wzrokowe nabierają wysokiego natężenia. Po między dokonaniem przecięcia kości i opony twardej powinny upłynąć 2 — 3 dni. Punkcji lumbalnej mówca nie dokonywał, gdyż jest ona, zdaniem jego, niebezpieczna. *)

ROSENFELD (Strasburg). „O brodawce zastoinowej w stwardnieniu wielogniskowym“.

Mówca podaje przypadek (bardzo podobny do przypadku BRUNS'a), w którym rozwinął się szybko zbiór objawów mózgowych z wyraźną brodawką zastoinową. Zaczęło się od bólów głowy, nudności, silnych wymiotów, zawrotów głowy i zaburzeń wzrokowych; do tego przyłączyły się zakłócenia równowagi, niedowład jednej kończyny dolnej oraz zaburzenia mięśni ocznych. Źrenice dobrze oddziaływały. Nie było ani drżenia gałek ocznych, ani skurczów. Rozpo-

*) KRAEPELIN już oddawna zwraca uwagę na to, że we wczesnem otępieniu, zwłaszcza stuporze katatonicznym, źrenice są nierówne, znacznie rozszerzone przy prawidłowem oddziaływaniu na światło. Bardzo często spostrzegał on też u tych chorych pewne zaburzenia nacynioruchowe. Dla rozstrzygnięcia kwestyi, czy objawy te są przypadkowe, czy też mają wartość kliniczną, z polecenia KRAEPELIN'a badano od dłuższego czasu wszystkich chorych kliniki tutejszej na pojawienie się powyższych oraz kilku innych objawów nerwowych. Wyniki ogłoszę niebawem po opracowaniu tysiąca przypadków.

(M. U.)

*) Sądzę, że obawa o niebezpieczeństwo została nieco przesadzona. Byłaby ona uprawniona najwyżej w przypadkach guzów mózgu, gdyż w tych razach punkcja często pozostaje bezskuteczna ze względu na następeze zatkanie resp. zaklejenie otworu MAGENDRI'ego i, jak uczą spostrzeżenia, przyspiesza zgon chorego. (Przypisek spraw.)

znano guz mózdzku. Brodawka zastoinowa ustaąpiła i przeszła w lekki zanik nerwów wzrokowych, który powodował nieznaczne osłabienie wzroku. Ciężkie objawy mózgowe zjawily się jeszcze kilkakrotnie (jednak bez brodawki zastoinowej), wystąpiły też zaburzenia rdzeniowe, skutkiem czego rozpoznano zamiast nowotworu mózgu stwardnienie wielogniskowe. Sekcyja potwierdziła to rozpoznanie. Brodawkę zastoinową w *sclerosis multiplex* R. sprowadza do ognisk po za brodawką, gdzie nerw wzrokowy leży jeszcze w otoczce opony twardej. Zastój powstaje wówczas o wiele łatwiej, niż przy ogniskach w okolicy *chiasma* lub *tractus*.

Tem został wyczerpany porządek dzienny. Odczyty były do końca dobrze podjęte. Tematy, które uczyniono przedmiotem dyskusyi, były interesujące — owocodajne.

* * *

Spodziewając się, że wzmianka moja odnie- sie pożądaný skutek, słów parę poświęcę kąpielom stałym, dzięki którym w klinice naszej przedłużono życie i uleczono nie małą liczbę pacjentów, którzyby w zwykłych warunkach izolacyjnych niechybnie zginęli. Kto raz widział zbawienny wpływ kąpeli stałych (Dauerbäder) w najbardziej ostrych stanach pobudzenia wszelkiego rodzaju, ten napewno się zgodzi, że stanowią one najznakomitszy i najpewniejszy środek leczniczy, czynnik o wysokim znaczeniu i daleko sięgającym wpływie. Stosując je w Warszawskich lub innych zakładach dla obłąkanych, zdobędziemy przez to niewątpliwie więcej, niż przez urządzenie najpewniejszych cel izolacyjnych i najlepszych pracowni dla badań psychologicznych. Odpowiednia instalacyja kąpielowa jest wprawdzie kosztowna, ale przynosi też dochody, ponieważ stanowi wydatek jednorazowy, zmniejsza liczbę personelu i znosi wydatki na narkotyki. Zresztą — wszak nasz wiek humanitarny powinien dążyć do zniesienia pozorów niewolniczych i do wyrobienia w publiczności poglądu, że zakład dla obłąkanych jest szpitalem, a nie więzieniem. Kąpiele stałe usuwają celę izolacyjną i kaftan, oba zbytne, nieludzkie, nawet brutalne przedmioty, które czynią dla umysłowo chorego, jeszcze nie pozbawionego kry-

tyki, stan jego strasznym, degradując go często niezasłużenie na skazańca. Wahania affektywne hebefreników i katatoników prawie stałe dają się usunąć. Dla chorych zaniedbanych, agresywnych i nieczystych kąpiel stała zawsze jest najlepszym i jedynym czynnikiem leczniczym, często sprowadzającym nieobliczalne skutki, pozwalającym też pacjentom, którzy zanieczyszczą siebie oraz otoczenie kałem, wrócić do stanu socyalnego. W najcięższych pobudzeniach (wywołanych przez jakakolwiek psychozę), najbardziej ostrych obłądach (acute Verwirrtheit) w egzaltacyach historycznych najwyższego natężenia leczenie kąpielowe przewyższa wszystkie inne metody.

Dla kliniki KRAEPELIN'a dawno minęły te czasy, gdy przy wejściu do pokojów izolacyjnych można było paść na ziemię ze względu na smród, ztamtąd się wydobywający, gdy ściany były pokryte kałem, pościel była poszarpana, lub gdy zanieczyszczeni chorzy rzucali się z nocnikiem na lekarzy i dozorców. Jeśli obecnie coś zdarzyć się może, to najwyżej to, że jest się narażonym na obryzganie czystą wodą (wyłącznie prawie przez chorych maniakalno-depresyjnych). Należy zaakcentować, że kąpiel nie zmniejsza wagi ciała, że w wodzie goją się odleżyny, rany, nawet sprawy septyczne, z którymi chorzy przybyli do zakładu. W pokojach kąpielowych naszej kliniki znajdują się najwyżej 4 wanny, które obsługiwać może w zupełności jedna osoba. Wogóle klinika w Heidelbergu posiada 16 wanien (8 dla mężczyzn i 8 dla kobiet), które w miarę potrzeby są w użyciu dniem i nocą. Najczęściej pacjenci, cały dzień spędzający w wannie, mogą na noc być przeniesieni do łóżek i spokojnie w nich spać. Mamy natomiast chorych, (furyatów, jakich się rzadko widzi), którzy do 18 miesięcy we dnie i nocą pozostają w wodzie i temu tylko zawdzięczają, że nietylko nie zginęli już dawno skutkiem wyczerpania, lecz doszli lub dojdą do zupełnego zdrowia. Wysoka wartość kąpeli stałych została zresztą stwierdzona nie tylko przez KRAEPELIN'a na setkach pacjentów, lecz i przez wielu innych nie uprzedzonych, obiektywnie myślących specjalistów, którzy idą naprzód z postępem i nie trwają w starodawnym trybie. To też całkiem niezrozumiałą jest dla mnie fakt, że starzy psychiatrzy zamykają

się przed tą zdobyczą. W najnowszym podręczniku MENDEL'a lub ZIEHEN'a np. nie spotykamy nawet wzmianki o stosowaniu stałych kąpiele. W końcu zaznaczę, że długotrwałe koce (Dauerainpackungen) z dwugodzinnymi przerwami często mogą zastąpić kąpiele, zwłaszcza w

tych wogóle dosyć rzadkich przypadkach, gdzie pacyenta trudno utrzymać w wodzie. Uwaga powyższa, może zbyt obszerna, jest jednak na miejscu.

Oby tylko doprowadziła do celu!

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= WALKO stosował oliwę (100,0 — 300,0 dziennie) w rozmaitych cierpieniach żołądka, połączonych z wzmocnionym wydzielaniem kwasu. Pomyślny wynik tego leczenia zachęcił go do wypróbowania oliwy również we wrzodzie żołądka. Oliwa stanowi lekki środek odżywczy, nie drażni żołądka, chroni błonę śluzową od drażnień nadmierną ilością kwasu, ulega łatwo wsesaniu, powstrzymuje nawet zbytne wydzielanie się kwasu, wreszcie reguluje wypróżnienia. Oliwa przyczynia się dojszybkiego ustawiania bólów

zależnych od wrzodu i sprzyja gojeniu się tegoż. Z początku autor przepisywał po łyżce na dawkę, powiększając ją następnie do 50 ctm. sz. 3 razy dziennie. W razie wstrętu stosował wlewania 100,0 — 200,0 przy pomocy miękkiego zgłębnika. Ulga następowała po 3 — 6 dniach, a wyleczenie po 2 tygodniach. Autor łączył także leczenie oliwą z podawaniem bismutu i otrzymał wyniki jaknajlepsze. (Cbl. f. inn. Med. 45 — 1902).

P.

Wiadomości bieżące.

— Dziekan wydziału lekarskiego uniwersytetu Jagiellońskiego prof. BURWID rozpiisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze fizjologii z płacą roczną 1400 koron. Podanie wniosku należy do kancelarii wydziału lekarskiego do dnia 30 września r. b.

— Opuścił prasę w wydaniu drugim tom I dzieła p. t. *Traité des Maladies de l'enfance*, wydawanego pod redakcją prof. J. GRANCHER'a i d-ra J. COMBY'ego. Całość obejmować będzie

5 tomów. W tomie I opis tyfusu wysypkowego i gorączki powrotnej wyszedł z pod pióra naszego współpracownika i współwłaściciela kol. L. WOLBERGA.

— ZMARLI. D-r Józef KINDER-FREIND, były długoletni lekarz naczelny szpitala żydowskiego w Warszawie.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych w wykonaniu warunku w testamencie ś. p. d-r Jana BĄCEWICZA zastrzeżonego, ogłasza nazwiska 5 wdów po lekarzach polakach, którym na posiedzeniu Komitetu w dniu 27 czerwca r. b. przyznane zostały wsparcia z legatu

d-ra BĄCEWICZA, każdej po rub. 81, a mianowicie: Hebda Marya, Kadler Wanda, Libkind-Lubodziecka Stefania, Łazowska Antonina i Wilczkowska Marya.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu

D-r M. Jakowski.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczymi, zawartością organicznych związków żelaza i jakodytetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

Hematogen **Hommela** zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadwzyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj — nieprzetgowanej) Sztuczne trawienie bądź zapomożą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony albumozy i peptonizowane preparaty — jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu — wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; leczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonale wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, żołądów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen **Hommela** może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dytetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najwycyńniejsza mieszaniki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielnicznych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu — prawdziwego Hematogenu **Hommela**.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przesyłać do naszego składu ekspedycyi: **Apteka na Bolszoi Ochtie w S.-Petersburg.** Dawki na jedną dobę: Dla **Ssawców** — 2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju) Dla **dzieci** — 1 — 2 łyżek deserowych (bez dodatków). Dla **dorosłych** — 1 — 2 łyżek stołowych co dziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8¹/₂ uncyi) r. 1 k. 60

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya)

Największe w świecie labor. Parke Davis et C-o

w Detroit Stany Zjednocz. Północ. Ameryki.

Biura: w Nowym Jorku, Londynie, St. Petersburgu (Zamiastu per 4).

Przygotowuje preparaty farmaceutyczne, które zyskały wszechświatową sławę, a z tych głównie znakomite.

ADRENALINA (Takamina). Chemicznie otrzymana w postaci krystalicznej, działający czynnik gruczołów nadnerkowych, środek pobudzający działalność serca, wstrzymujący krwawienie i anemizujący; pozwala wykonywać niewielkie operacje szczególnie w jamach oka, gardła i nosa, bezkrwawo. Preparat powyższy względnie mało dotąd zbadany, obiecuje wywołać radykalny przewrót w medycynie. Upraszamy panów lekarzy o zwrócenie uwagi na ostatnie artykuły odnośnie stosowania **Adrenaliny** (Takaminy) przy leczeniu raka (La Presse Medicale, Paris 27 Avril, 1903 i Medical Record 23 Sierpnia 1902).

W handlu pojawiły się naśladowania i podrabiania naszego preparatu adrenaliny, noszące podobne nazwy wszystkie zaś pochlebne wzmianki dotąd ogłoszone stosują się do oryginalnego preparatu **Takaminy**.

CHLORETON (chemiczny związek chloroformu z acetonem) środek miejscowo i ogólnie znieczulający i nasenny; znajduje znakomite zastosowanie jako środek kojący w chorobach żołądka, nudnościach, astmie, padaczkach i t. d. Ma tę wyższość nad kokainą, że nie jest trujący i nieszkodliwy przy stosowaniu na błonach śluzowych.

TAKA-DIASTAZA Parke, Davis'a. Środek przeciwko zaburzeniom trawienia. Zamienia na cukier w ciągu 10 minut ilość krochmalu 100 razy przewyższającą jego wagę, gdy najlepszy ekstrakt słodowy nie jest w stanie zamienić dwudziestą część tej ilości.

KASKARA-EWAKUANT Lek tonicznie przeczyszczający przygotowany według zupełnie nowego sposobu z niegorzkiego glukozydu kory rośliny Rhamnus Purshiana. Posiada wszystkie własności naszego ekstraktu **Kaskara-Sagrada**, za wyjątkiem właściwego temu ostatniemu gorzkiego smaku.

ACETOZON (C⁶H⁵CO). O. O. COCH³. Benzoyl-acetyl hyperoxyd). Nowy środek przeciw-pasorzytnicy, 1000 krotnie przewyższający wodę utlenioną i 30-krotnie chlorok tęgę, jest więc tym sposobem najsilniejszym ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwnośnych. Szczególnie znakomite wyniki, otrzymano przy leczeniu **tyfusu brzuszego**. Stosuje się z dobrym wynikiem przy **tryprze**, chorobach oczu cholerze, dysenterji, rozwołnieniach u dzieci, sprawach ropniczych porodowych i t. p.

Literaturę i cenniki wysyła się bezpłatnie na żądanie pp. lekarzy i farmaceutów.

Adres dla telegramów „Kaskara“ — Petersburg

W Warszawie posiadają na składzie: — **Henryk Welt i Towarzystwo Akcyjne „Motor“.**