

GAZETA LEKARSKA

I. Z DOMU WYCHOWAWCZEGO IM. BAUDOUINA PRZY SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS
W WARSZAWIE.

Słów kilka o nerce wędrującej u dzieci

z powodu przypadku wrzękomej nerki wędrującej u chłopca.

Podał

Józef Brudziński.

W infirmerii chłopców w Domu Podrzutków obserwowałem przez czas dłuższy [od 27-go czerwca 1902 r. do 22-go maja 1903 r.] przypadek następujący [krótki wyciąg z historii choroby].

Władysław Sm. lat 13. Przyjęty na oddział 27-go czerwca 1902 roku. Skarżył się na ból głowy i osłabienie. Budowa średnia, odżywienie upośledzone. Z tyłu nad prawym szczytem wydech z charakterem oskrzelowym. Prawy szczyt na palec poprzeczny stoi niżej od lewego. Zmian wypukowych niema. Tętno serca czyste, rytm zmieniony [fetalny], działalność serca mocno przyspieszona; granice serca: ku górze od 3-go żebra na prawo dochodzi do prawego brzegu mostka, na lewo nie przekracza linii sutkowej. Wciągnięcia międzyżebrzy w okolicy serca, ani też wypuklenia (*voussure*) nie widać. Wątroba, ani śledziona niewymacalne. Przy badaniu brzucha żadnych zmian niema, gruczoły kręzkowe niewymacalne, odgłos wypukowy niezmieniony. Czynność narządów trawienia normalna. Stan ogólny—przygnębiecie.

Ciepłota przy przyjęciu i dni następnych aż do 1-go sierpnia pomiędzy 37,6°—38° zrana, a 39° wieczorem. Tętno nikle, koło 140. Stan ogólny bez zmiany. Przy badaniu moczu żadnych zmian nie wykryto.

Ciepłota przez cały sierpień trzymała się w granicach pomiędzy 37° a 38°. Tętno zawsze przyspieszone, o fali nikłej. Waga, która przez cały czas ulegała znacznym wahaniom *in minus*, zaczęła wzrastać. Apetyt się polepszył. [Leżenie na świeżem powietrzu, żywienie forsowne; *Guajac. carbon.*].

W początkach września — *pleuritis sinistra*, w końcu września *pleuritis dextra*, z bardzo niewielką ilością płynu surowiczego. W październiku notowano kilka razy krwawienie z nosa; w płucach zmiany, jak przedtem.

Przy badaniu brzucha gruczołów krezkowych nigdzie wyczuć się nie dało [18. X.]. Granice serca, jak przedtem. Charakter tętna bez zmiany, z chwilowymi polepszeniami pod wpływem podawania kofeiny i *t-rae Stroph.* Waga w październiku wykazywała przyrost z pewnemi jednak wahaniami. 1. X. 30,500, 7. X. 30,650, 15. X. 30,900, 21. X. 30,600. 13-go listopada 31,100.

18-go listopada zanotowano znowu podniesienie się ciepłoty do 39,2°. W okolicy podobojczykowej prawej liczne rzężenia wilgotne. Odgłos wypukowy niezmienny.

Przy badaniu brzucha stwierdziłem: w lewej połowie na poziomie pępka wyczuwa się ciało twarde, przesuwające się przy dotykaniu, o powierzchni równej. W pozycji leżącej wyczuwa się na lewo od pępka, w pozycji stojącej zmienia swe położenie i wyczuwa się pod pępkiem na linii środkowej brzucha. Dotykanie bólu nie sprawia. Brzuch wzdęty tak, że zarysów wyraźnie wyczuć nie można. Badanie pod chloroformem po uprzednim opróżnieniu kiszek wykazało co następuje: guz wyczuwany łatwo, daje się przesuwać na prawo, na lewo i ku górze, największa ruchomość na lewo. Zarysy guza, doskonale wyczuć się dające, przypominają dokładnie zarysy nerki; wyraźnie wyczuć można wnękę nerkową. Powierzchnia guza gładka, brzegi zaokrąglone, gruczołów krezkowych, pomimo nader pomyslnych warunków badania, nigdzie się nie wyczuwa. Badanie moczu dnia następnego wykazało obecność białka; białkomocz na 4-ty dzień ustąpił. Krzywa ciepłoty w listopadzie wykazuje wahania większe [38°—39°], w grudniu znowu przybiera dawną postać do 25-go, gdy się podnosi znowu do 39,0° wieczorem; zrana 37,6°. W historii klinicznej zanotowano: tętno 128, o fali słabej; tony serca czyste, głuche, rytm fetalny. Granice serca jak dawniej. Nad prawym szczytem rzężenia, odgłos wypukowy zmieniony. Na całej przestrzeni płuca prawego rzężenia i świsty, w okolicy podobojczykowej prawej rzężenia wilgotne drobnobańkowe, bardzo obfite. Pod pachą prawą stłumienie utrzymuje się po przebytem zapaleniu opłucnej. Silne poty nocne. Dziecko blade. Kaszle nie wiele, nie nie wykrztusza. Rzężenia wilgotne nad prawym szczytem utrzymywały się koło 2-ch tygodni, później znikły. Zajęcie prawego płuca występowało jeszcze dwa razy w styczniu. Ciepłota podlegała znacznie większym wahaniom; prawie stale osiągała 39,0° wiecz. Krzywa ciepłoty w lutym tego samego charakteru. W moczu przez cały czas żadnych zmian. Ilość dobową 750—1250.

Opisany wyżej guz kształtu nerki przez cały czas od listopada wyczuwało się w jamie brzusznej na poziomie pępka, najczęściej wnęką zwrócony na prawo, często ku górze i na lewo. Pomiarzy, kilkakrotnie dokonywane, wykazują powiększenie—w grudniu w wymiarze podłużnym 9 ctm., w wymiarze poprzecznym 5 ctm. W końcu stycznia i dotąd 11 ctm. i 6 ctm.

18-go lutego chłopiec poddany został badaniu promieniami ROENTGEN'a w pracowni kol. BARSZCZEWSKIEGO. Na wysokości pępka otrzymuje się cień, zmieniający swe położenie przy przesuwaniu guza ręką. Na miejscu lewej nerki przy prześwietleniu przedniotylnem cień nie występuje, wyraźnie widać cień odpowiadający śledzionie.

Przypadek ten podają nie ze względu na cierpienie podstawowe, zdradzające się stałym od 8-iu miesięcy trwającym stanem gorączkowym o typie zwalnającym (*febris remittens*) i opisanymi w historii choroby zmianami w płucach, cierpienie to bowiem jest początkowem stadyum gruźlicy płuc o typie zwykłym *phthisis pulm. incipiens*. Punktem, głównie nas w danym przypadku zajmującym, jest stwierdzenie guza w jamie brzusznej, który na zasadzie opisanego powyżej obrazu z badania klinicznego i rentgenograficznego przyjąć musimy za nerkę wędrującą. Fakt powiększania się guza tłómaczyliśmy sobie przypuszczeniem gruźlicy wtórnej nerek; upoważniały nas do tego przypuszczenia, oprócz tego, duże wahania w ilości dobowej moczu. We względzie rozpoznawania nerki wędrującej nastąpiła w ostatnich czasach reakcyja. Wielu klinicystów wypowiada się w tym względzie ostrzegawczo. Przyczyniły się do tego operacye cięcia brzuszego, przy których sprawdzano wyniki badania klinicznego. DUNIN w swej pracy z r. 1887 mógł zebrać w literaturze zaledwie 22 przypadki niewątpliwej nerki wędrującej, sprawdzone przez sekcyę lub przez operacyę cięcia brzuszego. W pracowni prof. BRODOWSKIEGO w okresie lat 10-iu [5000 sekcyi] stwierdzono tylko raz jeden obecność nerki wędrującej. Jeżeli zastrzeżenia podobne czynić należy w kwestyi rozpoznania nerki wędrującej u dorosłych, tembardziej muszą być na miejscu wszelkie wątpliwości przy rozpoznaniu nerki wędrującej u dzieci, i tembardziej, gdy, jak w naszym przypadku, stawiamy rozpoznanie nerki wędrującej lewej u chłopca. Jest to *sit venia verbo*, wyjątkowy wyjątek, jak bowiem wiadomo, nerka wędrująca spotyka się przeważnie u kobiet, u mężczyzn rzadko, a nader rzadko u dzieci; następnie stale podlega temu zboczeniu nerka prawa, nader rzadko nerka lewa. Fakt znacznie częstszego podlegania nerki prawej tłómaczy się przypuszczalnie głębszem jej położeniem, znaczniejszą długością naczyń oraz spychającym działaniem powiększonej wątroby. Przypadki lewej nerki ruchomej znajdujemy jednak w literaturze. Jeszcze NÉLATON obserwował u pewnej kobiety opuszczenie się i ruchomość lewej nerki, a FRITZ zestawił kilkanaście przypadków, w których 19 razy przemieszczoną była prawa nerka, 4 razy lewa, a 7 razy obie jednocześnie. HENOCH przytacza przypadek nerki ruchomej lewej u dziecka 1/2-rocznego, stwierdzonej na sekcyi. W statystyce, zebranej przez STRIFLER'a, na 100 przypadków w 75-iu dotknięta była prawa nerka, w 15-tu lewa, w 10-ia obie.

Kwestya istnienia nerki wędrującej u dzieci posiada nie tylko kazuistyczne znaczenie, lecz jednocześnie przyczynić się może do wyświeetlenia powstawania nerki wędrującej. Fakt występowania nerki wędrującej u dzieci świadczy, iż przytaczane zwykle, a utarte przyczyny nerki wędrującej [zanik *capsulae adiposae*, częste porody i urazy i t. d.] nie są przyczynami wystarczającymi, ku czemu się obecnie większość autorów skłania. DUNIN wykazywał to dowodnie

w swej pracy jeszcze w r. 1887, opierając się na ogłoszonych sekcyach i przyszedł do wniosku, iż powstanie nerki wędrującej, czyli swobodne poruszanie się nerki w jamie otrzewnej możliwem będzie tylko wtedy, jeżeli nerka na kształt kiszki otoczona będzie ze wszystkich stron otrzewną, t. j. jeżeli posiadać będzie kreskę lub jeżeli otrzewna przedstawiać będzie inne nieprawidłowości, pozwalające na wpuklanie się nerki do jamy otrzewnej. Takie nieprawidłowości powstać mogą tylko jako stan wrodzony, zależny od nieprawidłowego rozwoju otrzewnej. Podobne tłómaczenie, znajdujące już częściowe swe uzasadnienie w spotykanym fakcie ruchomości obu nerek, znajduje uzasadnienie najdowodniejsze w fakcie występowania nerki wędrującej u dzieci, na co też powołują się różni autorowie, jak STRUEMPELL, SENATOR, ALBARRAN, COMBY i in.

KNOEPFELMACHER sądzi, iż nerka wędrująca jest dlatego tak rzadko notowana u dzieci, że wskutek braku danych anamnestycznych, naprowadzających na tę myśl, jak to ma miejsce u dorosłych, nie bada się dzieci pod tym względem. Istnienie cierpienia tego u dzieci stwierdzają również spostrzeżenia COMBY'ego, KUTTNER'a, STEINER'a i in.; KNOEPFELMACHER'a skłoniły do badań nad wymacalnością nerki u niemowląt dwa spostrzegane przez niego przypadki nerki wędrującej u niemowląt w wieku 9, *resp.* 4 mies.—u jednego obustronnej, u drugiego lewostronnej. W tym ostatnim przypadku przypuszcza on zboczenie wrodzone, w pierwszym nabyte, istniało bowiem jednocześnie opuszczenie wątroby i śledziony, jak przypuszcza K., wskutek osłabienia ściany brzusznej. KNOEPFELMACHER proponuje metodę badania nerek przez odbytnicę: zgiętymi palcami ręki lewej wywiera się ciśnienie na mięśnie okolicy lędźwiowej, jednocześnie palec wskazujący ręki prawej wprowadza się do odbyticy. W ten sposób można u niemowląt wyczuć obie nerki [do $\frac{1}{3}$ lub $\frac{1}{2}$], łatwiej nerkę prawą.

COMBY opisuje tylko 4 przypadki nerki wędrującej u dzieci, wszystkie u dziewcząt i przychodzi do wniosku na zasadzie przeglądu odnośnej literatury, iż cierpienie to u dzieci jest nader rzadkie i również, jak w wieku dojrzałym, właściwe płci żeńskiej, nader rzadkie (*d'une rareté extrême*) u chłopców. Przypadki COMBY'ego dotyczą dziewcząt—16-letniej, 13, 14 i 5-letniej. Oprócz tego COMBY spostrzegał dwa przypadki nerki wędrującej wrodzonej obustronnej u dziewczynek—miesięcznej i dwumiesięcznej. W przypadkach tych nerkę wędrującą stwierdzono na sekcy; są one ciekawe ze względu na etyologię nerki wędrującej. COMBY słuszną czyni uwagę, że gdyby dziewczynki te pozostały przy życiu, stwierdzonoby u nich z czasem nerkę wędrującą przy badaniu i naturalnie jako przyczynę przypuszczanoby noszenie gorsetu, ściskanie brzucha, częste porody i t. d.

W przypadku drugim nerka lewa była wędrującą w ścisłem słowa tego znaczeniu dzięki długiej kresce. ALBARRAN w swej pracy o nerce wędrującej przemawia za zboczeniem i usposobieniem wrodzonym. COMBY obok tego dużą rolę przypisuje zaburzeniom w trawieniu, wywołującym rozszerzenie żołądka, powiększenie wątroby, jednym słowem t. zw. *gros ventre* dzieci karmionych sztucznie i wadliwie. Na zarzut, że cierpienia te są u dzieci nader częste, a jednak nerkę ruchomą spotyka się u dzieci tak rzadko, odpowiada COMBY, iż

kwestya występowania nerki ruchomej u dzieci, wobec małego zajęcia się tą sprawą musi być jeszcze uważana za otwartą i sądzi, iż w wielu przypadkach nerki wędrującej u dorosłych możnaby prawdopodobnie stwierdzić to cierpienie już w wieku dziecięcym, gdyby się na to zwracało uwagę.

Z tego punktu widzenia wyszedł ROSENTHAL i przedsięwziął badania systematyczne u chłopców i dziewcząt w wieku 10—14 lat. Stosował metodę badania dwuręczną [ISRAEL'a]. Ogółem zbadał 51 dziewcząt: u 26-ku można było wyczuć prawą nerkę, u dwu—w wieku 11 i 12 lat spotkał nerkę wędrującą prawą. Na 32 badanych chłopców tylko u 3-ech można było wyczuć prawą nerkę [1/3 wielkości], nerki wędrującej nie spotkał R. u chłopców ani razu; z naciskiem też podnosi rażącą różnicę pomiędzy obu płciami w tym względzie i wypowiada przypuszczenie, iż widocznie mamy tu do czynienia z cechą rozwojowo nabytą, właściwą płci żeńskiej; cecha ta wytworzyła się celowo i staje się patologiczną dopiero po przekroczeniu pewnych granic.

Przypadek mój zniewolił mię również do systematycznego zbadania całej seryi chłopców z Domu Podrzutków. Ogółem zbadałem, stosując metodę ISRAEL'a, 65 chłopców w wieku 7—14 lat:

w wieku 7 lat	11
8	12
9	7
10	11
11	8
12	6
13	5
14	5

U kilku był wyraźny „*gros ventre*“; wogóle dzieci te w pierwszym dzieciństwie, gdy są wydawane na wychowanie na wieś, podlegały bardzo wadliwemu odżywianiu, u wielu stwierdzić można było powiększoną wątrobę; pomimo to nerki ani razu wyczuć nie mogłem, chociaż dzieci, przeważnie już do badania przyzwyczajone, czyniły warunki badania jak najpomysłniejszymi.

Jak widzimy, nerka wędrująca u dzieci, zwłaszcza płci męskiej, jest zjawiskiem nader rzadkiem. Dlatego też, jak to już zaznaczyłem, myśl podobna przy badaniu dziecka może nawet nie powstać, a gdy powstanie — rozpoznanie nasuwać zawsze powinno poważne wątpliwości.

W naszym przypadku objawów subiektywnych, naprowadzających na myśl o nerce wędrującej nie było wcale, chory nasz nie podlegał żadnym szkodliwościom, którym się powszechnie przypisuje wpływ na powstawanie nerki ruchomej; nie zajmował się dźwiganiem, nie ścisnął się w pasie, a przez trzy miesiące przed stwierdzeniem tego zбочenia pozostawał w łóżku. Nie można też przypisywać wystąpienia nerki wędrującej nadmiernemu wychudzeniu, w chwili bowiem stwierdzenia guza, t. j. w listopadzie, chłopiec ważył 31 kilo 100 gr., gdy w lipcu ważył tylko 27, 800. W przypadku naszym mamy jednak wszystkie objawy obiektywne, uważane za niezbędne dla rozpoznania nerki wędrującej, że przypomnę je tu według podręcznika BIEGAŃSKIEGO: 1) Guz ruchomy w jamie

brzuszej powierzchowny, leżący na wysokości pępka; ruchomość guza jest zależną nie tylko od dotykania, lecz i od zmiany położenia chorego. 2) Guz ma kształt prawidłowej nerki, jest podłużny, ma jeden brzeg zaokrąglony, na drugim zaś wyraźnie wyczuć można wcięcie wnękowe. Objętość guza odpowiada wielkości nerki. 3) Guz łatwo odprowadzić można na jego prawidłowe miejsce około kręgosłupa i po odprowadzeniu guz znika, przy ruchach napowrót zjawia się w jamie brzusznej i po 4)—objaw najmniej pewny—na miejscu stłumienia nerek w okolicy lędźwiowej otrzymujemy odgłos jaśniejszy, niekiedy z odcieniem bębnowym, z drugiej strony odgłos stłumiony; po odprowadzeniu nerki na miejsce prawidłowe odgłos staje się stłumionym. Wartości tego objawu zaprzecza wielu klinicystów—nie przypisywaliśmy też znaczenia brakowi jego w naszym przypadku.

Wobec potwierdzenia danych klinicznych przez badanie promieniami ROENTGEN'a, rozpoznanie nerki wędrującej stało się uzasadnionem.

W dalszym przebiegu 11-go maja wystąpiły pierwsze objawy—uporczywe wymioty i przed oczami naszymi rozwinął się obraz gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Pierwszy okres nasuwał pewne wątpliwości co do rozpoznania wobec podobieństwa do obrazu uremii, co wobec wahań w wydzielaniu się moczu, a nawet bezmoczem przez 24 godziny, można było przypuszczać. Dalszy przebieg i zejście typowe dla gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Zejście śmiertelne 22-go maja. W ostatnich jeszcze dniach wobec mocno zapadniętego brzucha [łódkowatego] wyraźnie wyczuwał się guz, posiadający kształty nerki; w moczu wykryto białko.

Badanie pośmiertne zwłok, dokonane przez prof. PRZEWOSKIEGO, wykazało: *Meningitis basilaris tbc. Pneumonia tbc. nodosa* w obu płucach. *Pleuritis adhaesiva dextra*. Gruźdzoły oskrzelowe powiększone, zserowaciałe. *Nephritis tuberc. disseminata*.

Dotąd jesteśmy w zgodzie z obserwacją kliniczną; potwierdziło się i przypuszczenie gruźliczej sprawy w nerkach, potwierdzenie faktu, stwierdzonego przez wszystkich prawie autorów, że gruźlica wtórna nerek może się nie zdradzać żadnymi objawami, nawet może nie być białkomoczem.

Zupełną niespodziankę natomiast zgotowały nam oględziny jamy brzusznej. Po otwarciu otrzewnej na wysokości pępka spostrzegliśmy guz kształtu nerki z wcięciem, ku naszemu zdziwieniu jednak usadowiony w krezce kiszkowej; nerki były na swoim miejscu zarówno prawa, jak lewa. Guz, który przyjmowaliśmy za życia za nerkę wędrującą, był tak łudząco do nerki podobny, że po wyjęciu przy okazywaniu stale za nerkę był przyjmowany. Przy jednym biegunie guza wyczuwało się parę gruczołów krezkowych oddzielnych, poza tem nigdzie gruczołów krezkowych powiększonych nie stwierdzono, fakt zanotowany i za życia przy badaniu zwykłym i w uspieniu chloroformowym, fakt, który między innymi zaważył bardzo na szali w rozpoznaniu różniczkowym między zlepką gruczołów krezkowych a nerką wędrującą. Konglomerat ten gruczołów krezkowych miał wspólną otoczkę i na powierzchni wykazywał nieznaczną tylko nierówność. Spostrzeżenie powyższe przytaczam jako ciekawy

przyczynę różniczkowo-rozpoznawczy, dowodzący, iż dane kliniczne dla rozpoznania nerki wędrującej są jeszcze dość zawodne.

L I T E R A T U R A .

1. DUNIN. Uwagi krytyczne nad powstawaniem nerki wędrującej. Gaz. Lek. 1887.
2. KNOEPFELMACHER. Jahrb. f. Kinderh. 1901. Z. III.
3. COMBY. Rein mobile. Traité des mal. de l'enf. GRANCHER-MARFAN.
4. ROSENTHAL. Therap. Monatsh. 1896.
5. ALBARRAN. Traité des mal. de l'enf. GRANCHER-COMBY-MARFAN.

III. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH (I. b.) SZPITALA ŚW. ŁAZARZA W KRAKOWIE.

DWA PRZYPADKI CHOROBY HODGKIN'A (PSEUDOLEUCAEMIA).

Opisał

prym. dr Antoni Krokiewicz.

[Dokończenie — Patrz Nr. 2].

Ś r ó d p i e r s i e: Wszystkie gruczoły chłonne śródpiersia znacznie powiększone, miękkie, rdzeniowate, blade-różowe.

J a m y o p ł u c n o w e: W prawej znaczna ilość cieczy mętnej ze strzępami włókniaka; w lewej rozległe wiotkie zrosty, wśród których znajdują się złogi włóknikowe; w obu szczytach zrosty ściśle, ograniczone. Opłucna w okolicy szczytów obu płuc zrostami pokryta; poniżej lewa pokryta częścią zrostami, częścią złogami włóknikowymi; prawa zaś pokryta włóknikiem, przyćmiona, nastrzyknięta i obsiana drobnymi miękkimi guzkami białawymi, nie przechodzącymi wielkości soczewicy.

Prawa połowa przepony znacznie obniżona i przez wysięk ku jamie brzusznej wypchnięta.

P ł u c o p r a w e i l e w e: Szczyty obu płuc zwyrodniałe włóknisto, bardzo silnie zabarwione czarno od złogów pyłu węglowego. Wśród tej czarno zabarwionej włóknistej tkanki rozrzucone niejednostajnie ogniska zwapniałe, nie przechodzące wielkością grochu. W mięszu zaś obu płuc, który zresztą zawiera powietrze i jest różowy, jędrny i nieco obrzękły, są rozrzucone nieregularne gromadki guzków okrągławych, białawych, miękkich, wielkości soczewicy; całe zaś gro-

madki są również okrągławe i dochodzą wielkości orzechów laskowych, a nawet włoskich. Z ognisk tych za uciskiem wydobywa się ciecz biaława, gęsta, pod mikroskopem złożona z mnóstwa drobnych okrągłych komórek o skąpem pierowszczy, przypominających kształtem, wielkością i wejrzeniem limfocyty.

Oskrzela: Błona śluzowa różowa; w drobniejszych oskrzelach śluz.

Gruczoły oskrzelowe: powiększone, miękkie, rdzeniowate, barwy blado-różowej, gdzieniegdzie szarej od złogów węglowych.

Gardło: błona śluzowa w miernym stopniu przekrwiona. Grudki limfatyczne u nasady języka i w gardle znacznie powiększone, dość miękkie, ciemno-różowe.

Gruczoł tarczowy: bez zmian. **Krtań i tchawica** bez zmian.

Naczynia płucne: bez zmian. **Worek osierdziowy** zawiera około 30 gm. cieczy przezroczytej, żółtawej. **Osierdzie i wsierdzie** gładkie, lśniące, cienkie. **Serce** prawidłowych rozmiarów. **Mięsień sercowy** blado-brunatnoczerwony, jędrny. **Naczynia wieńcowe** bez zmian. **Komórka lewa i przedsionek lewy:** skurczone, o ścianie prawidłowej grubości. **Zastawki** cienkie, gładkie, lśniące. **Prawa komórka i prawy przedsionek** nie rozszerzone, o mięśniu prawidłowej grubości, zastawki cienkie, gładkie, lśniące. **Tętnica główna** nieco rozszerzona; na błonie wewnętrznej—liczne nacieki miażdżycowe. **Jama brzuszna** zawiera około 200 gm. cieczy żółtawej, przezroczystej. **Otrzewna** cienka, gładka, lśniąca. W ułożeniu trzew zmiana, polegająca na obniżeniu wątroby [powiększonej], zepchniętej ku dołowi przez prawą część przepony [którą wypchnął ku jamie brzusznej wysięk opłucnowy]; dolny brzeg prawego płatu wątroby sięga nieco poniżej pępka.

Śledziona powiększona w trójnasób; torebka lekko niejednostajnie zgrubiała, miąższ soczysty, kruchy dwubarwny, mianowicie na ogólnem tle ciemno-różowem widać niezliczone, gęsto leżące ogniska białawo-szare, okrągławe, jednostajnie wielkie [wielkości soczewicy].

Nerki niepowiększone, kształtu i zbitości prawidłowej, torebka cienka, schodzi dość łatwo; na powierzchni gdzieniegdzie rozrzucone płaskie, okrągławe, białawe, miękkie guzki, wielkości soczewicy; guzków tych nie widać wśród miąższu na przekroju; rysunek miąższu utrzymany; miąższ barwy różowo-brunatnej. **Miedniczki nerkowe, moczowody, pęcherz, części płciowe** bez zmian. **Nadnercza, trzustka** bez zmian.

Wątroba: obniżona, jak wyżej opisano—a nadto znacznie powiększona. Pod cienką torebką przeświecają rzadkie, porozrzucane guzki, podobne zupełnie do guzków, znalezionych w nerkach: na przekroju w miąższu, zabarwionym brunatno-czerwono, guzków tych nie widać; zbitość prawidłowa, budowa zrazikowa wyraźna. Przy prawym brzegu płatu prawego znajduje się w miąższu tuż już pod powierzchnią bąblowiec wielkości pięści, zawierający we wnętrzu liczne pęcherze potomne. **Przyrząd żółciowy** bez zmian: przewody drożne, w woreczku żółć płynna, żółto-brunatna.

Gardziel: na gładkiej błonie śluzowej porozrzucane guzki, podobne zupełnie do tych, jakie znajdują się na powierzchni nerek i wątroby.

Żołądek znacznie, przynajmniej w dwójnasób powiększony. Błona surowicza i warstwa mięsna nie przedstawiają żadnych zmian makroskopowych; natomiast bardzo znacznie zmienioną jest błona śluzowa. Błona śluzowa zasiana jest niezliczonym mnóstwem guzków miękkich, blado-różowych, rdzeniowatych różnej wielkości i kształtu. Przeważnie są to guzki okrągławe, drobne, wielkości soczewicy lub grochu, przypominające wejrzaniem najwięcej rdzenia-sto obrzękłe folikuly w tyfusie brzuszny, siedzące każdy z osobna, otoczone niezmienną błoną śluzową; w wielu jednak miejscach, zwłaszcza na szczytach fałdów, guzki te zlewają się z sobą w większe płaskie nacieki, przypominające np. miękką wybujałość rakową; ku odźwiernikowi takich większych nacieków jest coraz więcej; gdzieś tam tworzą one na szczycie fałdu, jakby gruby wałek. Podobne zmiany znajdują się w całym jelicie cienkim, począwszy od odźwiernika aż do zastawki kątniczej—i w grubym jelicie aż do odbytnicy; tu jednak wygląda jakby zmianom uległy tylko grudki samotne i kępki Peyer'a. W górnych częściach jelita są zmiany na błonie śluzowej rzadziej, ku dołowi coraz gęściej rozrzucone. W całości przypomina to obraz silnego nacieku tyfusowego, dochodzącego jednak potwornych rozmiarów. W jelicie grubym zmiany tem się różnią od zmian w jelicie cienkim, że folikuly są tu nie tak znacznie powiększone, a błona śluzowa między nimi jest wszędzie barwy szarawo-czarnej, podobnie jak w niezycie przewlekłym.

Gruczoły krezkowe i pozaotrzewnowe wszystkie olbrzymio powiększone, miękkie, rdzeniaste, blado-różowe.

Kręgosłup, rdzeń kręgowy bez zmian.

Badanie mikroskopowe świeżych preparatów ze szpiku kostnego: liczne normocyty [brak normoblastów]; myelocyty [niewielkie, okrągłe z dużym jądrem, plazmą neutrofilną] i typowe skąpe neutrofile; brak zupełny eozynofiliów.

Przypadek II. J. W. lat 22; stelmach, przyjęty na oddział 27. V r. 1903; poprzednio zawsze zdrów. Dopiero od 6-u tygodni miał zauważyć brzęknięcie wszystkich gruczołów, a od 3-ch tygodni ma doznawać bólów w brzuchu. Wywiady co do chorób dziedzicznych ujemne.

Stano obecny w dniu 27. V. Osobnik wzrostu średniego; budowa ciała i odżywienie mierne. Ciepłota ciała 37° C. Skóra blada, na niej *pityriasis versicolor*. Gruczoły szyjowe powiększone, wielkości orzechów tureckich i laskowych, tworzą nieznaczne pakiety. Gruczoły pachwinowe także powiększone, wielkości orzechów włoskich, przyczem tworzą pakiety wielkości pomarańczy, zwłaszcza w pachwinie prawej; niebolesne. Skóra nad nimi przesuwalna.

Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona. Dolna granica płuca prawego w linii sutkowej na 6-em żebrze, lewego na 4-em żebrze, z tyłu po obu stronach w linii przykręgowej na 11-em żebrze; ruchoma. Odgłos wypukowy wszędzie jasny; tylko w szczycie prawym krótszy. Oddychanie prawidłowe, tylko w szczycie prawym zaostrome, ze skąpymi świstami i fureczeniami. Liczba oddechów 24; *typus costoabdominalis*.

Serce prawidłowych rozmiarów. Uderzenie wierzchołka serca wyczuwane w 5-ym lewym przestworze międzyżebrowym, na wewnątrz brodawki sutko-

wej. Tętno serca czyste; tylko przy pierwszym tonie nad wierzchołkiem podmuch. Tętno obwodowe wąskie; tętno regularne, drobne, 90.

Brzuch miernie wzdęty; język wilgotny, obłożony; okolica żołądka na ucisk nieco wrażliwa; w jelitach mierna ilość kału i gazów; apetyt dobry.

Wątroba powiększona, sięga dolnym brzegiem na 5 cm. poniżej łuku żebrowego w linii sutkowej; powierzchnia wątroby gładka, brzeg twardy.

Śledziona powiększona, o brzegu twardym.

Żrenice oddziałują prawidłowo na światło i na akomodację; są równe. Odruchy kolanowe ścięgnięte zmniejszone. Sensoryum wolne.

Narząd moczowy bez zmian; toż samo i narząd płciowy. Mocz barwy winożółtej, czystej, o ciężarze właściwym 1024; oddziałują kwaśno; osad obfity. Urochrom i indoksył zwiększone, mocznik prawidłowy, kwas moczowy silnie zwiększony, chlorki prawidłowe; fosforany ziem i potasowe powiększone; brak cukru, brak białka. W osadzie znaczna ilość moczanów. Albumoz niema.

Ogólne osłabienie i bóle w kończynach, zaparcie stolca.

W ciągu 20-dniowego pobytu w szpitalu, t. j. od 27. V.—17. VI. b. r. stan bezgorączkowy, brak łaknienia, stolec zaparty; ciągle powiększanie się gruczołów na szyi, pod pachami i w pachwinach; silne bóle w okolicy gruczołów, zwłaszcza pachwinowych.

9. VI. widoczny obrzęk kończyny dolnej prawej i prawej okolicy łędźwiowej; kończyna dolna prawa bardzo bolesna, sinawa, chłodniejsza; ruchy jej bardzo bolesne; duszność i klucie w boku prawym przy oddychaniu; stan bezgorączkowy.

13. VI. Ciepłota zrana 36,8°, wieczorem 37,2° C.; tętno 76, dobrze napięte. Na klatce piersiowej po stronie prawej z przodu w linii sutkowej przytłumienie od dolnego brzegu 4-go żebra, a z tyłu od ½ łopatki; tamże osłabienie szmerów oddechowych i tarcie opłucnowe. Obrzęk kończyny dolnej prawej większy. W obu okolicach pachwinowych powiększone gruczoły dochodzą wielkości głowy noworodka, a podszczękowe wielkości pięści. Liczba oddechów 36. Sinica na twarzy; nad podstawą serca jakby tarcie.

16. VI. *S. i.*; poty. Tętno 120, drobne, słabo napięte. Tępość serca na poprzek powiększona, tony serca głuche. Po lewej stronie z tyłu klatki piersiowej szmery oddechowe upośledzone; gruczoły silnie bolesne.

Od 17. VI. stwierdzić można stan gorączkowy, 37,8° C.

18. VI. Ciepłota zrana 36,6° C., wieczorem 37,8°, tętno 100; poty. Przez powłoki brzuszne można wyczuć pakiety powiększonych gruczołów; zresztą *status idem*.

19. VI. Ciepłota zrana 36,7°, wieczorem 38,4° C.; tętno 120, nikłe; poty bardzo znaczny upadek sił; zresztą *s. i.*

20. VI. Ciepłota zrana 36,4°, wieczorem 37,8; *s. i.*; kaszel znaczny, duszność, sinica.

21. VI. Ciepłota zrana 37,9°; wieczorem 38,5°, tętno 120, *s. i.*

22. VI. Ciepłota zrana 38,9°, wieczorem 37,9°, tętno 108; rozmiary wysięku zapalnego w jamie opłucnowej prawej większe; kończyna dolna prawa silnie obrzękła, chłodna, sina; zresztą *s. i.*

23. VI. Ciepłota zrana 37,6°, wieczorem 38,5°, tętno 112; s. i.; z tyłu w dole po stronie lewej klatki piersiowej drobne rzężenia.

24. VI. Ciepłota zrana 37,6°, wieczorem 37,4°, tętno 132; s. i.;

25. VI. Ciepłota zrana 37,8, wieczorem 37,5°, tętno 120. Bardzo wielkie osłabienie, sinica. Na spojówkach gałkowych ślad żółtaczk. Chory oddaje mocz i kał bezwiednie, jest oszołomiony. Obrzęk kończyny dolnej prawej. Odgłos wypukowy z przodu na klatce piersiowej po stronie prawej od 3-go żebra a z tyłu od grzebienia łopatki ku dołowi słumiony i tamże w miejscu słumienia szmery oddechowe zmienione; po stronie lewej klatki piersiowej z tyłu w dole od dolnego kąta łopatki wypuk przytłumiony, a szmery oddechowe pokryte drobnymi rzężeniami. Obrzęki gruczołów w tym samym stopniu. Wśród ogólnego zapadu chory zmarł nad wieczorem.

W ciągu pobytu szpitalnego choremu wstrzykiwano podskórnie atoksyl; podawano goryczki z kakodylem żelaza (*Ferrum cacodylicum*); wcierano maść jodową.

Badanie płwociny na prątki KOCH'a dało wynik ujemny.

Badanie krwi wykonano dnia 5. VI, 12. VI, 15. VI, 22. VI.

Wynik przedstawia się następująco:

	5. VI.	12. VI.	15. VI.	22. VI.
Haemoglobina [GOWERS]	95%;	85%;	85 ^o / _o	80%
Ciałka czerwone	3,960,000;	3,820,000;	3,160,000;	3,140,000
„ białe	9,600;	8,800;	5,800;	7,200
Stosunek ciałek czerwonych do białych	1 : 413;	1 : 434;	1 : 544;	1 : 436

Preparaty, ustalone w mieszaninie eteru i alkoholu i barwione triacidem EHRLICH'a, okazują ciała czerwone i zdolność barwienia się prawidłową. Stosunek wzajemny leukocytów przedstawia się:

	5. VI.	12. VI.	15. VI.	22. VI.
Nentroflów:	61 ^o / _o ;	74 ^o / _o ;	84 ^o / _o ;	75 ^o / _o
Lymfocytów małych:	29 ^o / _o ;	20 ^o / _o ;	14 ^o / _o ;	21 ^o / _o
„ dużych:	1 ^o / _o ;	2 ^o / _o ;	—	—
Ciałek przejściowych:	6 ^o / _o ;	2 ^o / _o ;	2 ^o / _o ;	3 ^o / _o
Eozynochłonnych	3 ^o / _o ;	2 ^o / _o ;	—	1 ^o / _o

Rozpoznanie kliniczne. *Pseudoleukaemia. Thrombosis venae iliacaе utriusque ac femoralis dextrae. Exsudatum pleuriticum dextrum. Pneumonia sinistra asthenica lobi inf. Icterus levis. Anasarca ad dorsum et extremitatem inf. d.*

Sekeya, dokonana w zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jag. przez prof. W. CIECHANOWSKIEGO w dniu 26. VI. b. r., stwierdziła, co następuje:

Rozpoznanie anatomiczne: *Pseudoleukämia. Hyperplasia permagni gradus lienis, glandularum lymphaticarum universalium, folliculorum lymphatic. ad radicem linguae et nonnullorum intestinalium. Pneumonia crouposa (hepatisatio rubra in griseam) pulmonis sin. Exsudatum pleuriticum dextrum. Atelectasis totalis lobi inferioris pulmonis d. e compressione c. exsudato.*

Budowa i odżywienie mierne. Skóra blada: tkanka podskórna na kończynie dolnej prawej surowiczo-obrzękła.

G r u c z o ł y chłonne na szyi, nadobojczykowe, pachowe, znacznie powiększone [do wielkości orzecha włoskiego], ciemno-czerwono zabarwione, miękkie, soczyste, pozrastane ze sobą, tworzą większych rozmiarów pakiety miękkie; jednakże nie zlewają się z otoczeniem w ten sposób, aby nie można rozróżnić granic pojedynczego gruczołu. Gruczoły pachwinowe, zwłaszcza po stronie prawej jeszcze mocniej powiększone; i tu jednak wszędzie granice gruczołów pojedynczych dają się wyróżnić; na rozkroju gruczoły te zachowują się podobnie, już to do gruczołów wyżej opisanych, już to są więcej szarawo-różowo zabarwione, już wreszcie w niektórych z nich znachodą się ogniska martwicowe [matowe, żółtawe].

K o ś c i i s t a w y bez zmian makroskopowych; szpik kostny prawidłowy.

M i ę ś n i e bez zmian.

N a c z y n i a o b w o d o w e: W prawej żyłce udowej w górnej części znajduje się skrzep za życia powstały, dość ściśle przylegający do ściany żyły i narastający w kierunku ku dołowi.

C z a s z k a symetryczna; kości jej prawidłowe.

O p o n a t w a r d a dość łatwo oddziela się od kości, prawidłowa; zatoki żylne próżne. **O p o n y** miękkie cienkie, gładkie, połyskujące. **N a c z y n i a t ę t n i c z e** na podstawie bez zmian.

M ó z g zbitości prawidłowej, w krew dość ubogi, zresztą bez zmian. **K o m ó r k i m ó z g o w e** prawidłowo szerokie, wyściółka ich gładka.

M ó ź d ż e k, r d z e ń bez zmian.

Ś r ó d p i e r s i e: Gruczoły chłonne powiększone do znacznych rozmiarów; zachowują się podobnie, jak gruczoły w innych okolicach ciała.

J a m y o p ł u c n o w e: prawa zawiera sporą ilość cieczy mętnej ze strzępami włókniaka; lewa wolna. Opłucna prawa przyćmiona, pokryta nalotami włókniaka i wynaczynionkami; lewa prawidłowa.

P ł u c o p r a w e: dolny płat skutkiem ucisku przez ciecz w jamie opłucnowej w całości bezpowietrzny; mięszs jędrny. W przednio-bocznych częściach płatu górnego znajduje się kilka drobnych ognisk serowatych; zresztą mięszs płuca prawego jest powietrzny, jędrny, za uciskiem zalewa się cieczą pianistą, jasną, przyczem z oskrzeli wydobywa się mętny śluz.

P ł u c o l e w e: prawie cały dolny płat zajęty przez zbity naciek zapalny tak, iż pozostały tylko zaledwie resztki mięszsu prawidłowego, powietrznego; mięszs dolnego płatu bezpowietrzny, ziarnisty, kruchy, szarawo-czerwono zabarwiony; za uciskiem zalewa się cieczą bezpowietrzną, mętną. Podobne zmiany w postaci drobnych rozrzuconych ognisk znajdujemy i w płacie górnym tegoż płuca, a prócz tego w okolicy szczytu znajduje się kilka ognisk drobnych gruźliczych.

O s k r z e l a: błona śluzowa zaczerwieniona, śluzem pokryta. Gruczoły oskrzelowe powiększone znacznie, soczyste, różowe.

G r u c z o ł t a r c z o w a t y, k r t a ń: bez zmian. Błona śluzowa t e h a w i c y silnie zaczerwieniona, śluzem pokryta.

Naczynia płucne bez zmian. Worek osierdziowy zawiera prawidłową ilość cieczy jasnej. Osierdzie i przysierdzie cienkie, gładkie, połyskujące. Serce wielkości pięści osobnika. Mięsień sercowy jędrny, dość blady.

Naczynia wieńcowe bez zmian. Pojemność jam i grubość mięśnia sercowego odpowiadają wielkości serca; zastawki bez zmian. Tętnica główna prawidłowo szeroka, bez zmian.

Jama brzuszna wolna; ułożenie trzew prawidłowe. Otrzewna, cienka, gładka, połyskująca.

Śledziona w całości bardzo znacznie powiększona [waga jej 150 grm.]; miąższ jej ciemno-czerwono zabarwiony, a na tem tle widoczne liczne, wielkości ziarnka grochu dochodzące ogniska lub pasmowate, białawe obok ognisk żółtawych, matowych.

Nerki wielkości i zbitości prawidłowej. Torebka schodzi łatwo; powierzchnia gładka; rysunek utrzymany; miąższ w krew zamożny. Miedniczki, moczowody, pęcherz, części płciowe bez zmian.

Trzustka bez zmian. Wątroba duża; miąższ jej w krew zamożny; przyrząd żółciowy bez zmian.

Na korzeniu języka znajdują się liczne guzki różowe, soczyste, dochodzące wielkości ziarna grochu i odpowiadające powiększonym grudkom limfatycznym. Żółtadek: w błonie śluzowej kilka niewielkich nadzerek, pokrytych krwią wynaczynioną. W samym pierścieniu oddźwiernikowym na małej przestrzeni nieznaczny naciek w błonie śluzowej powierzchnie rozpadły. Na błonie śluzowej jelita cienkiego i grubego parę grudek odosobnionych, powiększonych do wielkości ziarna grochu.

Gruzoły krezkowe i zaotrzewnowe powiększone wprost do olbrzymich rozmiarów, zwłaszcza gruzoły pozaotrzewnowe, które tworzą tutaj olbrzymie pakiety, obmurawiając sąsiednie naczynia krwionośne; na rozkroju gruzoły te zachowują się podobnie jak pachwinowe; wszędzie granice pojedynczych gruzołów dają się wyróżnić.

Wzyle próżnej dolnej w odległości 5 ctm. powyżej jej początku znajduje się skrzep za życia powstały, przyścienny, nie zamykający jednak całkowicie światła tego naczynia; kręgosłup, rdzeń kręgowy: bez zmian.

Opisane 2 przypadki, z których pierwszy dotyczy osobnika starszego, liczącego lat 62, drugi młodego, liczącego lat 22, — różni się między sobą pod względem klinicznym, a ponieważ diana tomiem. W pierwszym z nich proces chorobowy trwał z górą rok i dopiero w ostatnich 3 miesiącach przybrał charakter ostry, w drugim przypadku cała sprawa chorobowa trwała około 10-u tygodni i przebiegała z niezwykle szybkością i złośliwością. W obydwu atoli przypadkach zauważyć można było jako ostateczną przyczynę śmierci, zapalenie błony opłucnowej i schyłkowe zapalenie płuc. W obu przypadkach w szczytach płuc stwierdzono zmiany chorobowe już to w postaci zwyrodnienia włóknistego szczytów płucnych, już to bardzo nielicznych, drobnych, skąpych ognisk gruźliczych. Nigdzie jednak nie można było stwierdzić.

zmian gruźliczych pośród innych narządów wewnętrznych i przerosłych gruczołów chłonnych; jak również nie można było wykazać żadnych danych co do dziedziczności gruźlicy lub jakiegokolwiek choroby krwi. Wynik badania płwociny na prątki Koch'a w obu przypadkach ujemny.

Odmienny był stanowczo wynik badania krwi. Podczas gdy w pierwszym przypadku o przebiegu klinicznym powolniejszym stwierdzić można było leukocytozę neutrofilową w miernym stopniu [liczba ciałek krwi białych 18000; stosunek ciałek czerwonych do białych 1:145] obok zmniejszonej liczby ciałek czerwonych [2640000] i hemoglobiny [35% Govers]; w drugim przypadku o przebiegu niezwykle szybkim, pomimo kilkakrotnego badania krew nie okazywała zmian ważniejszych, prócz nieznacznej niedokrwistości.

Również i nieco odmiennie przedstawia się wynik oględzin pośmiertnych ze względu na zmiany anatomiczne, pomijając przypadkowe zapalenie błony płucnej i mięszu płucnego. W przypadku pierwszym o powolniejszym przebiegu klinicznym, zmiany przerostowe w gruczołach dosięgały znacznego stopnia, przyczem zauważyć można było postaci nacieku rdzeniowatego o utkaniu miękkim, soczystym, szaro-różowym obok utkania zbitego, blado-różowego; następnie ogniska przerzutowe w mięszu płucnym, dochodzące w całości wielkości orzechów włoskich, obrzęk foliкуły na języku, gardzieli, ogniska w nerkach, śledzionie, wątrobie, obrzęk wątroby i śledziony, tudzież ogniska w narządzie limfatycznym jelit i w żołądku. Głównie jednak zasługują na uwagę zmiany w błonie śluzowej żołądka i jelit, gdzie dochodzą istotnie bardzo znacznych, niebywałych rozmiarów. Szpik kostny w trzonie kości udowej prawej w części górnej jest ciemno-czerwony, a w dolnej różowy, soczysty; pod drobnowidzem zawiera liczne normocyty [brak normoblastów], myelocyty [niewielkie, okrągłe, z dużym jądrem, plazmą neutrofilną], typowe skąpe neutrofile, a nie zawiera eozynofiliów. W drugim przypadku o przebiegu tak złośliwym klinicznym widoczne są przerosłe gruczoły chłonne, tworząc pakiety rozległe, zwłaszcza w okolicy pachwinowej prawej i w zakresie gruczołów krezkowych i pozaotrzewnowych, o nacieku rdzeniowatym, szaroróżowym, miejscami okazującym zaledwie skłonność do wytwarzania początkujących zmian wstecznych, obrzęk znaczny śledziouy z licznymi powiększonymi kępkami, podczas gdy na języku, odźwierniku żołądka i na błonie śluzowej jelita cienkiego i grubego znajdowały się bardzo nieliczne i skąpe ogniska guzkowe, rdzeniowate, a wątroba, choć powiększona, nie zawierała ich wcale. Szpik kości długich prawidłowy, bez zmian. Zmiany też anatomiczne w przypadku drugim skłaniają mimo woli do zapatrywania, iż znajdują się one niejako w okresie powstrzymanego rozwoju, t. j. iż gdyby proces chorobowy nie został tak rychło przerwany wystąpieniem zapalenia płuc i opłucnej, zmiany chorobowe zajęłyby w o wiele większym stopniu przewód pokarmowy i inne narządy wewnętrzne, a tem

samym obrazem anatomicznym, zmiany we krwi i w szpiku kości długich dorównałyby pierwszemu przypadkowi.

Przypadek pierwszy podobny jest do spostrzeżenia LIMBECK'a, LAACHE'go, REINERT'a, którzy w przebiegu pseudoleukemii stwierdzili leukocytozę nieznaczną. To też wobec zmian klinicznych i anatomicznych makroskopowych, przypominających tak bardzo białaczkę [leukemię] słusznem nam się wydaje twierdzenie FLEISCHER'a, PENDROLET'a, MOSLER'a, SENATOR'a ¹⁾, iż choroba HODGKIN'a może stanowić okres przedwstępny dla białaczki.

Natomiast nie możemy podzielać zapatrywania tych autorów [BRENTANO, TANGEL], którzy upatrują bez pośredni związek choroby HODGKIN'a z gruźlicą. Gruźlica gruczołów, przypominająca z wejrzenia makroskopowego niektóre postaci pseudoleukemii, różni się bardzo nie tylko przebiegiem klinicznym, ale i obrazem anatomicznym. Gruźlica gruczołów w przypadkach, przypominających początkowo chorobę HODGKIN'a, wyróżnia się skłonnością do rozpadu serowatego gruczołów, ropienia, wytwarzania się przetok skórnych, zrastania się skóry z gruczołami serowato zmienionymi, obecnością prątków KOCH'a w masie rozpadowej; tę to postać gruźlicy gruczołowej nazwać można: *pseudoleucaemia tuberculosa*. Przypadek gruźlicy gruczołów, przypominający chorobę HODGKIN'a, mieliśmy sposobność równocześnie spostrzegać klinicznie na naszym oddziale u wyrobnicy A. T., liczącej lat 28. Obciążenia dziedzicznego co do gruźlicy nie można wykazać, gdyż chora, jako podrzutek, nie znała rodziców. Według wywiadów, choroba rozpoczęła się na 3 miesiące przed przyjęciem do szpitala [10. VII. z. r.] bólami krzyża, ogólnem osłabieniem, dreszczami, potami. W dniu przyjęcia do szpitala stwierdzić można było powiększenie prawie wszystkich gruczołów chłonnych zewnętrznych do wielkości orzechów tureckich i małych włoskich, a głównie gruczołów w jamie brzusznej, gdzie wyczuć można było pakiety wielkości jaj kurzych i gołębih, niebolesne. Narządy wewnętrzne zmian nie okazywały, prócz szczytów płucnych [zwłaszcza lewego]; ponad szczytami płucnymi wypuk był przytłumiony, a szmery oddechowe zbliżone do oskrzelowych, pokryte skąpymi furczeniami. W moczu ślad białka zaledwie spostrzegalny. Ogólne wyniszczenie.

W ciągu 4-ch tygodni pobytu w szpitalu zauważyć można było nieznaczne powiększenie się gruczołów, zaostrzenie zmian chorobowych w szczytach płucnych, zwłaszcza w szczycie płuca lewego, poty, dreszcze, gorączkę [39° C] o typie przerywanym i częstokroć odwrotnym (*t. inversus*), znaczny upadek sił i osłabienie, bóle w nogach. Badanie krwi wykazało: hemoglobina [GOWERS] 60%, liczba ciałek czerwonych 3700000; liczba ciałek białych 8,100, stosunek ciałek czerwonych do białych 1:459. Pomiędzy ciałkami białymi: neutrofilów 72%,

¹⁾ Przemawia zatem zwłaszcza klasyczny przypadek SENATOR'a, dotyczący dwu siostr w wieku dziecięcym, chorych na pseudoleukemię; u jednej z nich nastąpiła śmierć w przebiegu pseudoleukemii, a u drugiej rozwinęła się w dalszym ciągu typowa białaczka (*leukaemia*).

przejsciovych 7%, limfocytów małych 21%. Ciałka krwi czerwone zmian nie okazywały.

Chora zmarła wśród ogólnego zapadu d. 8. VIII. Rozpoznanie kliniczne: *pseudoleukaemia tuberculosa*.

Sekcyja wykazała: *Caseificatio ac emollitio tuberculosa glandularum lymphaticarum colli, mesaraicarum et retroperitonealium. Nodi tuberculosi pauci pulmonum. Perforatio duodeni et arrosio a. lienalis. ex emollitione caseosa gl. lymphaticarum in regione pylori ac chyli lienis ss. haemorrhagia permagna intestinali ac anaemia universali acuta.*

W przebiegu choroby HODGKIN'a zauważyć można, przeciwnie, skłonność do powstrzymania się rozwoju zmian gruczliczych, a pojawienia się zmian ostrych zapalnych na opłucnej i w płucach, jak o tem i dwa nasze przypadki i doświadczenie na stole sekcyjnym pouczają.

Nie możemy choroby HODGKIN'a zaliczyć do spraw nowotworowych; to też niezbyt szczęśliwa jest nazwa VIRCHOW'a „*lymphosarcomatosis*“, choć VIRCHOW wyraźnie chciał tylko tą nazwą zaznaczyć charakter złośliwy całej sprawy chorobowej [obrzęki gruczołowe, skłonność do wytwarzania się ognisk przerzutowych], wyróżniając proces ściśle nowotwory, t. j. mięsaki (*sarcomata*), od których się różnią brakiem bujania poza otoczenie gruczołów i bardzo małą skłonnością do zmian wstecznych. I nazwa BILLROTH'a „*lymphomata maligna*“ nie jest odpowiednią, jak to już z powyżej przytoczonych danych wynika.

Najodpowiedniejszym wydaje się nam zaliczenie choroby według TUERK'a do cierpień narządu limfatycznego“ (*Lymphomatosen*), i przyjęcie, że bodziec chorobowy, dotychczas nieznany, działa na narząd limfatyczny i powoduje pośród niego zaburzenia wegetacyjne i zmiany przerostowe (*hyperplasia*). Ponieważ narząd limfatyczny odznacza się niezwykłą wrodzoną zdolnością proliferacyjną i stoi w ścisłym bezpośrednim związku z układem naczyniowym krwionośnym, przeto tkanka gruczołów i naczyń limfatycznych oddziałują w całości na odnośny bodziec chorobowy, choć tenże na nią na pewnej tylko przestrzeni zadziała. Do chorób systemu limfatycznego zalicza TUERK: *pseudoleukamia, chloroma, lymphoma malignum, lymphosarcoma, leucaemia*. Różny przebieg kliniczny zależy: 1) od różnorodnego nasilenia zaburzenia w rozwoju tkanki limfatycznej i od stosunków miejscowych; t. j. od rozłożenia tkanki limfatycznej, 2) od tego, czy przedostają się i napływają leukocyty do krwi, czy też nie. Wogóle TUERK dzieli limfozy na trzy grupy:

- I) postaci łagodne, o przebiegu przewlekłym;
- II) „ o szybkim rozwoju; przyczem w obu tych grupach przyjmuje podział:

- 1) alimfemiczny
- 2) sublimfemiczny
- 3) limfemiczny;

III. o złośliwym przebiegu (*lymphosarcoma*).

Pomiędzy temi grupami i podziałami częstokroć istnieje związek — i jedne przechodzą w drugie, zwłaszcza przy formach ostrych.

L I T E R A T U R A.

BIRCH-HIRSCHFELD. Pathologische Anatomie. 1894. — BRENTANO i TANGL. Pseudoleukämie u. Tuberculose. Deutsche med. Woch. 1891. 17. — TÜRK. Sitzung vom 2 Juli 1903 in der Gesellschaft für innere Medizin in Wien. Klinisch-therap. Wochenschrift. 28. — GRAWITZ. Klinische Pathologie des Blutes, 1896.

III. Z INSTYTUTU ANATOMII PATOLOGICZNEJ PROF. PRZEWOSKIEGO W WARSZAWIE.

Przyczynęk do zmian anatomicznych i patologicznych skóry w herpes progeneralis.

Podał

dr med. Wł. Kopytowski,

ordynator szpitala św. Łazarza w Warszawie.

— † — † —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 2].

Najbardziej jednak wyróżniały się w dolnej połowie pęcherzyka komórki okrągławe, przechodzące zazwyczaj wielkością kilkakrotnie otaczające komórki nabłonkowe i zawierające w środku jedno, dwa lub kilka jąder jajowatych, różnorodnie ugrupowanych i otoczonych dokoła zarodnią. Komórki te występowały w dolnej części pęcherzyka w wielkiej ilości. Jądra, wypełniające te komórki, były zwykle większe od pęcherzykowatych jąder komórek nabłonkowych, rzadziej równej wielkości lub mniejsze, barwiły się to mocniej, to słabiej jednolicie, brzeg jednak takiego jądra był mocniej zabarwiony. Zdawało się, że jądra te niekiedy zawierały i pojedyncze małe jąderka; w innych znowu jądrach zdawało się jakby środek jego był pusty, a zawartość jądra występowała pod postacią to wąskiego rąbka około otoczki, to sierpa, wreszcie jakby zupełnie zanikała. Niekiedy zdawało się jakby w jądrze takim była i chromatyna, która grupowała się w jednym jego końcu pod postacią nieforemnych figur, utworzonych z pojedynczych bryłek; bryłki z niektórych jąder wypadły na zewnątrz, wreszcie w niektórych jakby się całkowicie rozpuszczały. Niektóre jądra występowały mocno pokurezone i wtedy mocno przyjmowały barwniki. Zaródź naokoło tych jąder występowała to w większej, to w mniejszej ilości, grupowała się nieregularnie, kontury jej występowały niewyraźnie.

niekiedy zdawało się, jakby się całkowicie rozplywała; w innych znowu komórkach zdawało się, że jest słabo ziarnistą. Komórki takie zawierały od 1—20—30 jąder.

Rozpatrując pęcherzyk od środka ku bokom, widać było, jak komórki nabłonkowe *strati spinosi*, stanowiące boczne ścianki pęcherzyka, wciąż się zmieniały, przechodząc stopniowo w wyżej opisane twory. Związek komórek nabłonkowych wciąż się rozluźniał stopniowo, komórki traciły protoplazmatyczne wyrostki, jądra stawały się pęcherzykowate, powiększały się, traciły chromatyne, mnożyły amitotycznie i w rezultacie otrzymywaliśmy, jak opisane powyżej w środkowej części pęcherzyka, wielojądrowe twory. Podstawę pęcherzyka stanowiła tkanka właściwa skóry. Warstwa brodawek pod pęcherzykiem była mocno nacieklą, naczynia rozszerzone zawierały niekiedy nieliczne czerwone ciała krwi. Liczba komórek tkanki łącznej powiększona, oddzielne komórki jakby napęczniałe. Włókna elastyczne dobrze zachowane.

Naokoło pęcherzyka sąsiednie wyrostki *strati spinosi* wydłużone, międzykomórkowe przestrzenie rozszerzone, tak, że mostki międzykomórkowe występują bardzo wyraźnie; w przestrzeniach międzykomórkowych obficie występują leukocyty.

W tkance brodawek około pęcherzyka widać porozszerzane naczynia; śródbłonek w nich mocno napęczniały; stałe komórki tkanki łącznej powiększone, liczba ich też powiększona. Naciek leukocytami tkanki brodawek słabo wyrażony.

W warstwie właściwej skóry na całej seryi skrawków występują mocno rozwinięte, nieprawidłowo porozrzucane nacieki.

Jeden wielki naciek, o którym wspomniałem powyżej, oddzielony jest 10—12 brodawkami od opisanego powyżej pęcherzyka *herpes*, leży w skórze właściwej, nie dotykając się warstwy nabłonkowej skóry. Warstwa brodawek w tem miejscu jest zupełnie spłaszczona; przestrzeń, odgraniczająca naciek od warstwy nabłonkowej skóry, przedstawia się pod postacią wąskiego falistego paska skóry właściwej, słabo naciekłego przez leukocyty. Komórki nabłonkowe nad naciekiem jakby zmniejszone, przestrzenie międzykomórkowe bardzo wąskie. Zmiany w komórkach odnoszą się przeważnie do jąder, które są bądź to pęcherzykowate z jednym, dwoma jąderkami, bądź to pokurczone. Między komórkami nabłonka znaczna liczba leukocytów.

W nacieku tym zauważyć można jakby komórki epitelioidne, słabo skonturowane z pęcherzykowatymi jądrami i 1—2 jąderkami; czasami jądra tracą zupełnie chromatyne, i jakby zlewają się z protoplazmą w okrągławe, jednolicie zabarwione bryłki. Liczba wielojądrowych leukocytów w tem ognisku bardzo znaczna; wreszcie spotykają się i mało zmienione napęczniałe wrzecionowate komórki tkanki łącznej.

Na pewnej seryi skrawków widać było jak naciek, podobny do wyżej opisanego, wgłębia się w tkankę nabłonkową, która była w tem miejscu mocno zgrubiałą. Komórki nabłonkowe mocno były zmienione, w powyżej opisany sposób rozluźnione. Górną granicę tego ogniska stanowiły komórki rogowe; w gnieździe tem, którego właściwie pęcherzykiem nazwać nie można, widać

wiele rozpadających się leukocytów, komórek nabłonkowych z pęcherzykowatymi jąderkami bez chromotyny, lub z nieznaczną jej ilością; wielojądrowych tworów w ognisku tem nie znalazłem, choć zmienione jednojądrowe komórki nabłonkowe zupełnie były analogiczne z opisanymi w pęcherzyku.

Gruczołów, włosów i nerwów na preparatach nie mogłem odszukać.

Przypadek drugi. 28 X 99. Kobieta lat 17. Na wewnętrznej powierzchni lewego uda w pobliżu części płciowych zauważyć można małą wysepkę, wielkości około centymetra kwadratowego, nieforemnej postaci, lekko zaczerwienionej skóry, na której widać kilka małych pęcherzyków, napęcznionych mętnym płynem, i parę małych wyniosłości skóry, nieco mniejszych od pęcherzyków. Wysypka sprawia mocne swędzenie. Choroba trwa mniej niż 24 godziny, pęcherzyki zaczęły się wytwarzać od kilku godzin.

Chorej wycięto kawałek skóry, preparat utrwalono w alkoholu. Parafinowe preparaty i skrawki grubości $\frac{1}{10}$ milimetra. Barwienie, jak w pierwszym przypadku.

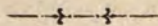
Pod małym powiększeniem widać jeden wykształcony pęcherzyk, leżący nieco głębiej pod warstwą rogową, jak w pierwszym przypadku; duże ognisko zapalne w skórze właściwej i dwa małe gniazda zapalne, w części już rozpadające się, leżące w tkance rogowej, pod postacią szerokich szczelin, oddzielone już od *strati granulosa* nowo wytworzoną tkanką rogową, zawierającą pałeczkowate jądra.

Pod dużymi powiększeniami widać, że budowa pęcherzyka jest zupełnie analogiczną jak w pierwszym przypadku, zawiera jednak więcej leukocytów, komórek nabłonkowych z pokurezonemi, ciemno zabarwionemi jądrami, bezkształtnych [jednolitych] bryłek; natomiast liczba tworów wielojądrowych z homogenie barwiącemi się jądrami jest znacznie mniejsza.

Wspomniane powyżej ognisko zapalne, oddzielone jest zaledwie szerokością paru brodawek, od opisanego w krótkości pęcherzyka, leży w warstwie właściwej skóry, odgranicza się wyraźnie od tkanki nabłonkowej, pasmem dość szerokiem tkanki skóry właściwej, wolnej od nacieku. Boczne granice nacieku otoczone są jakby małemi wysepkami tkanki epitelialnej i tkanki łącznej skóry, jakby bardziej zbitej; toż samo można powiedzieć i o dolnej granicy nacieku. Naciek ma formę jajowatą, z jednej strony jest nieco szerszy jak z drugiej.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



3. Bókay [Budapeszt]. Próby z surowicą wieloważną przeciwskarlatynową Moser'a.

W odczycie swym [w Tow. Lek. w Budapeszcie] omawia BÓKAY prace teoretyczne w kwestyi etyologii szkarlatyny, szczegółowo uwzględnia prace MOSER'a, następnie przytacza wyniki dotychczasowe kliniczne, otrzymane w leczeniu szkarlatyny surowicą MOSER'a [prace MOSER'a, ESCHERICH'a, POSPI-

SCHIL'a]. Rzeczy te czytelnikom naszym są znane [z referatu prac MOSER'a, ESCHERICH'a w Gazecie, z pracy kol. MALINOWSKIEGO]. Uwzględnię więc z tej części odczytu BÓKAY'a jedynie doświadczenie FREUND'a, przytoczone przez PALTAUF'a na Zjeździe w Karolowych Warach. FREUND przed laty jeszcze zrobił spostrzeżenie, że wypróżnienia chorych szkarlatynowych wywierały działanie trujące na myszy, podczas gdy normalne wypróżnienia działania takiego nie okazują. Jad ten, który może być stracony z zawiesiny wodnej stołców zapomocą chlorku cynku, traci swoje działanie za dodaniem surowicy MOSER'a. Myszy, które otrzymywały 0,1—0,5 ctm sz. jadu jednocześnie z 1 ctm. sz. surowicy MOSER'a, pozostały zdrowymi, gdy myszy, którym zastrzyknięto dla kontroli sam jad, ginęły w przeciągu 18—5 godzin. Jednoczesne zastrzyknięcie zwykłej surowicy końskiej działania jadu nie paraliżowało.

W drugiej części odczytu BÓKAY omawia wyniki, otrzymane w klinice swej, przy leczeniu surowicą MOSER'a chorych szkarlatynowych. Z 46-u przypadków szkarlatyny, wybrał tylko 12 najcięższych do tych prób, w których rokowanie [oznaczane stopniami MOSER'a], wahało się w 5-u przypadkach między złem a bezwzględnie złem, w 6-u było złe, a tylko w jednym mniej, niż złe. Z 12-u przypadków w dwu zejście śmiertelne. W tych przypadkach [3 i 4 dzień choroby] zastrzyknięto po 260 cm. sz. w dwu porcjach. W jednym po 24 godz., ciepłota spadła o 3,4° C. W dalszym przebiegu — *otitis media*, *lymphadenitis*; przyczyna śmierci — *septicopyaemia*. W drugim przypadku ciepłota po zastrzyknięciu mało się obniżyła. W dalszym przebiegu zropienie gruczołów, *septicopyaemia*. Na zasadzie pozostałych dziesięciu spostrzeżeń, wyciąga BÓKAY następujące wnioski [zastrzykiwano 100—200 cm. sz.]. Zauważył wybitne działanie na poprawę stanu ogólnego; ciężkie objawy nerwowe ustępowały w sposób rażący w przypadkach zwłaszcza, gdzie spadała ciepłota w przeciągu 24-ch godz. Przeważnie po upływie 24-ch godzin dzieci nie sprawiały już wrażenia ciężko chorych. Specyjalnie podnosi BÓKAY wpływ surowicy na wysypkę. Wysypka w całym rozkwicie bladeła szybko, a w przypadkach, gdzie dopiero się rozwijała, dalszy rozwój był wyraźnie złagodzony i powstrzymany. Szczególny wpływ zauważył B. na charakter wysypki [rzecz za mało, zdaniem B. podkreślona przez MOSER'a i ESCHERICH'a] — wysypka t. zw. *variegata* lub ciemnoczerwona, grudkowata, po 24 lub 48 godz. przybiera charakter zwykłej punkcikowatej i bladeła. Najwięcej rzuca się w oczy spadek szybki ciepłoty nadmiernie wysokiej w 24 godz. po zastrzyknięciu: wahał się pomiędzy 3,4° C. a 0,9° C., przeciętnie w 10-u wyleczonych przypadkach wynosił 2,1° C. W 5-iu [z 12-u] przypadkach, występowało w ciągu następnych 24 godz. nowe podniesienie się ciepłoty i to dość znaczne. W jednym przypadku ciepłota spadła z 40,4° C. do 37° C. już po 14 godz.; był to przypadek o rokowaniu złem, a w takich ciepłota tak znacznie nigdy nie zwykła się obniżać, nawet po najenergiczniejszych zabiegach przeciwgorączkowych. W 3-ch przypadkach spadek był krytyczny, dalszy przebieg zupełnie bezgorączkowy, w 4 przyp. wahania następcze ciepłoty były bardzo nieznaczne. B. podkreśla fakt, iż spadkowi, nawet bardzo znacznemu ciepłoty nie towarzyszyły ani razu objawy zapaści, przeciwnie — poprawa stanu ogólnego. Wysokość spadku nie zawsze była w stosunku prostym do ilości zastrzykniętej surowicy.

Równoległe do spadku ciepłoty występowała poprawa tętna ilościowo i jakościowo; wraz z poprawą działalności serca, zanikały oziębienie i sinica kończyn.

Już istniejące zmiany nekrotyczne w gardzieli posuwały się mniej szybko i nie tak głęboko drażyły. W 3-ch przypadkach wystąpiły te zmiany już po zastrzyknięciu surowicy, nie przybrały jednak większych rozmiarów.

Zapalenie nerek wystąpiło w 2-ch przypadkach z przebiegiem jednak łagodnym, rzecz godna uwagi wobec tego, że epidemia tegoroczna szkarlatyny w Pészcie odznaczała się nadmiernie częstym występowaniem zapalenia nerek.

Z innych powikłań występowały w pojedynczych przypadkach, wysięki stawowe i bóle, zapalenia gruczołów szyjowych; cięższe wystąpiły w 4-ch przypadkach, w 3 ropienie przybrało groźniejsze rozmiary. Ropne zapalenia ucha środkowego przebiegały dość łagodnie.

Na zakończenie omawia БОКАУ działanie uboczne. Ropień na miejscu zastrzyknięcia wystąpił raz tylko bez dalszych zresztą powikłań; białkomoczu zauważono na drugi dzień po zastrzyknięciu w jednym przypadku, trwał krótko; w innych przypadkach, w których przed zastrzyknięciem białkomoczu nie było, nie stwierdzonego go również po zastrzyknięciu; w przypadkach już istniejącego białkomoczu, nie wzrastał się on po zastrzyknięciu lub całkowicie znikał.

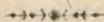
Wysypki posurowicze, występowały w 7-iu przypadkach [58%] [u Moser'a w 75%], B. zaznacza jednak, iż charakter wysypek nie był tak złośliwy, jak wysypek spostrzeganych w początkach seroterapii przeciwbłoniczej. Czas występowania od 6-go—9-go dnia; raz tylko powtórzyła się jeszcze wysypka 16-go dnia. Przeważnie występowała wysypka wielokształtna, poza tem pokrzywka i *erythema scarlatiniforme*. W jednym przypadku obserwował B. trzy serye wysypek—jedna po drugiej. [Podobny przypadek spostrzegał sprawozdawca].

Reasumując swe spostrzeżenia, БОКАУ zaznacza, iż nawet na zasadzie tak skąpego, jeszcze materiału obserwacyjnego, czuje się uprawnionym do podzielenia się ze światem lekarskim swojemi wrażeniami, które są stanowczo p r z y c h y l n e i działanie surowicy zgodnie ze zdaniem ESCHERICH'a i MOSER'a, uważa B. za antytoksyczne.

(*Deutsche medicin. Wochenschr.* 1904. Nr. 1).

Józef Brudziński.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie dnia 1. XII. r. z.

1. A. KOZERSKI przedstawił dziewczynkę 9 letnią z *lupus serpiginosus gummosus multiformis (psoriasisiformis, pustulosus, impetiginosus)*. Rozległe nacieczenie na lewym boku, wystające ponad powierzchnię skóry, barwy miedziano-czerwonej, miękkie, mało spójne. Naokoło tego nacieczenia widać guzy owalne wielkości bobu, wystające, miękkie, pokryte łuską i owrzodzenia pełzające o zarysach nerkowych, o dnie gładkiem, ropiejącem. Gruczolę pod pachą lewą powiększoną. Przeprowadzenie kuracji przeciwsyfilitycznej dało wynik ujemny, rozpoznano więc *lupus*. K. podnosi rzadkość tego przypadku ze względu na wielokształtność zmian skórnych, zaznaczoną w tytule. W wyciętym wykwicie znaleziono liczne komórki olbrzymie; laseczników Koch'a nie wykryto.

2. W. STANKIEWICZ przedstawił dwu chorych po operacji radykalnej przepuklin pachwinowych [szczegóły w odczycie późniejszym na ten temat].

3. GANTZ odczytał rzecz p. t.: „Rozpoznanie gruźlicy kiszki na zasadzie badania bakteryologicznego“.

Wobec niedostatecznych danych klinicznych dla rozpoznawania gruźlicy kiszki, zwłaszcza w stadiach wcześniejszych, badanie bakteryologiczne powinno być nader pomocne. Dotychczasowe badania wykazały jednak, że we wczesnych okresach gruźlicy kiszki, gdy niema owrzodzeń, laseczników Koch'a w kale wykryć nie można. W dalej posuniętych przypadkach stwierdza się ich obecność, obecność ta jednak niczego nie dowodzi, pozostaje bowiem zawsze wątpliwość, czy pochodzą one z płwociny, czy też z owrzodzeń gruźliczych w kiszki. W innych znowu wypadkach przy bardzo rozległych zmianach gruźliczych w kiszki laseczników w kale nie wykrywano. Prel. na zasadzie swych badań [90 przypadków] dochodzi do wniosku, zgodnego z badaniami

innych autorów, że ani obecność laseczników gruźliczych nie przemawia stanowczo za gruźlicą kiszek, ani też brak ich nie upoważnia do jej wykluczenia.

W dyskusji WINIARSKI zaznacza, iż wynik pracy prelegenta był z góry do przewidzenia, — wynik ujemny stwierdzili wszyscy autorzy i mówca sam miał niejednokrotnie sposobność robienia sekcji w przypadkach, gdzie w kale wykrył laseczniki gruźlicze, gdy tymczasem owrzodzeń w kiszkiach nie znaleziono. Wobec tego W. uważa, iż temat podobny nie powinien być figurować jako temat na konkurs.

JANOWSKI wbrew twierdzeniu WINIARSKIEGO uważa podjętą pracę za nader pożyteczną. Ze autor jej doszedł do wniosku, poczytującego badanie bakteriologiczne za bezwartościowe dla rozpoznania gruźlicy kiszek, to wartości pracy nie ujmuje, usuwanie złudnych czynników dyagnostycznych jest również bardzo pożyteczne, a temat na konkurs popularyzuje daną kwestję, więc tembardziej przyczynia się to do ostatecznego jej wyświelenia. Uniknie się przez to wielu błędów dyagnostycznych.

WINIARSKI w odpowiedzi na uwagi JANOWSKIEGO zaznacza, że kwestya poruszona przez prelegenta jest już dawno w tym sensie w nauce rozstrzygnięta [stawiano ją tak już przed kilkunastu laty w wykładach dla studentów], nie było więc racji rozstrzygać jeszcze raz.

MUTERMILCH STAN. i BIRO zapytują prelegenta, czy w kale znajdował ropne ziarniaki.

MIKLASZEWSKI zarzuca pracy prelegenta brak badań drobnowidzowych ścian jelit i gruczołów, badania te wykryłyby zapewne sprawę swoistą w ścianach jelit i gruczołach chłonnych nawet tam, gdzie makroskopowych zmian nie stwierdzono; stanowiłyby zarazem przyczynek do niewyświeślonego jeszcze pytania, jak często przy gruźlicy płuc spotyka się powikłania w przewodzie pokarmowym. Co do badań jedynie kału, M. podziela w zupełności uwagi WINIARSKIEGO.

GANTZ w odpowiedzi WINIARSKIEMU podnosi, iż kwestya ta nie była jednak w nauce tak ostatecznie rozstrzygnięta, skoro jeszcze w r. 1902 prace BIAŁOKURA i PAGE'a usiłują wykazać wartość badania kału na laseczniki dla rozpoznania gruźlicy kiszek.

MUTERMILCHOWI odpowiada, iż ropne ziarniaki spotykał w przypadkach z owrzodzeniami na sekcji, jak i takich, gdzie na sekcji owrzodzeń nie stwierdzono. W odpowiedzi MIKLASZEWSKIEMU zaznacza, iż badań drobnowidzowych nie robił, uważa jednak, że nie dałyby one nic nowego tam, gdzie nie było zmian makroskopowych ani w ścianach jelit, ani w gruczołach. Zresztą zmiany w tych ostatnich dowodziłyby gruźlicy gruczołów, nie kiszek.

J. Brudziński.

Posiedzenie dnia 15. XII. r. z.

1. DZIERŻAWSKI przedstawił chorego, u którego w następstwie przebytego przymiotu zostało zniszczone zupełnie podniebienie miękkie i twarde, lemiesz i muszle nosowe. Nos zapadnięty. Chory obecnie ma zasłaniacz z kauczuku, zastępujący podniebienie twarde i miękkie i nos z kauczuku, pomalowanego farbą olejną. D. uważa nosy takie za najlepsze z istniejących.

2. ST. KOPCZYŃSKI przedstawił chorą, demonstrowaną w Tow. przed trzema miesiącami, dotkniętą wówczas zupełnym porażeniem nerwów promieniowego pośrodkowego i łokciowego, pochodzenia uciskowego. Obecnie chora włada ręką zupełnie poprawnie. K. stosował masaż i elektryzację.

3. BREGMAN przedstawił preparaty anatomiczne z trzech przypadków i omówił szczegółowo dane kliniczne.

a) *Sarcomatosis diffusa* miękkich opon rdzeniowych. Chora lat 14, za życia stwierdzono niedowład spastyczny kończyn dolnych, który stopniowo wzmacniał się aż do zupełnego porażenia. Chód utrudniony, odruchy ścięgniste wzmożone. W dalszym przebiegu wystąpiła anestezja od dołu zupełna do 9-go żebra.

Mimowolne oddawanie moczu. Odleżyny. Bolesność całego kręgosłupa. Bóle w bokach. Przypuszczano nowotwór rdzenia. Dokonano laminektomii [KRAUSE], otwarcia 3-go i 4-go łuków kręgowych. Stwierdzono nowotwór ściśle zrośnięty z rdzeniem. Wyluszczenie było niemożliwe. Zejście w trzy miesiące po operacji.

Na preparacie nowotwór otacza cały rdzeń od części szyjowej do lędźwiowej. W miejscu operacji guz okrągły, wielkości orzecha laskowego, zrośnięty z rdzeniem, który w tem miejscu jest rozmięczony. W części grzbietowej cały przekrój rdzenia zajęty nowotworem. Drobnowidzowo—mięsak okrągłokomórkowy opon, wrastający w rdzeń i w korzenie, budowy alweolarnej (*angiosarcoma*),—postać nowotworu bardzo rzadka.

b) *Sarcoma corporis callosi*. Chory lat 38, dorożkarz. Bóle głowy, niekiedy wymioty. Raz napad drgawek klonicznych w lewej kończynie górnej, potem dolnej. Przed trzema tygodniami porażenie kończyn lewych. Przed dwoma tygodniami zauważono osłabienie wzroku. Psychika zamroczone, apatya. Bolesność w okolicy ciemieniowej prawej przy opukiwaniu. Lekka pareza lewego nerwu twarzewego. Tarcza zastoinowa na obu oczach. Chód bardzo utrudniony. Niedowład znaczny kończyny dolnej lewej, w mniejszym stopniu prawej, niedowład lewej kończyny górnej. Odruchy ścięgniste nie wzmożone. W takim stanie po 2½ tygodniowym pobycie w szpitalu—*exitus*.

Rozpoznano nowotwór złośliwy w prawej półkuli, prawdopodobnie w sąsiedztwie zawojów środkowych. Na sekcji znaleziono nowotwór, zajmujący znaczną część ciała modzelowatego (*corpus callosum*), zajmujący i części sąsiednie: *centrum semiovale*, przednią część wzgórka wzrokowego, *nucleus caudatus* i *gyrus fornicatus*. B. podnosi rzadkość przypadku i trudności rozpoznawcze.

c) *Tuberculum solitar. cerebelli*. Chłopiec 10-letni, chory od lat trzech. Bóle głowy, często z wymiotami, zawroty głowy, od roku zaburzenia w chodzeniu, powłóczenie lewą nogą, osłabienie lewej kończyny górnej. Osłabienie wzroku. Od ½ roku nie chodzi, zaburzenia psychiczne, mówi bez ustanku, *echolalia*, *euphoria*, *koprolalia*. Czaszka duża, głowa opada naprzód, przy opukiwaniu bolesna. Zrenice szerokie, oddziaływanie na światło słabe. Tarcza zastoinowa z obu stron.

Hemipareza lewostronna, kończyny dolne przykurczone w zgięciu. Zejście po kilkotygodniowym pobycie w szpitalu. Rozpoznanie nowotworu wahało się między umiejscowieniem w mózdzku lub w prawej półkuli. Na sekcji stwierdzono nowotwór mózdzku, zajmujący całą półkulę lewą i robaka, wielkości małej pięści. Spłaszczenie zawojów mózgowych, znaczne rozszerzenie komór. Kości czaszki cienkie, szwy rozeszły się. Nowotwór okazał się *tubercul. solitar.*—gruzelkiem pojedynczym. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na niezwykłą wielkość nowotworu i na długie trwanie choroby.

W dyskusji St. KOPCZYŃSKI przypomina, iż w literaturze polskiej istnieje opis przypadku nowotworu ciała modzelowatego [ZALESKI].

M. BORNSTEIN wygłosił rzecz p. t.: „Histopatologia i patogeniza stwardnienia wielogniskowego“. Po szczegółowym rysie historycznym poglądów na histopatologię i patogenizację stwardnienia wielogniskowego, prelegent wypowiedział szereg wniosków na podstawie badań własnych w 4-ch przypadkach. Główną uwagę zwrócił prelegent na zmiany włókien osiowych w ogniskach stwardnienia i na rolę naczyń krwionośnych w wytwarzaniu się ognisk. Autor sądzi, iż teoria nacyniowo-zapalna może mieć zastosowanie tylko do niewielkiej względnie liczby ostro przebiegających przypadków, po chorobie zakaźnej; w ogromnej większości przypadków przewlekłych teoria ta nie może mieć zastosowania.

Tu możliwe są dwa przypuszczenia—albo pierwotnie bujać zaczyna gleja, a następnie tkanka nerwowa zanika, albo też dzieje się odwrotnie. Decydujące znaczenie ma, zdaniem prelegenta, w poszczególnych przypadkach etyologia.

J. Brudziński.

Wiadomości bieżące.

— W świecie lekarskim od pewnego czasu na porządku dziennym jest walka z gruźlicą i rakiem. Pobudziła ona i u nas do czynu, co prawda—bardzo leniwo postępującego. Sanatorium jedno [w Rudce] jest na dokończeniu, inne dla dzieci [w Otwocku] ma być wkrótce założone. To prawie i wszystko. Powróćmy do tego przedmiotu w przyszłym numerze Gazety, obecnie musimy zaznaczyć początek walki z drugim wrogiem społeczeństw—rakiem. Inicytywę do niej dali dwaj koledzy łódzcy: St. SERKOWSKI i J. MAYBAUM. „Jako pierwszy etap w walce z rakiem, piszą oni do Redakcyi, wszystkie cywilizowane kraje uważają za niezbędne ułożenie zbiorowej statystyki raka, lecz o rozmiarach tej choroby u nas bardzo mało wiadomo. Pragniemy więc—wzorem innych krajów—poznać dokładnie rozpowszechnienie raka u nas i warunki, od jakich ta klęska zależy, a więc ułożyć statystykę zbiorową na mocy spisu jednodniowego w d. 15-ym stycznia r. b. w całym Królestwie Polskiem“. W tym celu rozesłali oni wszystkim kolegom odpowiednie odezwy i kwestyonaryusze i spodziewają się otrzymać na nie odpowiedzi w jak najkrótszym czasie. Żałujemy, iż wiadomość o zamiarze kolegów łódzkich dostaliśmy zbyt późno, byśmy mogli, zachęcając naszych czytelników do odpowiedzi, poprzeć szlachetny zamiar projektodawców. Wiadomość bowiem niniejsza dojdzie czytelników już po fakcie spełnionym. Ciż sami koledzy, chcąc pouczyć, jak stoi kwestya etyologii i statystyki raka, przysłali nam pracę zbiorową, której druk rozpoczniemy w przyszłym numerze Gazety. Za naszym pośrednictwem kol. S. i M. upraszają o odsyłanie odpowiedzi z marką 2-kop.

— W Akademii lekarskiej Paryskiej na posiedzeniu 29. XII, 1903 r. kol. T. HERYNG z Warszawy odczytał pracę „Sur le traitement des affections des organes respiratoires au moyen d'un appareil d'inhalation thermo-regulateur et gazéificateur“.

— W Towarzystwie Lekarskim Łódzkim na r. 1904, na prezesa wybrano kol. K. JONSCHERA, na wiceprezesa kol. RÜNDO, a na sekretarza dorocznego kol. KAUFMANA.

— Wydział Lekarski w Würzburgu nagrodę RINECHER'a [medal srebrny i 1000 marek] przyznał drowi SCHLEICH'owi z Berlina za jego metodę znieczulania miejscowego.

— Miasto Berlin na utrzymanie szpitali miejskich [am Friedrichshain—1020 chorych; Moabit—925 chorych; am Urban—720 chorych; Gitschinerstram—150 chorych; Kaiser & Kaiserin Friedrich—190 chorych] przeznaczyło na rok bieżący dwa miliony marek.

— Dla uwiecznienia pamięci zabitego króla włoskiego Humberta ma być z ofiar publicznych zbudowane nowe uzdrowisko dla chorych piersiowych.

— W Londynie będzie utworzona Akademia wojskowo-lekarska [Royal army medical College] o 2-ch oddziałach: patologicznym i higienicznym.

— Na tegoroczny I międzynarodowy Kongres higieny szkolnej w Norymberdzie, który odbędzie się między 4—9 kwietnia, zgłoszono już wiele prac.

— XXV Kongres balneologiczny odbędzie się w marcu r. b. w Akwizgranie pod przewodnictwem prof. LIEBREICH'a.

— W końcu r. z. zmarł po długich cierpieniach, b. prof. w Zurychu GOLL, którego nazwę noszą jedne z pęczków rdzenia kręgowego.

— W sekcji chorób nerwowych i umysłowych na tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie poddane będą do dyskusyi następujące referaty:

1) „O zabiegach chirurgicznych na układzie nerwowym ośrodkowym“ [obradę toczyć się będą wspólnie z sekcją chorób wewnętrznych i sekcją chirurgiczną].

2) „Obecny stan nauki o neuronach“.

3) „Zasady budowy zakładów dla obłąkanych“.

4) „Opieka nad umysłowo chorymi“.

— Z okazji X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się we Lwowie w pałacu sztuki wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna, której podajemy program.

Celem wystawy jest przedstawić ogółowi publiczności ruch naukowy w piśmiennictwie przyrodniczym i lekarskim, owoce badań umiejętności, środki naukowe, jakimi obecnie się posługujemy, tudzież wszystko, co z gałęzi przemysłu i rękodzielnictwa z naukami przyrodniczymi i lekarskimi pozostaje w związku; jako też postępy higieny w najobszerniejszym zastosowaniu jej do życia codziennego.

Wobec tego dzielić się będzie wystawa na dwa oddziały, a mianowicie: Oddział przyrodniczo-lekarski i oddział higieniczny.

I. Oddział przyrodniczo-lekarski obejmować będzie następujące grupy:

1. Grupa naukowa przyrodniczo-lekarska, a więc: *a*) pisma peryodyczne przyrodnicze i lekarskie; wydawnictwa książkowe peryodyczne, *b*) dzieła i rozprawy przyrodnicze i lekarskie, *c*) okazy, modele naukowe, zbiory przyrodniczo-lekarskie, preparaty anatomiczne, fizyologiczne, anatomo-patologiczne, diagramy, kartogramy, mapy i t. p., *d*) wszelkie wykazy statystyczne z zakresu demografii, fizyografii, statystyki zdrowotnej, higienicznej, ubezpieczenia robotników i t. d., *e*) bakterjologia, *f*) weterynaryja, *g*) okazy przyrodnicze i lekarskie sztuczne z różnych materiałów, jak masa, gips, wosk i t. p., *h*) przyrządy naukowe, jak n. p. do fizyki, fizjologii, farmakologii, chemii, krystalografii, astronomii i t. p., *i*) antropologia, *k*) antropometryja.

2. Grupa balneologiczna, która zawierać będzie: *a*) wody mineralne naturalne polskie, *b*) przetwory w zdrojowiskach polskich otrzymywane, *c*) statystykę polskich zdrojowisk i miejsc klimatycznych, *d*) plany, mapy, fotografie i t. p. polskich zdrojowisk i miejsc klimatycznych.

3. Grupa aptekarska, a więc: *a*) statystyka aptekarska, *b*) urządzenie wzorowych aptek, *c*) przybory i przyrządy aptekarskie, *d*) przetwory objęte farmakopeą, *e*) wina lecznicze, *f*) farmakopea wytworna, *g*) specyfikacje farmaceutyczne, *h*) środki dyetetyczne, *i*) opatrunki chirurgiczne, *k*) wody mineralne sztuczne, *l*) krajowe rośliny lecznicze.

4. Grupa przemysłu chemicznego: fabryki kwasu siarkowego, azotowego, siarkanu żelazowego, sody i przeróbek tejże. Fabryki farb olejnych i akwarelowych; fabryki glazury do naczyń; fabryki cementu; fabryki octu; fabryki parafiny, ceryzyny i oleju waselinowego; fabryki mydeł i świec, pachnidel, kosmetyków; fabryki atramentu, czernidla i smarowidel do skór; fabryki przetworów chemicznych, farmaceutycznych, opatrunków; fabryki sztucznych wód mineralnych i soli zdrojowych; farbiarnie; fabryki środków dezynfekcyjnych i odwanających.

5. Grupa narzędzi i przyrządów: *a*) przyrządy precyzyjne naukowe, *b*) instrumenty chirurgiczne i położnicze; *c*) instrumenty optyczne, *d*) narzędzia anatomiczne, dentystryczne, semiotyczne i weterynaryjne, *e*) przyrządy ortopedyczne, elektrolekarskie, balneotechniczne, chemiczne, fizyczne, meteorologiczne i astronomiczne, *f*) mikroskopy, skioptikony, *g*) przyrządy i materiały, służące do pielęgnowania chorych, *h*) fotografia, a więc: aparaty fotograficzne i wszystko to, co do zdejmowania fotografii, ich wywoływania i reprodukowania jest potrzebne, fotografia, zastosowana do nauk przyrodniczych, lekarskich i technicznych, fotografie amatorskie w okazach, pomysły własne w modelach i rysunkach, odnoszące się do samej techniki fotograficznej, jako też do stosowania sztuki fotograficznej w naukach przyrodniczych, lekarskich i technicznych, *i*) rentgenografia, *k*) urządzenia aseptyczne, *l*) dentystryka.

II. Oddział higieniczny zaś ma obejmować następujące grupy:

1. Higiena żywienia, a więc: *a*) higiena zębów i jamy ustnej, *b*) skład chemiczny i znaczenie pokarmów, *c*) fizjologia trawienia, *d*) odżywianie niemowląt, *e*) środki zwalczania alkoholizmu, *f*) konserwy i grzyby, *g*) mięso zdrowe i zakażone, *h*) produkty spożywcze w stanie normalnym, zanieczyszczonym i zafalszowanym, *i*) badanie domowym sposobem produktów spożywczych, jak np. mleka i masła, *k*) woda, jej składniki normalne, analizy wód, filtry, lód, *l*) żywienie w szpitalach, zakładach

humanitarnych, towarzystwach dobroczynności, ochronkach, więzieniach, *m*) urządzenie kuchni, spiżarni, piwnicy, mleczarni, piekarni, cukierni, *n*) cukrownictwo, *o*) przetwory owocowe, miody, suche owoce.

2. Grupa urządzeń gminnych ku utrzymaniu zdrowia ludności: *a*) ogrody publiczne, zakłady kąpielowe, wychodki publiczne, targowice i rzeźnie, studnie i wodociągi, *b*) powstrzymywanie i usuwanie wpływów szkodliwych zdrowiu, a więc: czyszczenie ulic, usuwanie śmieci, usuwanie nieczystości, ich niszczenie i użytkowanie, niszczenie padliny; usuwanie dymu i sadzy, grzebanie zmarłych, cmentarze, krematoria, kanalizacja, *c*) oświetlenie, *d*) zabezpieczenie od pożarów, pomoc w nagłych wypadkach, ogrzewalnie publiczne, herbaciarnie i schroniska dla osób bezdomnych, *e*) ochrona zwierząt.

3. Grupa szpitalnictwa: *a*) plany i statystyka ruchu chorych w szpitalach, *b*) lecznice, *c*) stacje ratunkowe, *d*) zakłady dla obłąkanych, *e*) wzorowe urządzenia szpitali i sanatoriów.

4. Grupa wychowania młodzieży: *a*) higiena budynków, narzędzi i przedmiotów szkolnych, *b*) higiena internatów i prywatnych zakładów wychowawczych, *c*) higiena metody nauczania, *d*) higiena nauczania i środków naukowych, *e*) nauka higieny dla uczniów i nauczycieli, *f*) fizyczne wychowanie młodzieży, *g*) stan zdrowotny szkół, choroby szkolne, nadzór lekarski w szkołach, *h*) szkoły dla słabo rozwiniętych dzieci, kursa równoległe i powtarzające, kursa dla ociemniałych, głuchoniemych i ułomnych, *i*) higiena młodzieży poza szkołą, stowarzyszenia opieki nad młodzieżą, kolonie wakacyjne, zebrania i stowarzyszenia dla propagowania zasad higieny, *k*) ogródki frebłowskie, *l*) kąpiele szkolne, *m*) boiska, parki Jordana, sporty, zabawy i zabawki dla dzieci.

5. Grupa higieny fabryk i stanu robotniczego: *a*) przyrządy do ochrony zdrowia robotników, *b*) higiena fabryk, *c*) mieszkania dla robotników, *d*) statystyka chorób zawodowych, *e*) ubezpieczenie robotników od wypadków, *f*) ubezpieczenie robotników na wypadek choroby.

6) Grupa higieny mieszkań: *a*) higieniczne urządzenie mieszkań, a więc: umeblowanie, opalanie, oświetlanie, przewietrzanie, zaopatrywanie w wodę, wydalanie odpadków i nieczystości, *b*) wzorowe urządzenie mieszkań masowych, jak kasarnie, więzienia, urzędy i t. p., *c*) plany higienicznych tanich mieszkań dla uboższych warstw ludności.

7. Grupa higieny odzieży, a mianowicie: *a*) materiały surowe i przerabiane, *b*) ubranie higieniczne dla mężczyzn, kobiet i dzieci.

8. Grupa chorób zakaźnych i ich zwalczanie: *a*) przedstawienie zarazków chorobotwórczych w preparatach mikroskopowych, hodowlach i wizerunkach, *b*) przedstawienie chorób zakaźnych w obrazach, preparatach i modelach, *c*) graficzne przedstawienie szerzenia się chorób zakaźnych, *d*) modele i oryginały przyborów dezynfekcyjnych, *e*) środki dezynfekcyjne, *f*) plany zakładów dezynfekcyjnych, *g*) surowce przeciwchorobowe i ochronne, *h*) plany dla zakładów do wytwarzania takich surowców, *i*) krowianka i zakłady krowiankowe.

9. Grupa higieny dziecka obejmuje wszystko, co ma styczność z wychowaniem dziecka, poczynszy od jego pierwszych chwil życia poza łonem matki, aż do wieku szkolnego.

10. Higiena ludu, t. j. zastosowanie zasad higieny do potrzeb i warunków życia ludu wiejskiego, jakoteż przedstawienie wadliwości higienicznych wśród jakich nasz lud żyje.

Wszelkich informacji w sprawach wystawy udziela dyrektor jej dr KALIEKST KRZYŻANOWSKI [Lwów c. k. Namiestnictwo]. Zgłoszenia należy nadsyłać przed 1-ym marca 1904 r. Zbytecznym chyba ze strony Redakcyi jest zachęcać do wzięcia udziału w Wystawie. — Sądzymy, iż koledzy lekarze, rozpowszechniając w kołach swych znajomych wiadomości o tej wystawie i namawiając do obesłania jej odpowiednimi przedmiotami, uczynią istotną przysługę wystawcom a z drugiej strony przyczynią się do wzbogacenia Wystawy.

Do dzisiejszego numeru Gazety dołącza się prospekt „Przyrody“.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.