

GAZETA LEKARSKA.

I. Kilka słów o rozpoznawaniu i o leczeniu spraw zakaźno-zapalnych pęcherzyka i przewodów żółciowych (cholecystitis et cholangitis infectiosa)

przez

Mikołaja Rejehmana.



Badania bakteriologiczne i operacje chirurgiczne, licznie w ostatnich latach na pęcherzyku i na przewodach żółciowych dokonywane, przekonały nas o tem, że narządy te dość często ulegają bakteryjnemu zakażeniu, skutkiem którego rozwijają się nieraz ciężkie sprawy zapalne.

Większa część badaczy przekonała się, że i w stanie prawidłowym znaleźć można w dużych przewodach żółciowych, a przede wszystkim w przewodzie żółciowym wspólnym (*ductus choledochus*) nieliczne drobnoustroje, pochodzące z kanału kiskowego, które jednakże, już to z powodu nieznaczej ilości, już też z powodu małej jadowitości, szkody żadnej przewodom tym nie wyrządzają. Dopiero uraz ścian tych przewodów żółciowych, lub nieznaczna nawet przeszkoda w przepływie żółci wywołuje szczególne warunki, sprzyjające rozmnażaniu się tych drobnoustrojów i nabieraniu przez nie specjalnych jadowitych własności. Dowiodły tego doświadczenia na zwierzętach, polegające na wprowadzeniu ciał obcych do pęcherzyka żółciowego i na sztucznym zamknięciu, lub tylko zwężeniu przewodów żółciowych. U ludzi zaś obie te okoliczności, lub jedna z nich, spostrzegać się dają w stanie chorobowym, polegającym na wytwarzaniu się złożeń [kamieni] w pęcherzyku i w przewodach żółciowych, czyli w t. zw. kamicy żółciowej (*cholelithiasis*).

Bezpośredniego związku u ludzi między sprawami zakaźno-zapalnymi pęcherzyka i przewodów żółciowych a kamicią żółciową dowiodły przede wszystkim ściśle spostrzeżenia kliniczne, a następnie fakty, stwierdzone podczas operacji chirurgicznych, na pęcherzyku i na przewodach żółciowych dokonywanych.

Ponieważ kamica żółciowa jest chorobą dość rozpowszechnioną, przeto nic dziwnego, że dość teraz często spostrzegamy też i sprawy zakaźno-zapalne

pęcherzyka i przewodów żółciowych. Nie zdaje mi się, aby stosunkowa częstość tego rodzaju spraw zapalnych była obecnie większą, niż dawniej, lecz niewątpliwym faktem częstszego obecnie rozpoznawania zakaźnego zapalenia pęcherzyka i przewodów żółciowych zależy jedynie, według mego zdania, od znacznych postępów, jakie w ostatnich czasach uczyniła dyagnostyka i anatomia chorób wątroby. W dawniejszych czasach objawy spraw zapalnych, o których mowa, przypisywano albo malarii, albo niewiadomym jakimś ukrytym ogniskom ropnym, albo jakiejs nieokreślonej sprawie zakaźnej.

Zakaźne zapalenie pęcherzyka i przewodów żółciowych powstaje więc najczęściej jako powikłanie kamicy żółciowej. Zjawia się zazwyczaj jednocześnie z napadem kolki wątrobowej, ale w rzadszych przypadkach wybuch niespodzianie, bez poprzedniego napadu kolki wątrobowej.

Zakaźne zapalenie pęcherzyka i przewodów żółciowych objawia się przede wszystkim gwałtownym bólem w okolicy wątroby, rozpromieniającym się do dolka podsercowego i do okolicy międzyłopatkowej. Te gwałtowne bóle, powstające skutkiem sprawy zakaźno-zapalnej, trwają zazwyczaj przez czas dłuższy, przez kilkanaście do kilkudziesięciu godzin, przyczem najczęściej zjawiają się: wzdęcie brzucha, utrudnienie w oddychaniu i wymioty, z początku pokarmowe, a potem żółciowe. Jednocześnie chory doznaje dreszczów, mniej lub więcej wyraźnych. Badanie przedmiotowe wykrywa w tych razach mniejsze, lub większe obrzmienie wątroby, mniejsze lub większe obrzmienie i stwardnienie, jako też nadzwyczajną bolesność pęcherzyka żółciowego. Zjawia się też niekiedy i żółtaczką, ale w przeważnej mniejszości przypadków i trwa albo krótko, przez dni kilka, albo też przeciąga się przez czas znacznie dłuższy. Ciepłota ciała okazuje się od początku stale podwyższoną, z nieznacznymi w ciągu doby wahaniami i dochodzi do 38—39, a rzadziej do 40 stopni. Tętno w odpowiedniej mierze się przyspiesza.

Taki napad zakaźno-zapalny trwa zazwyczaj kilka do kilkunastu dni, poczem obrzmienie i bolesność wątroby i pęcherzyka żółciowego stopniowo się zmniejszają i następnie zupełnie ustępują, ciepłota powoli, lub nagle się obniża i wraca do stanu prawidłowego. W rzadszych przypadkach pomimo ustąpienia obrzmienia i bolesności wątroby i pęcherzyka żółciowego, ciepłota nie wraca do stanu prawidłowego, lecz wykazuje jedno lub dwurazowe podwyższenie w ciągu doby, poprzedzone nieraz przez dreszcze i kończące się czasami obfitymi potami. Apetyt przytem nie wraca, wypróżnienia ulegają opóźnieniu. Stan taki przewlekać się może do kilku tygodni lub przez czas jeszcze dłuższy i prowadzi do znacznego wycieńczenia chorych.

W rzadkich, wyjątkowych przypadkach zakażenie kanałów żółciowych powstaje skrycie, bez bólu, bez innych gwałtownych objawów, bez żółtaczki, jednym słowem, bez początkowego okresu choroby, lecz odrazu i wyłącznie objawia się pod postacią napadów przepuszczającej gorączki.

Mówiliśmy powyżej, że zakażenie pęcherzyka i przewodów żółciowych wywołuje przede wszystkim nadzwyczaj gwałtowne bóle w okolicy wątroby i towarzyszące im burzliwe objawy ze strony przewodu pokarmowego. Napad taki nazywamy „kolką wątrobową“. Muszę się jednak zastrzedz, iż nie mogę

każdego napadu kolki wątrobowej, wywołanego nawet przez kamice żółciową, uważać za skutek zapalenia lub zakażenia pęcherzyka i przewodów żółciowych. Tak rzeczywiście bardzo często bywa, ale nie zawsze. Nieraz bardzo gwałtowne napady kolki wątrobowej nie wywołują ani obrzmienia wątroby, ani obrzmienia i stwardnienia pęcherzyka żółciowego, nie sprowadzają najmniejszej gorączki i nie pozostawiają po sobie najmniejszej bolesności wątroby lub pęcherzyka żółciowego. Tych napadów w żaden sposób za skutek zapalenia poczytywać nie można. Według mego więc zdania, bywają dwojakiego rodzaju napady kolki wątrobowej, jedne, zależące od sprawy zakaźno-zapalnej i drugie natury niezapalnej, które w rozmaity sposób do skutku przechodzić mogą.

Czas trwania sprawy zakaźnej pęcherzyka i przewodów żółciowych bywa rozmaity, od kilku dni do kilku miesięcy. Najczęściej trwa ta sprawa kilka, lub kilkanaście dni i kończy się pomyślnie. W rzadszych razach przeciąga się do kilku tygodni, lub kilku nawet miesięcy i grozi chorym znacznem wycieńczeniem, ale i w tych razach, o ile nie powstają niebezpieczne powikłania [zebranie ropy w pęcherzyku żółciowym—ropień wątroby] najczęściej sprawa ta ostatecznie kończy się też pomyślnie. W rzadkich tylko przypadkach z powodu powtarzających się przez czas bardzo długi napadów gorączkowych, z powodu długotrwałego złego odżywiania, następuje zejście śmiertelne wskutek wycieńczenia.

Rozpoznanie zakaźnego zapalenia pęcherzyka i przewodów żółciowych jest łatwe, o ile rozwinęło się w sposób zwykły, wyraźny, o ile spostrzegać się daje pierwszy okres zapalenia, objawiający się silnemi, charakterystycznemi bólami w prawem podżebrzu i w grzbiecie, obrzmieniem pęcherzyka żółciowego, gorączką, żółtaczką i t. p. W innych razach, przy braku tego pierwszego okresu, rozpoznanie nasze opierać się musi na wiadomości o uprzednim zjawianiu się napadów kolki wątrobowej, na charakterze gorączki, czasem na obecności żółtaczki i wreszcie na wykluczeniu stanów chorobowych, które wywołują taką przepuszczającą gorączkę, mianowicie malarii i zebrania ropy w tym lub w owym narządzie. Najtrudniej rozpoznać się dają te przypadki, w których zakażenie pęcherzyka i przewodów żółciowych rozwija się bez pierwszego ostrego okresu, bez istnienia przedtem kolki wątrobowej, bez żółtaczki. W tych razach jedynie tylko drogą wykluczenia dojść możemy do właściwego rozpoznania.

W przeważnej liczbie przypadków zakaźne zapalenie pęcherzyka i przewodów żółciowych przechodzi zupełnie bez naszej pomocy. Jedynie tylko, dla skrócenia napadu i dla złagodzenia objawów, powinniśmy choremu zalecić spokój i ścisłą, płynną dyetę. W cięższych przypadkach bardzo skutecznie działa metoda leczenia przeciwzapalna: lód na okolicę wątroby, pijawki—na okolicę pęcherzyka żółciowego, środek przeczyszczający, najlepiej kalomel, absolutny spokój, dyeta płynna i na koniec morfina podskórnie, lub w czopkach odbytnicowych. Nieraz dobre w tych razach skutki widziałem od dużych dawek oliwy, która ułatwiając wydalanie złożeń żółciowych, usuwa tym sposobem przyczynę, sprowadzającą i podtrzymującą zakażenie pęcherzyka i przewodów żółciowych.

O tym skutecznym wpływie oliwy mówiłem obszernie na jednym z posiedzeń IX-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie ¹⁾. Obecnie, po dłuższej, kilkoletniej obserwacji odnośnych chorych, jedynie potwierdzić tylko mogę to, com wówczas na Zjeździe o skuteczności oliwy wypowiedział.

Daleko trudniejsze zadanie przedstawia leczenie przewlekłych przypadków zakażenia pęcherzyka i przewodów żółciowych, w których powtarzające się ustawicznie napady gorączkowe, zupełny brak apetytu i inne zaburzenia w czynności żołądka i kiszek grożą ostatecznym wyniszczeniem chorego, lub sprowadzeniem innych ciężkich powikłań. Najskuteczniejszym, rzecz można, idealnem leczeniem tego rodzaju przypadków jest operacja chirurgiczna, polegająca na rozcięciu pęcherzyka żółciowego, wydobyciu złogów żółciowych, wytworzeniu sztucznej przetoki żółciowej i na sączkowaniu przewodu wątrobowego. Tym sposobem nie tylko się usuwa przyczynę, wywołującą i podtrzymującą sprawę zakaźno-zapalną, ale, co w danej chwili ma najważniejsze znaczenie, wyprowadza się z organizmu na zewnątrz bakterye, zakażające pęcherzyk i przewody żółciowe, produkty przez te bakterye wytwarzane, jako też śluzowo-ropną wydzielinę, będącą skutkiem tego zakażenia. Odpływ na zewnątrz tych tworów i produktów sprowadza natychmiastową poprawę w stanie zdrowia chorego, gorączka przestaje się zjawiać, apetyt powraca, trawienie poprawia się.

Nie w każdym jednak odpowiednim przypadku udaje się zastosować takie skuteczne leczenie. Chorzy mają zawsze masę rozmaitych powodów, skłaniających ich do unikania operacyi. Zresztą sumienny i doświadczony lekarz na zapytanie: czy w danym razie operacja jest niezbędną?—nie zawsze odpowiedzieć może twierdząco. Wie bowiem o tem, że sprawy zakaźno-zapalne pęcherzyka i przewodów żółciowych kończą się często pomyślnie i bez operacyi, że powód tych zakażeń, t. j. złogi żółciowe odejść mogą przez drogi naturalne, a w innych przypadkach pozostawać mogą w pęcherzyku przez lata całe w stanie utajonym, nawet i w tych razach, w których już nieraz przedtem miało miejsce zakażenie pęcherzyka i przewodów żółciowych. Z tych więc różnych względów najczęściej zniewoleni jesteśmy do wyczekiwania i do stosowania takich środków wewnętrznych, na których skuteczność, w pewnej przynajmniej mierze, liczyć byśmy mogli.

Poszukując przeciwko przewlekłemu zakażeniu pęcherzyka i przewodów żółciowych skutecznego środka, w bardzo wielu przypadkach stosowałem w rozmaitych dawkach kalomel, następnie przepisywałem w tym celu nieraz salicylan sodu, lecz wyniki moje zgoła nieusprawiedliwiły zachwalania tych środków przez różnych dawniejszych i współczesnych klinicystów.

Wobec ujemnych wyników ze stosowania powyżej wymienionych, zachwalanych leków, zacząłem poszukiwać innego, skuteczniejszego środka. A środek taki znaleźć jedynie mogłem pomiędzy ciałami, które przez wątrobę łatwo przechodząc, wydzielają się w przewodach żółciowych, które posiadają energiczne działanie bakteriobójcze, a przynajmniej utrudniające rozwój bakteryi,

¹⁾ Szczegóły w artykule moim „O leczeniu kamicy żółciowej”. *Gazeta Lekarska*. 1900.

lub czyniące je mniej jadowitemi i nakoniec, które wywierają to działanie w dawce nieszkodliwej dla ustroju ludzkiego. Środek taki udało mi się wykryć w błękitie metylenowym (*methylenblau*), pozbawionym wszelkich szkodliwych przymieszek, mianowicie zaś cynku i arsenu.

Bakteryobójcze własności błękitu metylenowego są powszechnie znane. Nie ten jednak tylko fakt naprowadził mię na pomysł zastosowania błękitu metylenowego do leczenia zakażeń pęcherzyka i przewodów żółciowych, lecz wpłynęły na to głównie inne jeszcze własności będącego w mowie środka, mianowicie nadzwyczajna prędkość, z jaką przez ustrój przechodzi, niezwykła łatwość z jaką się wydziela z żółcią i z moczem, jako też zabójczy wpływ na drobnoustroje, jaki środek ten, w ogromnem nawet rozcieńczeniu, wywiera nie tylko we krwi, ale również, już po opuszczeniu organizmu, w wydzielonym moczu.

Już w roku 1888 N. KOWALEWSKY ¹⁾ wykazał w doświadczeniach na zwierzętach, że błękit metylenowy, wstrzyknięty do żyły, pozostaje we krwi bardzo krótko, że już po 10-iu minutach nie daje się we krwi wykryć, że przechodzi natychmiast do żółci i do moczu i że pobudza czynność wydzielniczą wątroby i nerek. M. EINHORN ²⁾ przekonał się, że zabarwiony na niebiesko mocz chorego, który przyjmował małe dawki błękitu metylenowego, nie ulegał rozkładowi. Autor ten, opierając się na powyższej obserwacji, z wielkim pożytkiem stosował błękit metylenowy u chorych na przewlekły niezbyt pęcherza i miedniczek nerkowych. To samo potwierdza też i d'AULNAY ³⁾. ROSIN ⁴⁾ dowiódł, że błękit metylenowy w bardzo znacznem rozcieńczeniu, nawet 1 : 20000, zabija plasmodye malaryczne. DĄBROWSKI ⁵⁾ przekonał się, że przy przyjmowaniu przez chorego w ciągu dnia 0,5 błękitu metylenowego, plasmodye malaryczne we krwi ulegały rozpadowi i zamieraniu. Z badań ACHARD'a i CASTAIGNE'a ⁶⁾ okazuje się, że i u ludzi błękit metylenowy wydziela się przez wątrobę w bardzo dużej ilości. Jak łatwo i jak prędko do skutku przychodzi ta czynność ludzkiej wątroby, tego najbardziej dowiodły spostrzeżenia MAJEWSKIEGO i ŻEBROWSKIEGO ⁷⁾, którzy badania swe robili u chorej ze sztucznie, w celach leczniczych, wytworzoną przetoką pęcherzyka żółciowego. MAJEWSKI i ŻEBROWSKI, po przyjęciu wewnątrz przez tę chorą 0,05 błękitu metylenowego, wykrywali ten środek w żółci, wydzielanej przez przetokę, już po upływie 12-tu minut, gdy w moczu zjawiał się on dopiero po 25-iu minutach od chwili przyjęcia przez usta.

¹⁾ Ueber die Wirkung von Methylenblau auf die Säugethiere. Med. Ctrbl. 1888. Nr. 11.

²⁾ Ueber die Anwendung des Methylenblau bei Cystitis, Pyelitis u. Carcinom (D. m. Woch. 1891. Nr. 18).

³⁾ Du Bleu de méthylène dans certaines maladies des voies urinaires (Bull. de thérap. 1897. Nr. 8).

⁴⁾ Einfluss von Chinin und Methylenblau auf lebende Malariaparasiten (D. m. Woch. 1893. Nr. 44).

⁵⁾ Dalsze spostrzeżenia nad działaniem błękitu metylenowego w zimnicy (Gaz. Lek. 1894. Nr. 14).

⁶⁾ Cyt. w pracy MAJEWSKIEGO i ŻEBROWSKIEGO.

⁷⁾ Przyczynek do składu chemicznego żółci u człowieka. Gazeta Lekarska. 1902. Nr. 27

Moje spostrzeżenia nad pomyślnem działaniem błękitu metylenowego przeciwko zakaźno-zapalnym sprawom pęcherzyka i przewodów żółciowych czyniłem u kilkunastu chorych. Rozpoczynałem je zazwyczaj wówczas, gdy inne środki, stosowane przedtem, okazywały się w tym względzie zupełnie bezskutecznymi. Chorym takim zalecałem przyjmować błękit metylenowy trzy razy dziennie po 0,03—0,05—0,10 w kapsułkach krochmalowych. Dla uniknienia podrażnienia pęcherza moczowego dodawałem do każdej dawki po 0,10 proszku gałki muszkatołowej (*pulv. nucis moschatae*).

Ponieważ błękit metylenowy sam przez się nieraz wywołuje nudności i wymioty, przeto u chorych, u których obok zakażenia pęcherzyka i przewodów żółciowych dość często zjawiają się różne przypadłości ze strony żołądka, a przede wszystkim nudności, musiałem wyczekiwać dopóty, dopóki te przypadłości pod wpływem czasu i odpowiednich środków nie ustąpiły i dopiero wówczas zalecałem przyjmowanie błękitu metylenowego, z początku, rozumie się, w dawkach jak najmniejszych.

Pomyślny wpływ błękitu metylenowego ujawniał się u moich chorych wyraźnie już po upływie dni kilku, okresy bezgorączkowe stawały się coraz dłuższymi, napady gorączkowe coraz słabszemi, samopoczucie coraz lepszem. Zwykle już po 4—7-dniowem podawaniu błękitu metylenowego napady gorączkowe zjawiać się przestawały. Jednem słowem, działanie błękitu metylenowego okazywało się w odpowiednich przypadkach pewnem i skutecznem, z wyjątkiem, rozumie się, tych przypadków, w których istniały powikłania, uniemożliwiające skuteczność zalecanego środka. Do tych powikłań należą przede wszystkim: ropień wątroby (*abscessus hepatis*) i zebranie ropy w pęcherzyku żółciowym (*empyema vesicae felleae*), skutkiem zatkania przewodu pęcherzykowego (*d. cysticus*). Przeciwnie tym powikłaniom jedynie tylko pomoc chirurgiczna skuteczną okazać się może.

II. PRZYCZYNEK DO BUDOWY WRZODU PIERWOTNEGO.

Podał

Robert Bernhardt,

ordynator Szpitala św. Łazarza.



Poszukiwania nad budową i rozwojem wrzodu twardego, pomimo ogromu pracy, poświęconej temu przedmiotowi, jeszcze nie mogą być uważane za zakończone w szczegółach. Dotyczy to zwłaszcza wczesnych okresów rozwoju wrzodu pierwotnego, a w pierwszym rzędzie udziału w tej sprawie naczyń krwionośnych i chłonnych. Wprawdzie większość badaczyw [BIESIADECKI (1),

CASPARY (2), AUSPITZ (3), UNNA (4), PISAREWSKI (5), NEISSER (6), W WEDENSKI (7), ZEISSL (8), CORNIL (9), MAURIAC (10), JULLIEN (11) i inni] zgodnie podkreśla wybitne zmiany ze strony naczyń krwionośnych w przeciwieństwie do względnie niewielkich ze strony chłonnych. Nie brak jednak głosów nawet z doby wcześniejszej, wskazujących na to, iż szerzenie się sprawy patologicznej w wrzodzie pierwotnym odbywa się przeważnie wzdłuż naczyń chłonnych [S. EHRLMANN (12), a po części też RIEDER (13)]. Co się znowu dotyczy naczyń krwionośnych, to jedni znajdowali najwybitniejsze zmiany w tętnicach, inni zaś— w żyłach. Nie od rzeczy też będzie raz jeszcze przyjrzeć się tkance sprężystej, a zwłaszcza tkance łącznej wrzodu, gdyż ta ostatnia, o ile sądzić można z dotychczasowych poszukiwań, odgrywa doniosłą rolę w powstawaniu tego patologicznego wytworu.

Jak to właśnie zaznaczyłem, różnica zdań dotyczy jedynie szczegółów i ta różnica w tłumaczeniu obrazów drobnowidzowych zależy, być może, nie tylko od techniki, lecz i od materiału, z którym miano do czynienia. Po większej części badano wrzody, posiadające już kliniczne cechy objawu pierwotnego. Twory te wycinano zatem w drugim okresie utajenia, a więc w 3—4—5, a nawet i więcej tygodni po zaszczepieniu zarazką, kiedy to zmiany patologiczne są w nich, jak wiemy, dosyć daleko posunięte, a stosunki anatomiczne bardziej zawile. Wrzody zupełnie świeże, młode względnie rzadko bywały przedmiotem badań, choć zdawać się powinno, iż one właśnie najwięcej się nadają do poszukiwań histogenetycznych. Trzeba jednak wyjątkowego zbiegu okoliczności, aby natrafić na odpowiedni materiał. Ponieważ właśnie jestem w posiadaniu 6-dniowego wrzodu pierwotnego [licząc od chwili zarażenia się], przeto postanowiłem skorzystać nawet z pojedynczego przypadku i ogłosić wyniki moich badań. Dane kliniczne przedstawiają się, jak następuje.

N. N., subjekt handlowy, 26 lat, zgłosił się dnia 1. II. z powodu drobnego nadżarcia wewnętrznej blaszki napletka. Ostatnie spółkowanie miało miejsce dnia 26. I. nad wieczorem, zaś 29. I. rano zauważył nadżarcie, które było nieco mniejsze niż obecnie. Nadżarcie to, wielkości przekroju ziarnka konopnego, bardzo powierzchowne, nie twarde—mieści się na wewnętrznej blaszce napletka, na granicy rowka założędnego. Gruczoły pachwinowe niezmienione. Ponieważ na zasadzie powyższych danych nie można było wyrobić sobie żadnego zdania o charakterze nadżarcia, zaś pacjent miał pewne wątpliwości co do stanu zdrowia kobiety, przeto zarządzono konfrontację [2. II.]. Wówczas ustalono, iż 16-letnia szwaczka X. X. jest dotknięta syfilisem, znajdującym się w pełni rozwoju. Na wargach sromnych znaleziono płaskie lepieżę gęsto ułożone, zlewające się, wilgotne; prócz tego: *leucomelanoderma colli*, *angina erythematosa*, *laryngitis catarrh.*, *plâques ad fauces*. Gruczoły chłonne pachwinowe dosyć znacznie powiększone i b. twarde; łokciowe, szyjowe i karkowe umiarkowanie powiększone.

Na zasadzie powyższych danych można było z wielkim prawdopodobieństwem przypuścić, iż dnia 26. I. N. N. zaraził się syfilisem od szwaczki X. X. i co zatem idzie, że nadżarcie budzi podejrzenie objawu pierwotnego. Pacjent, dowiedziawszy się o tem, począł domagać się wycięcia miejsca podejrzanego,

gdyż słyszał, iż w taki sposób można jakoby zapobiedz rozwojowi syfilisu. Ze względów zarówno praktycznych, jak i czysto naukowych zdecydowano się na ten zabieg i skierowano pacjenta do kol. A. CIECHOMSKIEGO, który tegoż dnia [2. II.] o godzinie 1-ej po południu głęboko wyciął nadżarcie w granicach zdrowej tkanki i zaszył ranę jednym szwem. Rana zagoiła się przez rychłozrost i 10. II. można się było przekonać, iż pozostała niewielka, twardawa blizna, która jednak nie posiadała cech typowego stwardnienia. Gruczoły pachwinowe pozostały bez widocznych zmian.

Po tych przejściach pacjent nie pokazywał się przez kilka tygodni i zjawił się dopiero 14. III. Blizna była w stanie jak wyżej, zaś o kilka mm. od szwu zauważono typowe stwardnienie w rowku założonym, przechodzące też na napletek, wielkości ćwiartki grochu polnego, o powierzchni czerwonej i suchej. Gruczoły pachwinowe po stronie lewej znacznie powiększone, twarde jak kość, nieco bolesne; po stronie prawej—umiarkowanie powiększone, niebolesne. Inne gruczoły nieco powiększone. Zastosowano kalomel na owrzodzenie. 18. III. wystąpiła obfita wysypka plamista na skórze tułowia i pacjent rozpoczął wcierania. Tkanekę, wyciętą przez kol. CIECHOMSKIEGO, utrwaliłem w wyskoku, zatopiłem w parafinie i barwiłem zwykłymi metodami. Budowa tego wrzodu pierwotnego, którego wiek określić można na 6½ doby [około 160 godzin], jest następująca.

Naskórek jest bardzo znacznie zgrubiały, a zgrubienie stopniowo się wzmacnia od obwodu ku środkowi. W częściach obwodowych grubość naskórka jest 2—4 razy większa niż normalnie, zaś w środkowych 6—8 i zależy przeważnie od rozrostu sieci MALPIGHI'ego. Sople naskórkowe są na obwodzie dosyć długie i szerokie, rozgałęziają się i widocznie łączą ze sobą. W części środkowej właściwych soplí niema. Widać tutaj szerokie, z trzech stron prostokątnymi liniami odgraniczone kłocy naskórkowe, pod którymi brodawki skórne uległy zupełnemu wygładzeniu, podczas gdy ocalałe, między tymi tworami położone, przedstawiają się w kształcie dosyć wysokich cienkich słupków. W częściach obwodowych komórki walcowate i kolczaste pozostały bez wybitnych zmian; zwraca tylko uwagę obecność dosyć licznych figur karyokinetycznych.

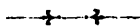
W części środkowej komórki walcowate ułożone są w dwie, a nawet trzy warstwy, zaś komórki kolczaste niejednakowo się przedstawiają w dolnej i górnej połowie sieci MALPIGHI'ego. W połowie dolnej komórki te są wogóle drobne, spłaszczone, nawet wrzecionowate, rzadziej wieloboczne, co widocznie zależy od wzajemnego ucisku energicznie bujających komórek. Jądra ich b. dobrze wchłaniają barwniki, zaś mostki międzykomórkowe są po większej części zachowane. W górnej połowie sieci komórki kolczaste są o wiele większe od normalnych. Kształt ich jest wieloboczny, protoplazma przejrzysta, jądra barwią się słabo, zaś mostków międzykomórkowych częstokroć brak. W tych to komórkach spostrzegać mogłem tak zw. *altération cavitaire* francuzkich autorów. Jamy dookoła jąder są miejscami dosyć duże [zwłaszcza w komórkach, znajdujących się bliżej warstwy ziarnistej], jądra zaś częstokroć spłaszczone, a nawet sierpowate, zazwyczaj leżą przy samej ścianie jamy. Bardzo często spotykałem i tutaj figury podziału karyokinetycznego.

[D. n.]

PRZYZCZYNEK DO NAUKI O WŁÓKNIAKACH I WŁÓKNIAKO-MIĘŚNIAKACH POCHWY.

Podał

Stanisław Cykowski.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 12].

Spotykano mięśniako-włókniaki pochwy częściej na przedniej, rzadziej na tylnej ścianie pochwy. Osobliwość pod tym względem przedstawia przypadek MACAN'a, gdzie guz posiadał 2 przyczepy: jeden na przedniej, drugi na tylnej ścianie pochwy. Przypadek dotyczył osoby lat 40-tu, rodzącej 8-y raz; pomimo takiej przeszkody dziecko urodziło się, lecz nieżywe, zaś po porodzie powstała przetoka pęcherzowo-pochowa. Guz następnie usunięto, przetokę zeszyto, chora wyzdrowiała. Sądzić trzeba, że w omawianym przypadku guz pochodził z jednej ze ścian pochwy, potem zaś zrósł się z drugą jej ścianą wskutek zapalenia zlepnego. Makroskopowo mięśniako-włókniaki pochwowo przedstawiają się pierwotnie pod postacią guza, powstającego w głębi ściany pochwowej; guz ten zlewa się z otoczeniem, lub też od niego znacznie się odgranicza; potem powiększając się, nowotwór wypukla pochwę, tworząc guz wystający, półkalisty; rzadziej guz przybiera kształt polipa, osadzonego na szypule różnej długości i grubości. W innych, rzadszych przypadkach guzy te rosną głównie wzdłuż i wszerz pochwy; te ostatnie zwykle nie posiadają torebki własnej, podczas gdy guzy, wypuklające się do pochwy, zazwyczaj mają otoczkę własną.

Rosnąć, guzy te mogą, przy pewnej wielkości, wypuklać się ze szpary sromowej. W zwykłych warunkach rosną wogóle nie szybko; natomiast podczas ciąży rozrost ich jest widoczny; zaś jeszcze bardziej rozrastają się, jeśli ulegają zwyrodnieniu mięsakowemu. Wogóle wielkość mięśniako-włókniaków pochwy bywa rozmaita: od wielkości orzecha, do wielkości główki dziecka; bywają niekiedy guzy te i większe.

Powierzchnia omawianych guzów jest przeważnie gładka, rzadziej nierówna, guzowata, jak w przypadku L. NEUGEBAUERA, gdzie na guzie widziano inne mniejsze, wtórne guzki. Przeważnie są to guzy pojedyncze, znajduwane zaś w liczbie większej [16, 29] VEIT przyjmuje za *sarcomata*. Twierdzenie to można by uważać za słuszne, o ile znajdujemy oddzielnie umiejscowione guzy w większej liczbie. Nie można tego jednakże twierdzić o przypadkach, w których je-

den guz składa się z większej liczby mniejszych guzków, przylegających ściśle do siebie, jak to miało miejsce w I-ym moim przypadku.

Za punkt wyjścia mięśniako-włókniaków pochwy służy tkanka mięśniowa, leżąca pod błoną śluzową pochwy i tkanka łączna. Co do stosunku poszczególnych części składowych tych nowotworów, trzeba zauważyć, że rzadziej spotykamy nowotwory wyłącznie tylko z tkanki łącznej, lub tylko z tkanki mięśniowej się składające.

Tak np. w omawianym już wyżej przypadku MARTIN'a i w jednym KLEINWAECHTER'a guz składał się tylko z tkanki łącznej włóknistej; przeciwnie w drugim przypadku KLEINWAECHTER'a guz przedstawiał się jako typowy mięśniak. Najczęściej tedy mamy do czynienia z mięśniako-włókniakami pochwowymi we właściwym znaczeniu.

Tkanka łączna przedstawia się albo pod postacią grubych pęczków, albo też pod postacią luźnej tkanki; zawiera niekiedy znaczną liczkę komórek; w przypadku MEINERT'a guz składał się z luźnej tkanki łącznej, pomiędzy włóknami której, znajdowała się znaczna liczba komórek gwiazdkowatych. W innych przypadkach tkanka łączna guza zawiera prawie same włókna. Niekiedy owa czysta tkanka łączna tworzy wyraźną torebkę, odgraniczającą nowotwór od otoczenia; w przypadku HASENBALG'a badanie drobnowidzowe wykazało, obok innych właściwości, wyraźną ową otoczkę na guzie.

Tkanka mięśniowa również w jednych przypadkach przedstawia grube, obszerne pęczki, poprzedzielane mniejszą lub większą ilością tkanki łącznej; w innych zaś przypadkach komórki jej pojedynczo lub w drobnych pęczkach są rozsiane w tkance łącznej.

Badanie drobnowidzowe wykazuje niekiedy w guzie obecność włókien mięsnych prążkowanych. BIDONE twierdzi, że tego rodzaju guzy należy uważać za złośliwe. W spostrzeganym przez niego przypadku guz, wychodzący z przedniej ściany pochwy, sterczał na zewnątrz *ex introitu vagine*. Podczas autopsji znaleziono: guz miał kształt kalafiora, który wypełniał pochwę, przeżarł część szyjki macicy i przeszedł na pęcherz moczowy. Następstwem tego było *pyelonephritis*. Badanie drobnowidzowe wykazało w guzie obecność zarodkowych prążkowanych włókien mięsnych z sarkolemą, idących pod nabłonkiem pochwowym, będących w różnych okresach energicznego rozwoju.

Opierając się na powyższem, BIDONE rozpoznał guz jako *rhabdomyoma*. Bardzo jednakże prawdopodobne, że VEIT ma słuszość, uznając tego rodzaju guzy za *sarcomata teratoidea*. Mięśniako-włókniaki pochwy wogóle obfitują w naczynia; w jednych przypadkach przeważają tętnice, w innych żyły lub naczynia chłonne. W przypadku SCANZONI'ego, podczas usunięcia guza, widziano bardzo znaczne krwawienie.

Włókniako-mięśniaki pochwowe podlegać mogą obrzękowi, wynaczynieniom, sprawom zapalnym, zgorzeli i zwyrodnieniom.

W przypadku JACOBS'a badanie drobn. guza, wychodzącego z pochwy, wielkości główki dziecka, wykazało mięśniako-włókniak w stanie znacznego obrzęku; podobnie obrzęk guza znaleziono w przypadku KLEINWAECHTER'a i w przypadku STUMPF'a.

Wynaczynienia w omawianych guzach mogą być rozległe lub niewielkie; te ostatnie zdarzają się prawie w każdym większym takim nowotworze pochwy. W niektórych przypadkach wynaczynienia tworzą zupełną jamę, zawierającą, krew płynną; w przypadku np. Hofmokla nakłucie próbne miękkiego guza pochwy wykazało krew; był to mięśn. wł., zawierający wewnątrz jamę krwistą o ścianach 1 cm. grubych.

Co do zwyrodnień, jakim podlegają te guzy, dotąd spotykano zwyrodnienie śluzowe, torbielowe, mięsakowe, w końcu zwapnienie. W przypadku Gubarewa, gdzie badanie drobnow. usuniętego guza wykazało zwyrodnienie mięsakowe—guz pierwotnie przez czas długi (18 lat) bardzo nieznacznie się powiększał, bólów nie sprawiał; dopiero później zaczął szybko rosnąć, przyczem gruczoły pachwinowe powiększyły się. Chora po operacji wyzdrowiała, gruczoły pachwinowe zmniejszyły się. Największe praktyczne znaczenie przedstawiają przypadki, w których guz uległ zgorzeli. Wobec tego pozwalam sobie przytoczyć nieco obszerniejszy opis 4-ch odpowiednich przypadków.

W przypadku Mac Clintock'a chora lat 24, będąca w ciąży po raz drugi, dostała przy końcu ciąży upławów cuchnących krwawych. W szparze sromowej znaleziono podczas badania guz, wielkości jaja kurzego, wychodzący z tylnej ściany pochwy, tuż po za *introitum vaginae*; guz był rozmiękły, przedstawiał częściową zgorzel; usunięto go odgniataczem; we 3 tygodnie chora urodziła, a w 34 godziny po porodzie zmarła wśród objawów zapaści.

Ogłędziny pośmiertne wykazały ropne zapalenie błony śluzowej macicy, na miejscu zaś guza w pochwie—powierzchowne owrzodzenie.

W przypadku Porro chora w 9-ym m. ciąży dostała zatrzymania moczu; wkrótce przyłączyły się bóle porodowe; we 3 godziny od rozpoczęcia się bólów pokazał się wystający z pochwy guz, dość duży, twardy; wychodził on z przedniej ściany pochwy; wkrótce urodził się martwy płód niedonoszony; na 3 dzień po porodzie guz usunięto z powodu niewątpliwej zgorzeli. Chora wyzdrowiała. Stumpf podaje przypadek zgorzeli guza, który usunął przyrządem Pacquelin'a. Chora wyzdrowiała. Badanie drobnowidzowe potwierdziło rozpoznanie kliniczne.

W przypadku Gruzdiewa zauważono u chorej, lat 46, wieloródki, wkrótce po położu guz, sterczący ze szpary sromowej; z czasem chora dostała upławów cuchnących z domieszką ropy, niekiedy i krwi; guz wywoływał bóle w brzuchu, zaparcie stolca, zatrzymanie moczu; guz był wielkości więcej niż główka dziecka; przednią część guza usunięto Pacquelin'em, a wkrótce resztę guza wyłuszczone; guz zajmował całą tylną ścianę pochwy; podczas operacji znaleziono między guzem a odbytnicą jamę, wypełnioną ropą; przypadkowo otworzono i jamę Douglas'a; na siódmy dzień chora umarła przy objawach zapalenia otrzewnej. Przy autopsji znaleziono: *periproctitis et peritonitis suppurativa*. Badanie drobnowidzowe guza wykazało częściową zgorzel tegoż.

O b j a w y, spowodowane przez mięśniako-włóknaki pochwy, zależą od ich wielkości, opuszczania się i spraw rozkładowych, w nich odbywających się. Światło pochwy może się zmniejszyć, kierunek jej uleść zmianie, niekiedy zaś długość pochwy zwiększa się. Błona śluzowa pochwy albo pozostaje na guzie

zdrowa, albo przedstawia wybitne zmiany zapalne, niekiedy zaś zanika wskutek ucisku przez guz; podlega też niekiedy owrzodzeniu lub zrogowaceniu, jeśli guz sterczy ze szpary sromowej.

Wobec obniżania się guza do szpary sromowej organy płciowe zewnętrzne mogą ulegć przesunięciu, obrzękowi lub zapaleniu. Niekiedy *hymen* zrasta się z powierzchnią obniżającego się guza. Guz może przeszkadzać swobodnemu oddawaniu moczu, przyczem wskutek zatrzymywania się tegoż, pęcherz ulega rozciągnięciu z przerostem ścian. W przypadku HUME'a m.-wł. przedniej ściany pochwy u dziewicy wypełniał całą pochwę; guz ten przesunął cewkę moczową, występując częściowo ze szpary sromowej; guz stanowił przeszkodę w oddawaniu moczu, wprowadzenie cewnika było bardzo utrudnione, cewka zaś wydłużona. Po wyłuszczeniu guza nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

We wspomnianym już wyżej przypadku GUBAREWA guz wielkości jaja gęsiego, zajmujący całe *introitum vaginae*, otaczał cewkę moczową, przesunął się ku tyłowi; guz pochodził z przedniej ściany pochwy; podczas usuwania guza wypadło wykonać częściową resekcyję cewki moczowej. Chora wyzdrowiała.

W przypadku GĄBSZEWICZA guz wielkości pięści, pochodzący z przedniej ściany pochwy, wypełniał pochwę, wystając na zewnątrz w otworze sromnym; guz zrosnięty był mocno z cewką, wytworzył *vesicocele* i spowodował zaburzenia w oddawaniu moczu; usunięcie guza przywróciło prawidłowe oddawanie moczu.

Jeżeli guz wychodzi z górnej części pochwy, to może wówczas odpychać macicę ku górze lub na bok; macica wtedy może podlegać zastojowi żylnemu z następstwem zapaleniem błony śluzowej i mięszu. Guz może uciskać także odbytnicę, sprawiając przeszkody w oddawaniu stolca. Sprawy zapalne w guzie mogą przejść na tkankę łączną, otaczającą, wywołując tam, jak to było w jednym z przypadków GRUZDIEWA, *periproctitidem suppurativam*.

Opuszczając się ku dołowi, włókniak pociąga za sobą ścianę pochwy oraz ścianę pęcherza lub odbytnicy, wytwarzając w ten sposób *cysto-* lub *rectocele*.

Co do innych przypadłości, związanych z obecnością m.-wł. pochwy, zaznaczyć trzeba jeszcze białe upławy, niekiedy z domieszką krwi, jeżeli błona śluzowa na guzie podlega owrzodzeniu. W razie sposoczenia guza wydzielina pochwową staje się cuchnącą. Niekiedy guzy wywołują przeszkody i bóle *sub coitu*; mogą powodować także przeszkodę podczas chodzenia. GRUZDIEW twierdzi, że w zależności od m.-wł. pochwy, *resp.* następnych zmian w macicy, mogą powstawać krwotoki maciczne, jak również bóle w dole brzucha, co wszystko może ustąpić po usunięciu guza.

Wysocy interesująco przedstawia się stosunek m.-wł. pochwy do sprawy porodowej. Przytoczony przez VEIT'a GUEDER, którego oryginału pracy dostać nie mogłem, podaje 18 przypadków m.-wł. pochwy, stanowiących powikłanie podczas porodu. Z pomiędzy tych przypadków w jednym poród nastąpił samodzielnie, w 3-ch założono kleszcze, 2 razy zrobiono obrót, raz wykonano ekstrakcyję i w 3-ch przypadkach cięcie cesarskie; w 4-ch przypadkach usunięto guz przed porodem, raz podczas porodu, poczem poród odbył się bez powikłań dalszych.

Ze znanej mi kazuistyki mogę przytoczyć następujące przypadki, w których m.-wł. pochwy stanowił pewną przeszkodę podczas porodu.

W przypadku PELLETAN'a guz, zwężający światło pochwy, przeszkadzał podczas porodu przejściu główki; zawezwany lekarz zepchnął guz ku stronie prawej miednicy, poczem szybko nastąpiło rozwiązanie. Guz usunięto w 8 miesięcy po porodzie.

W przypadku GENSOUL'a guz, wychodzący z górnego odcinka pochwy, uszypułowany, stanowił przeszkodę również podczas porodu. Założono kleszcze. Podczas operacji tej szupła guza przerwała się, zaś sam guz, razem z główką wytoczył się na zewnątrz.

W przypadku PILLORE'a wskutek guza, nieruchomo osadzonego między tylną ścianą pochwy a przednią odbytnicy, a długości 16-tu ctm., szerokości 10-iu ctm. i grubości 9 ctm., wykonano *sub partu* cięcie cesarskie. W przypadku VIRCHOW'a znaleziono podczas porodu guz, wielkości 2 pięści, na tylnej ścianie pochwy; podczas próby wydobycia płodu przez zwężony kanał rodny nastąpiło pęknięcie pochwy i złamanie *rami descendentis os. pubis*; chora zmarła po 4-ch miesiącach. O przypadku MACAN'a mówiłem na innem miejscu.

Oprócz bezpośredniego wpływu na sprawę porodową, m.-włókniaki pochwy, jakieśmy to już wyżej widzieli, mogą mieć nie mniejsze znaczenie dla okresu położowego, wskutek ich zgorzeli i zależnych od tego powikłań. Szybko rozrastając się podczas ciąży, guzy te łatwo ulegają obrzękowi i mogą podlegać zgorzeli bądź to przed porodem, bądź też, co bywa częściej, po porodzie. Zgorzel taka łatwo może prowadzić do zakażenia ze śmiertelnem zejściem.

Rozpoznanie m.-wł. pochwy wogóle nie jest trudne. Upewniwszy się, że guz pochodzi istotnie ze ściany pochwowej, możemy wahać się do pewnego stopnia w rozpoznaniu głównie pomiędzy m.-włókniakiem a torbielą pochwową.

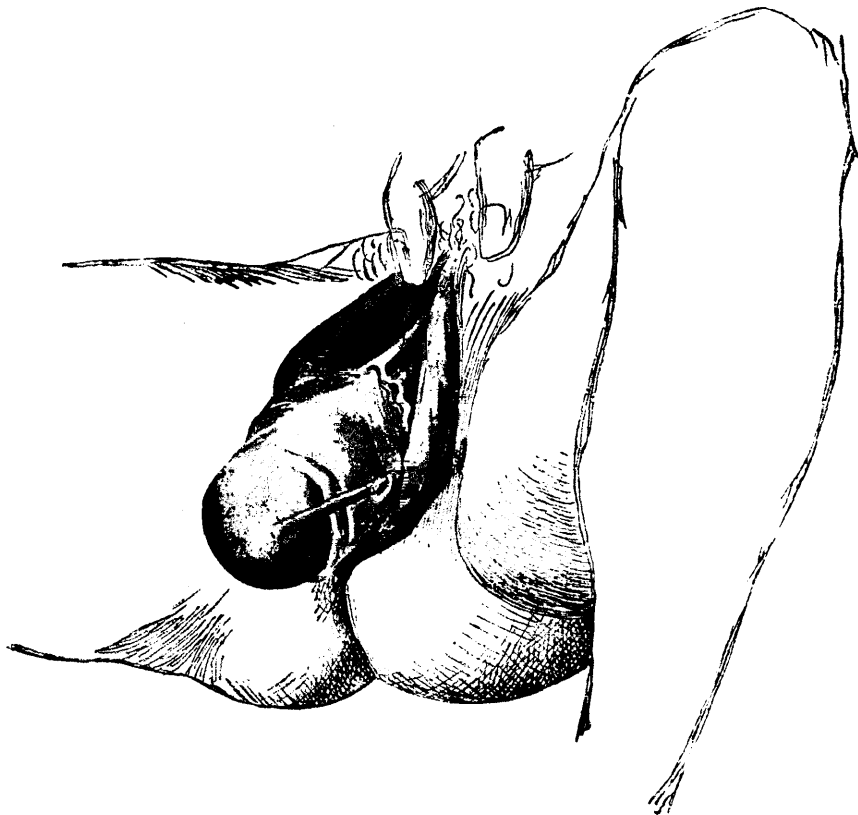
Torbiele pochwowe bywają zwykle bardziej miękkie, niż włókniaki, o ile te ostatnie nie są w stanie obrzęku. M.-wł. pochwowe obrzęknięte przedstawiają istotnie dużo podobieństwa do torbieli. Należy tu mieć na uwadze, że torbiele wyróżniają się tem, iż środek ich prześwieca, dając zabarwienie białe niebieskawe, podczas gdy boczne części pozostają matowe; m.-wł. zaś w stanie obrzęku mają wszędzie zabarwienie jednakowe. (VEIT).

Poza tem błona śluzowa w ostatnim razie przyjmuje zwykle udział w obrzęku, podczas gdy przy torbielach tego nie znajdujemy.

W wątpliwych przypadkach może ostatecznie rozstrzygnąć sprawę nakłucie próbne. Nowotwory złośliwe, jak *sarcoma*, *carcinoma*, dają się odróżnić od m. wł. pochwy przez szybki rozrost i szkodliwy wpływ na ogólny stan chorej. Nadto błona śluzowa, te nowotwory pokrywająca, szybko ulega zwyrodnieniu nowotworowemu, czego nie znajdujemy przy mięśniako-włókniakach. Pewną trudność w odróżnieniu m.-wł. pochwy od guzów złośliwych można napotkać, zdaniem VEIT'a, tylko w razie sposoczenia guza. W wątpliwych razach ostatecznie rozstrzyga badanie drobnowidzowe.

Rokowanie wogóle jest dobre. Trzeba tu mieć jednak na uwadze możliwość sposoczenia nowotworu, złośliwego jego zwyrodnienia, spowodowanie przeszkód podczas porodu, występowanie innych przykrych objawów chorobowych (np. wypadnięcia pochwy, krwawienia i t. d.). Wobec tego każdy guz, zwłaszcza nieco większy, należałoby bezwarunkowo usunąć.

Pod tym względem pewne wątpliwości co do wskazań operacyjnych może nastroić tylko ciąża, oraz rozpoczynający się poród. Co się tyczy ciąży, to wobec możliwości wyżej wspomnianych powikłań podczas porodu, wszystkie guzy uszypułowane, a także mające szeroką podstawę, lecz nieco większe, wypada bezzwłocznie operować; małe guzy o szerokiej podstawie, można czasowo zostawić. W przypadkach rozpoczynającego się porodu guzy uszypułowane należy zaraz usunąć, natomiast guzy o szerokiej podstawie trzeba pozostawić. W tym ostatnim razie, o ile guz jest mały lub przesuwalny, poród może się odbyć bez



naszej pomocy; natomiast wobec guzów dużych rozwiązanie należy uskutecznić tą lub inną drogą, co już zależy od specjalnych warunków.

Sposoby operowania nie przedstawiają w większości przypadków nic szczególnego. O ile guz posiada szypułę, podwiązujemy ją, guz obcinamy; lub też po uprzednim przecięciu szypuły obkławamy krwawiące naczynia; jednakże i wobec uszypułowanych guzów trzeba mieć na widoku możliwość uchwycenia w podwiązkę lub zranienia ściany pęcherza moczowego lub odbytnicy. To też słusznie w przypadkach wątpliwych Veit radzi nacinać na szypule błonę śluzową i warstwami wyłuszczać. Wszystkie przypadki guzów o szerokiej pod-

stawie usuwamy zapomocą wyluszczenia, naciągwszy uprzednio na nich błonę śluzową. Po usunięciu guza nadmiar błony śluzowej obcinamy i ranę częściowo zeszywamy, wprowadzając niewielki pas gazy jodoformowej do głębi jamy, po usunięciu guza powstałej, w obawie następczego ropienia lub krwotoku. Musimy tu zaznaczyć, że i wyluszczenie guza w pewnych razach może być powikłane zranieniem narządów sąsiednich. Tak więc, na przykład, opisywano zranienie cewki moczowej, otworzenie otrzewnej w dole DOUGLAS'a.

W końcu musimy wspomnieć o wyluszczeniu guzów sposoczałych. VEIT co do tego powiada, iż sposoczeniu podlegają tylko powierzchowne warstwy guza. Jeżeli przeto będziemy ściągali sposoczały guz mocno ku dołowi, to możemy głębokie warstwy tegoż oddzielić zupełnie na czysto. Jednakże pogląd ten niezupełnie jest słuszny. W omówionym wyżej przypadku GRUZDIEWA sposoczeniu uległa właśnie głęboka, przylegająca do odbytnicy, część guza i tu znaleziono jamę, napełnioną masą posokową. Ponieważ podczas oddzielania głębokich części guza otworzono otrzewną, nastąpiło ropne zapalenie tejże z zejściem śmiertelnem.

L I T E R A T U R A

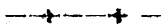
- 1) J. VEIT. Handbuch der Gynäkologie. 1897. Tom I, str. 349—353.
- 2) L. NEUGEBAUER. Fibromyoma vaginae. Gazeta Lekarska. 1876. Nr. 4 i 5.
- 3) ANTONI GABSZEWICZ. Fibroleiomyoma vaginae. Gaz. Lek. 1901. Nr. 17, str. 428.
- 4) W. GRUZDIEW. O fibromioma rukawa. Wracz. 1900. Nr. 8, 9 i 10.
- 5) FR. v. RECKLINGHAUSEN. Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus- und Tubenwandung. 1896.
- 6) FRAENKEL E. Orangengrosses breitbasiges Fibromyom der Vagina und Vulva. Ref. w Jahresb. Geb. und Gyn. Frommel. 1887, str. 404.
- 7) STUMPF M. Myofibrom der Vagina mit beginnender Verjauchung. Ref. w Jahr. Geb. und Gyn. From. 1890, str. 574 i 579.
- 8) ELISCHER J. Hüvel-fibromyoma esete. Ref. w Jahr. Geb. und Gyn. From. 1892.
- 9) BAECKER J. Fibromyoma Vaginae. Ref. w Jahr. G. und Gyn. From. 1893.
- 10) CLEVELAND C. A fibroid of the anterior vaginal wall. Ref. w Jahr. G. und Gyn. From. 1894.
- 11) IDONE. Endometrioma della vagina. Ref. w Jahr. G. und Gyn. From. 1894.
- 12) JOHN, DAVID STA. Large fibroma of anterior vaginal wall. Ref. w Jahr. G. und Gyn. From. 1895.
- 13) POPOFF. Fibromyome de la paroi antérieure du vagin. Ref. w Jahr. G. und Gyn. From. 1897.
- 14) EMMEL J. M. Fibroid tumor of the vagina. Ref. w Jahr. G. und Gyn. From. 1898.
- 15) PHILIPS JOHN. On Fibromyomata of the vagina. Ref. w Jahr. G. und Gyn. From. 1899.

IV. Gierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Jackson'a i bezwład postępujący

Napisał

Dr med. Stan. Bucelski,

starszy ordynator Szpitala dla obłąkanych w Tworkach.



[Dokończenie — Patrz Nr. 12].

KRAFFT-EBING, wspominając o podobnym przypadku (szczegółowo nieopisanym), na razie podkreślił jego znaczenie w kwestyi wyjaśnienia klinicznego charakteru bezwładu; jednakże ani w późniejszych wydaniach swej Psychiatrii, ani w innych pracach nic nowego w tym przedmiocie nie dorzucił. Wogóle, komunikując odnośne spostrzeżenia, autorowie starannie omijają trudną do rozstrzygnięcia kwestyę związku przyczynowego między paranoją a bezwładem, i nazywając go, za przykładem HOESTERMANN'a „wtórnym,” — widocznie nie przywiązują do tego określenia właściwego znaczenia, nie zastanawiają się nad treścią nazwy, lecz i tę nazwę i zasadę istnienia bezwładu wtórnego przyjmują bezkrytycznie. MEYNERT załatwia się z tą odmianą bezwładu dość apodyktycznie. Zdaniem jego, żadnymi dowodami nie popartem, bezwład rozwija się następnie z paranoi w daleko większej liczbie przypadków, niżby się zdawało, chociaż—dodaje—nie jest wyłączona możliwość pomyłek dyagnostycznych. Z drugiej strony RICHTER i SOMMER o następcości bezwładu we właściwym znaczeniu nie wzmiankują, a RICHTER, zaznaczając ogólnikowo „powikłanie,” pozostawia czytelnika w niepewności, czy sam uważa owo powikłanie za przypadkowe, czy też za genetycznie z paranoją związane. Rozstrzygnięcie kwestyi ogromnie utrudnia ta okoliczność, że oględziny pośmiertne nie dają nam absolutnie żadnych wskazówek, a z drugiej strony w klinice niejednokrotnie spotykamy przypadki obłąkania ogólnego i bezwładu, wyróżniające się między sobą jedynie obecnością drobnych zaburzeń ruchowych, bo nawet nie zawsze ma miejsce dostateczne natężenie i stopniowe wzmaganie się objawów psychicznych i ruchowych w bezwładzie, zwłaszcza w przypadkach o powolnym, wieloletnim przebiegu.

Z 13-u znanych mi przypadków paranoi, zakończonej bezwładem, widzimy, że zaburzenia ruchowe uwydatniły się po 2-u do 14-letniem trwaniu obłąkania. Wiek, w którym rozwinęła się paranoia wahał się między 26 a 50 r. życia, przeciętnie wynosił 39¹/₄ lat, wybuch zaś bezwładu następował w wieku przeciętnym, około 47-go roku (30—60), t. j. w wieku znacznie późniejszym niż to bywa w zwykłych przypadkach bezwładu. Warto zwrócić uwagę na to, że w 8-iu przy-

	CALMEL	HOESTERMANN			BAUME	FOVILLE	SOMMER	HOUGBERG		MEYNERT	LINKE	RICHTER	Własne spostrzeżenia (VIII)
Liczba przypadków bezwładu	—	160			—	—	—	107		—	—	—	415
Zajęcie Czynniki	—	Nauczyciel Inwalida Obarcz. dziedziczne Alkoholizm Oficyalista Obarczenie dziedz.			Wyrobnik	Kupiec	Kupiec Obarczenie	Geometra	Oficer Obarczenie	Urzędnik Obarczenie Znużenie	Obarczenie Lucs	Obarczenie	Obarczenie Trauma <i>Ab. in d. et v.</i>
Wiek	29 39	41	36	46	50	41	46	41	43	29	49	26	
Czas trwania paranoi	13 3	8	<i>paran. originaria</i>	14	5	12	14	4	2	9	10	4	
Postać bezwładu	Klasyczna	Demencyjna			Klasycz.?		Ustępująca		Klasycz.?		Hipochondr.	Ustępująca	Demencyjna
Czas trwania bezwładu w mies.	30 —	—	—	—	—	10	26	47	28	10	—	—	

padkach z 10-ju (gdyż w 2 anamnestycznych danych niema) zaznaczone jest obarczenie dziedziczne, słusznie więc RICHTER podkreśla, że raczej obciążenie, nie psychoza przebyta (a może i w danej chwili istniejąca?) usposabia do bezwładu. W dwóch przypadkach mamy w anamnezie wiań rdzenia, zatem w myśl tego, co wyżej o stasunku wiań do bezwładu powiedziałem, prawdopodobnie *tabes* był istotną przyczyną, wywołującą bezwład, paranoia zaś przypadkowym powikłaniem.

Na zakończenie przytoczę pogląd FARRAR'a (62), zupełnie — zdaje mi się — uzasadniony, że „w charakterze bezwładu postępującego niema cech specyficznych,“ a więc, że te same czynniki, które wywołują paranoję, mogą spowodować i bezwład, i o postaci decyduje wrażliwość jednostki, wrażliwość pierwiastków nerwowych, a może obecność tych, czy innych toksyn; — zdaje się zatem, że wtórny — w ścisłym znaczeniu — rozwój bezwładu z obłąkania ogólnego nie istnieje, a znane spostrzeżenia takiego bezwładu stanowią przypadkowe powikłanie, najczęściej zaś, prawdopodobnie, mamy do czynienia z powolnie rozpoczynającym się bezwładem, w którym najpierw wystąpiły objawy umysłowe, ruchowe zaś — zapóźniają się. Wówczas na pierwszy plan występuje obraz paranoi, rozwijającej się na tle organicznego — w powszechnie przyjętem znaczeniu — porażenia, słowem, *paranoia chronica* w tym razie stanowi tylko wyraźne uwydatnione Sander'owskie *studium praemonitorium* bezwładu, mogące trwać bardzo długo, bo chociaż przeciętny czas trwania bezwładu zwykle nie przekracza 2½ — 3

lat, to jednak znamy też przypadki niewątpliwego, stwierdzonego badaniem pośmiertnem bezwładu, trwającego około 20-tu lat, tymczasem w przytoczonych spostrzeżeniach czas trwania paranoi wraz z bezwładem nie przenosił 17-tu lat (HOUGBERG), przeciętnie wynosił 11 lat, a w 5-iu przypadkach paranoia trwała zaledwie 2 do 5 lat.

Pozostaje mi jeszcze zastanowić się nad stosunkiem nerwic do bezwładu, o czem dotychczas w literaturze głucho, i nic dziwnego, bo spostrzegano, a raczej ogłaszano bardzo niewiele tego rodzaju przypadków.

O płasawicy i histeryi nie można powiedzieć więcej nad to, co już powiedziałem, streszczając odnośne przypadki,—przechodzę więc wprost do padaczki, do której najczęściej z nerwic przyłącza się bezwład.

Zmiany, przy badaniu pośmiertnem znajdowane, wskazują na to, że padaczkę raczej do organicznych, niż do czynnościowych cierpień należy zaliczyć, co już poniekąd pozwala się domyslać pewnego powinowactwa tej „nerwicy“ z bezwładem. Przemawia za tem i wiele innych względów, a więc niezwykła częstota identycznych czynników, wywołujących oba te cierpienia—jak zwyrodnienie, uraz, alkoholizm, dalej, w przebiegu tak padaczki, jak i bewładu, oprócz niedających się rozróżnić klinicznie drgawek i zawrotów (*vertigo*) spotykamy również często automatyzm, napady szału, wreszcie ogłupienie i t. d., słowem, w obu tych cierpieniach jednakowych objawów nie mało, a zatem, przypuściwszy jakąś krazę, można z łatwością dojść do wniosku, że przyczyna, sprowadzająca padaczkę, w niektórych przypadkach przez dalsze stałe i bezpośrednie działanie może wywołać bezwład, który jednakże, będąc tylko następstwem działania identycznego czynnika, nie będzie jeszcze wtórnym w ścisłym znaczeniu.

Zresztą zdania co do możliwości przejścia padaczki w bezwład są podzielone.

Największem uzdaniem w tym względzie cieszy się pogląd KRAFFT-EBING'a, który wbrew MENDEL'owi odrzuca możliwość przeistoczenia się padaczki w bezwład. TOULOUSE jest tegoż zdania i mniema, że niektóre przypadki demencji epileptycznej właściwie są przypadkami nierozpoznanej demencji paralitycznej. REGIS, w dyskusyi nad odczytem PÉON'a, mówi, że chociaż i za życia i po śmierci objawy ogłupienia epileptycznego i paralitycznego są nader do siebie podobne i łatwo w tych razach o pomyłkę dyagnostyczną,—to jednak stany te nie są identyczne, a istotne przejście padaczki w bezwład jest bardzo rzadkiem zjawiskiem. Tak samo zapatruje się na tę kwestyę i WATTENBERG, tłumacząc możliwość przeistoczenia się padaczki w bezwład hipotezą o pokrewności w obu tych cierpieniach zaburzeń przemiany materyi, mogących powstać u jednostki, *ab origine* do tego usposobionej. Jeszcze dawniej VOISIN (monog.) wypowiedział zdanie, że bezwład, przyłączający się do padaczki,—to więcej niż proste powikłanie, to bezpośrednie następstwo padaczki, a raczej skutek towarzyszący drgawkom kongestyi, jakie w wielu razach, podług poglądów owczesnych, mają stanowić pierwotną i zasadniczą przyczynę bezwładu.

racając raz jeszcze do opisanego własnego spostrzeżenia (XII) padaczki JACKSON'a, zakończonej bezwładem,—zdaje mi się, że również nie można podciągnąć o pod kategorię wtórnego.

Wyrosty kostne u paralityków zdarzają się często i mogą powstawać po prostu *ex vacuo*, jednakże w danym przypadku drgawki Jackson'owskie każą przypuszczać, że egzostoza istniała na kilkanaście lat przed wybuchem bezwładu, że zatem nie bezwład spowodował przerost i nowotworzenie się tkanki kostnej i najprawdopodobniejszym jest urazowe pochodzenie wyrostu, która następnie sąsiednią korę mózgową drażniła i uciskała. Znaczny miejscowy zanik, jakiemu uległa tkanka mózgową, zapewne nie całkowicie był następstwem bezwładu, lecz częściowo nastąpił wcześniej, właśnie skutkiem ucisku. Ale ani ucisk, ani zanik nie był przyczyną bezwładu, wiadomo bowiem, że nawet bardzo znaczne miejscowe zniszczenia kory nie prowadzą do charakteryzującej bezwład sprawy zapalnej, trudno też przypuścić, aby ją wywołały rzadko powtarzające się, krótkotrwałe napady podaczkowe i towarzyszące (?) im kongestye. Wobec tego możliwym jest tylko przypuszczenie, że pod wpływem podrażnienia nastąpiło miejscowe zapalenie, które — zwłaszcza u osoby ze zmniejszoną odpornością skutkiem przebytej psychozy — mogło się rozszerzyć i spowodować bezwład. Nie był on jednak wtórnym, nie rozwinął się bowiem z padaczki, z którą łączyła go tylko wspólność źródła, za jakie należy uważać uraz i następstwo tegoż — wyrost kostny.

Reasumując wyżej wyłożone dane, przychodzę do wniosków następujących:

1) Bezwład, rozwijający się po przebytej ostrej psychozie, pozostaje z nią w związku o tyle tylko, że ostra postać obłąkania zmniejsza odporność mózgu, a więc ułatwia wybuch cierpienia pod wpływem tych samych czynników, które zdolne są spowodować bezwład nawet bez uprzednio istniejącej psychozy. Wniosek ten stwierdzają wszystkie przypadki z dostatecznie wyjaśnioną anamnezą,

2) Rozwój bezwładu w ciągu przewlekłych psychoz zdarza się niewątpliwie, —nie można jednak stwierdzić, czy w tych przypadkach bezwład jest bezpośrednim następstwem psychozy, czy też innych czynników, uprzednio, a nawet współcześnie z psychozą istniejących, jak: znużenie, uraz, syfilis, nadużycia wszelkiego rodzaju i t. d. Alkoholizm sam przez się prawdopodobnie niewielką gra rolę w szeregu tego rodzaju bodźców.

3) Z powyższych wynika dalszy wniosek, że wtórny w ścisłym znaczeniu bezwład po psychozach nie jest dowiedziony, a pozorna następczość ogranicza się do wspólności przyczyn wywołujących, jak to ma miejsce nie tylko w psychozach, lecz także w przeważnej liczbie przypadków padaczki i innych nerwic.

4) Przy istniejącem porażeniu organicznem rdzenia, rozwijający się bezwład najczęściej jest wtórnym w ścisłym znaczeniu, gdyż, jakkolwiek nie mamy anatomicznych dowodów bezpośredniego przejścia sprawy z rdzenia na mózg, to jednak wiele danych klinicznych przemawia zatem, że wiad i wogóle każde porażenie rdzenia, stając się niewyczerpanem źródłem wzruszeń, usposabia do bezwładu, a przytem nie może być wyłączoną możliwością przerzutowego rozszenia się sprawy.

5) Przyłączający się bezwład nie zaciera w zupełności poprzednio istniejących objawów porażenia rdzenia, które też prawie zawsze daje się rozpoznać obok bezwładu.

6) Postaci obłąkania przewlekłego (*paranoia chron.*, *dementia secund.*, *alcoholismus chron.*) nadają przyłączającemu się do nich bezwładowi właściwe piętno, pozwalające niekiedy określić u paralityka poprzedzającą psychozę; to samo stosuje się do pewnych nerwic, jak padaczka i płasawica. Z tego względu możnaby do terminologii bezwładu wprowadzić liczne odmiany, jak *paral. progr. paranoïdes*, *epileptica*, *choreica* i t. d. na tej samej zasadzie, na jakiej wprowadzono określenia: *alcoholica*, *traumatica*, *ascendens* i t. p. Pożytek takiego szczegółowego mianownictwa byłby niewątpliwy, gdyby te nazwy ściśle określały etyologię danego przypadku, obecnie jednak, gdy wskazują tylko powikłanie sprawy, a w najlepszym razie—wspólność czynników i porządek rozwijania się dwóch—klinicznie rozróżnianych—cierpień, liczne te nazwy są zbytecznym bałastem, z wyjątkiem niemal równoznacznego z *paral. secundaria*—określenia *paral. ascendens resp. tabetica*.

L I T E R A T U R A.



- 1) ESQUIROL. Dict. des sciences méd. 1814. T. VIII, str. 283.
- 2) CALMEIL. De la paralysie considerée chez les aliénés. 1826.
- 3) HOESTERMANN. Ueber secundäre progressive Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1875. T. 32, str. 333.
- 4) LINKE. Ein Fall v. secundärer (tabischer) Paralyse mit aufsteigender Degeneration im Tractus antero-lateralis. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1895. Roczn. 18. T. 6, str. 529.
- 5) KRAFFT-EBING. Lehrbuch der Psychiatrie. 1897, str. 558.
- 6) CH. FOLSOM. American Journal of Insanity. 1891. Juli. Ref. w Bericht ü. d. psych. Liter. im J. 1891. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1893. T. 49. Z. 4, str. 276.
- 7) MENDEL. Die progressive Paralyse der Irren. 1880, str. 241.
- 8) NEISSER. Mittheilung über vorausgegangene Psychosen bei Paralytikern. Berl. klin. Wochenschr. 1894. Nr. 38, str. 866.
- 9) HOUGBERG. Beiträge zur Kenntniss der Aetiologie der progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1894. T. 50. Z. 3 i 4, str. 546.
- 10) COOK. An acute case of general paralysis. Eighth. annual. report of the managers of St. Lawrence state hospital for 1894. Refer. Archiw psych. [rosyj.] 1895. T. 25. Z. 3, str. 158.
- 11) BERG. Ueber die progressive Paralyse der Frauen 1891. Dissert. Bonn.
- 12) EICKHOLD. Zur Kenntniss der Dementia paralytica. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1885. T. 41, str. 41.
- 13) TERRIEN. Paralysie générale succédant a une manie existant depuis dix ans. Annal. méd.-psych. 1888. T. 7, str. 401.
- 14) E. KUNDT. Statistisch-casuistische Mittheilung zur Kenntniss der progressiven Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1894. T. 50. Z. 1 i 2, str. 258.
- 15) GROSS [Heldelberg]. Ueber die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1896. T. 52. Z. 6, str. 1156.
- 16) M. A. FOVILLE. Idées de grandeurs généralisées. Altération accidentelle de la motilité. Persistance de mêmes accidents depuis dix-sept ans. Présomption de folie paralytique. Annal. méd. psych. 1881. T. 6. Lipiec. Str. 74.

- 17) KUNDT. Dissert. 1894. Würzburg. Refer. Virchow-Hirsch Jahresbericht. 1894. II str. 259.
- 18) PŁATONOW. K woprosu o progressiwnom paralizie pomieszanych i jowo lecenii u sifilitikow. Arch. Psychj. etc. 1892. T. 19. Z. 1, str. 1.
- 19) M. BAUME. Quelques matériaux apportés à la médecine légale des aliénés. Annal. méd.-psych. 1881. T. 6. Wrzesień. Str. 274. Spoztrz. III.
- 20) W. SOMMER [Allenberg]. Tabes mit Paranoia u. terminaler Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1886. T. 42. Z. 4, str. 303.
- 21) MEYNERT. Paralysis universalis progressiva. Odczyty klin. Gaz. Lek., str. 16.
- 22) RICHTER. Dementia paralytica als Complication einer Paranoia hallucinatoria chron. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1898. T. 55. Z. 1.
- 23) MOREL. Traité de maladies mentales. 1860, str. 584.
- 24) M. J. CHRISTIAN. Paralyse générale chez un imbécille. Ann. méd.-psych. 1881. T. 5. Nr. 1, str. 61.
- 25) ARNAUD. Deux cas de paralysie générale avec autopsie chez des imbécilles. Ann. méd.-psych. 1888. T. 8, str. 383.
- 26) CULLERE. Paralyse générale chez une imbécille. Ann. méd.-psych. 1899. LVII. Nr. 2.
- 27) L. CAPPELLETTI. La demenza paralytica negli imbecilli. Rivista sperimentale di Freniatria. 1897. T. 23, str. 644.
- 28) SIGHICELLI. Archivio italiano per le malattie nervose. 1887. T. 24, str. 486.
- 29) M. J. NOLAN. Syphilitic General Paralysis. Journal of Mental Science. 1893. April. T. 39. Nr. 165, str. 217. Ref. Ann. méd.-psych. 1896. T. 4, str. 113.
- 30) VAN DEVENTER en BENDERS. Twee gevallen van Dementia paralytica, na de inwerking van een trauma capitis op den leeftijd respectievelijk van 9 en van 11 jaar opgetreden. Psych. en neurol. Bladen. T. 2, str. 118. Ref. Jahresbericht der Neur. u. Psych. MENDEL'a. 1898, str. 1223, oraz Allg. Z. f. Ps. T. 56. Bericht za 1898, str. 194.
- 31) ASCHER. Beitrag zur Kenntniss der Verlaufs u. der Aetiologie der allgemeinen Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1890. T. 46. Z. 1, str. 1.
- 32) KAES. Beiträge zur Aetiologie der allgemein. statistischen Bemerkungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1892. T. 49. Z. 5, str. 647.
- 33) WOLLENBERG. Statistisches u. klinisches zur Kenntniss der paralytischen Geistesstörung beim weiblichen Geschlecht. Arch. f. Psych. 1894. T. 26. Z. 2, str. 472.
- 34) BONDURANT. The alienist and Neurologist. 1896. Juli. Ref. Ein. Fall chronischer Chorea eines Erwachsenen mit der allgemeinen Paralyse ähnlichen pathologischen Veränderungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. T. 54. Bericht. im J. 1896, str. 133.
- 35) VALLON et MARIE. Sprawozdanie ze zjazdu psychiatrów i neurologów francuskich w Clermont-Ferrand w sierpniu 1894 r. Arch. Psych. 1895.
- 36) A. LJUBUSZIN. Organiczeskoe słaboumje u istiericzskoj ženszeczyuy. Obozrjenje Psychiatrii etc. 1899, str. 694.
- 37) REY. Note sur la paralysie générale chez la femme, de l'hysterie chez les femmes atteintes de paralysie générale. Ann. méd.-psych. 1885. II, str. 434.
- 38) BURLUREAUX. Considération sur le siège, la nature, les causes de la folie paralytique. Paris. Thèse. 1874, str. 71.
- 39) BOURNEVILLE. Archives de Neurologie. T. 1.
- 40) W. SULLIVAN. The Journal of mental science. 1896. Juli. Ref. Mittheilung eines Falles allgemeiner Paralyse mit auffälligen sensorischen Symptomen. Allg. Zeitschr. f. Psych. T. 54. Bericht. za 1896 r.
- 41) TOULOUSE. Paralyse générale juvénile et épilepsie. Ann. méd. psych. 1899. Wrzesień-październik.
- 42) PÉON. Contribution à l'étude des rapports ante et post mortem de l'épilepsie et de la paralysie générale. 1898. IX Zjazd psych. i neur. franc. w Angers. Rev. neurolog. 1898. T. 6. Nr. 16. Médec. mod. T. IX, str. 493 i Arch. de neurol. 1898, str. 328.
- 43) M. TERRIEN. Traumatisme, épilepsie et paralysie générale. Ann. méd. psych. 1898. T. 8,

- 44) O. WATTENBERG [Lübeck]. Ueber einen Fall von genuiner Epilepsie mit sich daran anschliessender Dementia paralytica. Arch. f. Psych. 1899. T. 32. Z. 3, str. 768.
- 45) WESTPHAL. Anfälle von larvirter Epilepsie lange Zeit der allgem. Paralyse vorhergehend. Berlin klin. Wochenschr. 1877.
- 46) GUDER. Reflexepilepsie mit Dementia u. paralytischen Symptomen. Beseitigung der Anfälle durch Amputation des narbigen Fingers. Allg. Zeitschr. f. Ps. 1890. T. 46. Z. 5, str. 497.
- 47) THOMSEN. Die traumatischen Neurosen. Berlin. 1889. Spoztrz. 33, str. 81.
- 48) SERIEUX. Les hallucinations motrices verbales dans la paralysie générale. Gaz. hebdom. 1898. 19. VI.
- 49) NEISSER. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1895. Z. 5.
- 50) SCHUSTER. Neurolog. Centralblatt. 1895. Nr. 17.
- 51) RIEBETH. München. med. Wochenschr. 1895. Nr. 37.
- 52) MANN. Allg. Zeitschr. f. Ps. 1897. T. 53. Z. 2.
- 53) SCHÜLE. Sectionsergebnisse bei Geisteskranken. Str. 154.
- 54) CHARCOT. La Semaine médicale. 1892. Nr. 5.
- 55) LJUBIMOW. Archiw Psych. [rosyjski]. 1895. T. 25. Z. 1, str. 76.
- 56) GIANELLI. Rivista sperimentale di Freniatria. 1896. T. 22. Z. 1.
- 57) KRAFFT-EBING. Ueber die klinische differentielle Diagnose zwischen der durch Periencephalomeningitis diffusa chronica bedingten Dementia paralytica u. dem. durch andere Gehirnkrankungen hervorgerufenen Irresein mit Lähmung. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1866. T. 23. Z. 3, str. 181.
- 58) SCHÜLE. Beiträge zur Kenntniss der Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1875. T. 32. Z. 6, str. 581.
- 59) Ten ǳ e. Statistische Ergebnisse aus 100 Fällen von. progressiver Paralyse. Jahrb. f. Psych. 1902. Festschrift z. Feier Freiherrn v. KRAFFT-EBING. Str. 17.
- 60) KRAEPELIN. Ueber Delirium tremens-artige Zustände bei Paralysis. Neurol. Cblatt. 1896. Nr. 14, str. 669.
- 61) Ten ǳ e. Psychiatrie. 1899. T. 2, str. 91 i 263.
- 62) FARRAR. On the clinical and pathological Relations of General Paralysis. The Journal of mental science 1895. T. 41. Nr. 174. July, str. 460.
- 63) Z pracą JOFFEY i GOMBAULT: Par. gén. progr. chez un sujet ayant présenté dix-huit ans auparavant du délire de persécution etc. [Zjazd międzynarodowy w Paryżu] zapoznać się nie mogłem.

ODCINEK.

W sprawie instytucyi babek wiejskich.

W numerze 73-im Gazety Polskiej dr WACŁAW PAWŁOWSKI w liście ze Sławatycz wystąpił z szeregiem ciężkich jakoby zarzutów przeciwko instytucji babek wiejskich. Twierdzi on, że „babki w rzeczywistości nic nie umieją, a eo ipso i robić nic nie mogą”, że jednak „są głuche na żądanie lekarzy, aby ograniczały swe badanie położnic do *minimum*”. Przeciwnie, „są wymagające i śmiałe do tego stopnia, że biorą się do rękoczynów, nie wchodzących w zakres ich działalności”. „A jako bez wykształcenia i rzeczywistej wiedzy specjalnej,

nie mogą wpoić w lud dobrych zasad, tyjących się ich fachu". „Jako ciemnota i niedouczeni, zabierają chleb akuszerkom wykształconym, a zatem tamują rozwój racjonalnej pomocy akuszerskiej na prowincyi". Jednem słowem, babki wiejskie są nadzwyczaj szkodliwe i dlatego wcale nie należy żałować, że istniejąca dotychczas szkoła babek w Warszawie, została zamknięta". „Pożądanem jest natomiast, aby w Warszawie dla dobra kraju istniał instytut akuszerski dla kobiet ze średnim wykształceniem, skądby rozchodziły się jak najliczniej akuszeryki inteligentne, gruntownie znające swój fach a lud nasz prędko oceniłby ich rzeczywistą wartość i mielibyśmy zastęp produkcyjnych pracownic, a nie figurantek, jakimi są babki, nie mające należytego wzięcia u ludu naszego". Oto, jak się przedstawiają zarzuty dra P. i jakie ma żądania autor listu.

Żałować trzeba, że właśnie dopiero teraz, gdy siłą konieczności szkoła babek wiejskich istnieć przestaje, odezwał się głos ostrej krytyki jej wieloletniej działalności. Szkoła istniała przez 44 lata; przez cały ten przeciąg czasu ani razu nie zasłużyła na publiczną nagane, przeciwnie—pochwałami ją darzono, a często słyszeć się dawały utyskiwania, że liczba babek, jaką szkoła może w ciągu roku przygotować, nie odpowiada zupełnie zapotrzebowaniu wsi naszych. Dlatego też nawet podjęcie przez Wydział higieny ludowej w T. H. W. przed kilku laty sprawy pomocy akuszerskiej po wsiach i miasteczkach, miało właśnie na celu wynalezienie sposobów powiększenia z każdym rokiem malejącej liczby babek wiejskich, z jednej strony przez zachęcanie kobiet wiejskich do poświęcenia się zawodowi „babienia", z drugiej zaś przez powiększenie liczby uczelni, przygotowujących do zawodu babki wiejskiej. Wynikiem tych starań było utworzenie przy przytułkach położniczych warszawskich takich właśnie uczelni. Świeżo zaś, gdy byt szkoły został zagrożony, odezwały się natychmiast liczne zewsząd protesty, dowodzące rzetelnej pożyteczności babek wiejskich dla ludu naszego i szkody niepowetowanej, gdyby szkoła babek wiejskich istnieć przestała.

Wobec więc głosu opinii powszechnej, głos dra PAWŁOWSKIEGO razi rozdzwiekiem, raz też przesadą i niekonsekwencyą. W jednym miejscu mówi dr P., że babki wiejskie są szkodliwe, bo biorą się do rękoczynów niedozwolonych, a nieco dalej powiada, że są przy porodzie tylko figurantkami, czyli, że szkodzą swą bezczynnością. Gdzież tu więc prawda? Dla zaradzenia złemu chciałby, aby zamiast szkoły babek wiejskich istniał w Warszawie instytut akuszerski dla kobiet ze średnim wykształceniem; zapominał więc, że instytut taki już od 100-tu lat istnieje w Warszawie i wypuszcza rok rocznie akuszeryki „inteligentne". Cóż z tego jednak, kiedy kobiety te, po ukończeniu szkoły osiadają na praktykę w miastach a o wsi słyszeć nie chcą. I czy można się dziwić, że jako przeważnie mieszczerki, nie mogą przywyknąć do życia na wsi i do ludu wiejskiego, którego potrzeb nie rozumieją, że przywykłe do lepszego bądź co bądź bytu, nie mogą zadowalać się nędznym zarobkiem [najwyżej 50—60-ru blami rocznie; takim jednak zarobkiem zadowalała się babka wiejska]. A zresztą w ostatnim dziesiątku lat z uczennicami pochodzenia polskiego coraz rzadziej w Instytucie położniczym spotkać się można było; w ostatnich zaś latach doszło już do tego, że zaledwie kilka polek w ciągu roku studjuje akuszerkę, resztę uczennic Instytutu stanowią żywioły obce, które po ukończeniu szkoły po największej części powracają, skąd przyszły. Z nich więc kraj nasz żadnego nie ma pożytku. Nasze zaś kobiety ze średniej klasy społecznej—o czem wspomina i dr P.—czują wstręt do zajęć akuszerskich; wstręt ten może z czasem da się przezwyciężyć, tymczasem jednak z tego powodu brak wielki u nas w kraju akuszerok-polek, brak nawet po miastach, a cóż dopiero mówić o wsiach. Więc wsi nasze pozostawałyby zupełnie bez pomocy akuszerskiej, gdyby nie babki wiejskie z ludu pochodzące, tak potępione przez dra PAWŁOWSKIEGO, a które powróciwszy na wieś po ukończeniu szkoły swojej, stają się niezbędne kobietom wiejskim w najcięższych chwilach ich życia. Zapewne, że w przypad-

kach nieprawidłowych babka wiejska radzić sobie nie potrafi, ale prędzej od baby-wolonterki na nieprawidłowości się pozna i częściej przez polecenie zawezwania lekarza lub akuszerki z blizkiego miasteczka, rodzącej dopomoże. Na szczęście przypadki nieprawidłowe po wsiach, jak i wszędzie zresztą, są o wiele rzadsze niż prawidłowe porody, przy których niepotrzebna pomoc lekarza, lecz potrzeba pomocy kobiety, która potrafi wzbudzić ku sobie zaufanie rodzącej, która umie płód i miejsce odebrać i zaopiekować się matką i dziećciem w pierwszych chwilach po porodzie. Zapewne, że znajdą się i po wsiach babki-nieuki i babki-szarlatanki, ale takich chyba więcej między tak zwanymi wolonterkami, które podobało się autorowi listu postawić pod względem wartości prawie na równi z babkami wiejskimi. Starsze babki, które przed kilkudziesięciu laty uczęszczały do szkoły, nie są naturalnie zaprawione do tej czystości, jakiej się obecnie przy porodzie wymaga, ale pod tym względem nie są gorsze od starszych akuszerok. W każdym razie babka wiejska jest mniej szkodliwa, aniżeli wolonterka, gdyż jest ostrożniejsza, coś przynajmniej zasłyszła w szkole o niebezpieczeństwie zakażenia i środkach zapobiegawczych i, co najważniejsze, jest bardziej świadoma swej odpowiedzialności, aniżeli pierwsza lepsza baba-znachorka ze wsi.

Z tego wszystkiego wynika, że nie można w czambuł potępiać instytucji babek wiejskich, ani tembardziej nie należy radować się z zamknięcia szkoły. Nie idzie zatem, aby w instytucji babek wiejskich nie było już nic do poprawienia: z postępem czasu i nauki i tu reforma, dążąca do podniesienia poziomu wiedzy babek wiejskich, znalazłaby grunt odpowiedni, ale w zasadzie przyznać trzeba, że, jak na teraz, pożytecznej tej dla ludu instytucji nie zastąpi świeżo zreformowana szkoła akuszerok, gdyż wychowanki jej, nawet niższego oddziału, nigdy ani nie zechcą pracować wśród ludu naszego, ani też nie potrafią zjednać sobie jego zaufania.

M. Zwejgbaum.

Przyp. Red. Podzielając najzupełniej poglądy powyższe, śpieszymy z pożądaną wiadomością, że w ostatniej chwili Rada Miejska z tych samych powodów postanowiła prosić o pozostawienie i nadal szkoły babek wiejskich przy Instytucji położniczym na obecnych warunkach.

O G Ł O S Z E N I A.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości że w dniu 21-ym kwietnia r. b., jako w rocznicę śmierci ś p. Doktorowej Zenobii Sokolowskiej, z procentu od funduszu wieczystego jej imienia udzielone będzie wsparcie w kwocie rub. 200, ubogiej wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, mającej dzieci w wieku szkolnym, z pierwszeństwem dla wdów po ordynatorach szpitali cywilnych w Warszawie lub w guberniach Królestwa Polskiego. Prośby wnoszone być mogą: w Warszawie do Zarzą-

dającego Kasą Wsparcia [ulica Niecała № 7], na prowincyi zaś, w guberniach kraju do PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych lub ich Zastępców — najpóźniej do dnia 15-go kwietnia r. b. z załączeniem poświadczeń 3-ch członków Kasy Wsparcia o kwalifikacyi kandydatki. Szczegółowe objaśnienia udzielane są w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała № 7) oraz w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych w kraju tutejszym.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu *Dr M. Jakowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu dra JANA BĄCEWICZA udzielone być mają w dniu 24-ym czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5-iu niezamożnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach i innych wyznań, każdej wdowie po rb. 81. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15-go czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacye w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała № 7]; na prowincyi zaś — w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych [w guberniach Królestwa Polskiego].

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu *Dr M. Jakowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu dra FELIKSA JABŁONOWSKIEGO wakuje wsparcie rub. 283 za rok 1903 przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nieszczyćcie, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania prośb na imię Komitetu Kasy Wsparcia [ul. Niecała № 7] oznacza się termin do dnia 15-go czerwca r. b. Przy prośbie złożyć należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3-ch lekarzy — członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem rzeczzonego wsparcia. Lekarze na prowincyi zamieszkali przesłać winni prośby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce P. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego, lub Zastępcy Inspektora w interesach Kasy Wsparcia.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu *Dr M. Jakowski.*

FABRYKA CHEMICZNA VON HEIDEN RADEBEUL-DREZNO.

COLLARGOLUM

maść (Unguentum Credé) do wcierań, w septycznych.

rozpuszczalne w wodzie połączenie srebra Credé'go, wskazane przy zapaleniach naczyń chłonnych, flegmonach, wszystkich chorobach septycznych (czystych i mieszanych). Stosuje się jako roztworze do wstrzykiwań żylnych przy sprawach

ITROL

silny środek antyseptyczny, niedrażniący, pozbawiony zapachu, nietrujący preparat srebra do leczenia ran według Credé'go, do leczenia chorób oczów, chorób pęcherza i chorób narządów płciowych. Najtańszy przetwór srebra do leczenia rzeżączki

ACOINMiejscowy środek znieczulający w chirurgii, okulistyce i operacjach dentystycznych, **długotrwałe znieczulenie**. Jedyne środki przydatne do bolesnych wstrzykiwań podskórnych.**HYRGOL**

Hydrargyrum coloidale, łagodny przyjemny środek przeciwsyfilityczny, służy do przygotowania delikatnej 10%-ej koloidalnej maści rtęciowej. Xeroform (doskonały środek zastępujący jodoform), Hexamethylentetramin, Diatcylmorphinum hydrochloricum, Kwas acetylosalicylowy — Solveol.

Próby i wyciągi z literatury udziela gratis Fabryka chemiczna Heyden'a w Radebeul pod Dreznem lub przedstawiciel na Królestwo Pol. LUDWIK FREIDER, Warszawa, Leszno 60.

MATTONIEGO

GISSHÜBLERnaturalna
alkaliczna

SZCZAWA ZDROJOWA

stosowaną bywa z bardzo dobrym skutkiem:

W chorobach dróg oddechowych,

Nieżycie oskrzeli, nieżytych szczytowych, początkowych naciekach, zapaleniach płuc i opłucnej (w powyższych przypadłościach pije się wodę, Giesshübler z mlekiem).

W chorobach nerek i pęcherza,

Następnie nadaje się woda ta znakomicie jako środek wspomagający przy kuracyi w Karlsbadzie, Marienbadzie, Francensbadzie, Cieplicach itp. wreszcie używanie jej wskazanem jest w czasie

pojawienia się epidemii

kiedy należy uważać, aby woda zwyczajna do picia nie była zakażona zarazkami epidemicznymi.

W chorobach dziecięcych,

przyznawali pierwszeństwo wodzie Giesshübler znakomici lekarze tych chorób jak profesorowie Loscher, Mauthner, Epstein Ganghofer i inni. Dostać można we wszystkich składach wód mineralnych i w aptekach.

NAŁĘCZÓWZakład leczniczy dla chorych z chorobami **wewnętrznymi** (z wyłączeniem gruźlicy i zakaźnych) i **nerwowymi** (z wyłączeniem umysłowych). W sezonie zimowym ceny **zniżone** (utrzymanie wraz z leczeniem od 3 rb. 50 kop. dziennie).

Szczegółowe prospekty na żądanie gratis i franco.

Dyrektor Dr A. Puławski,

Lekarz zakładu Dr B. Małowski.

BIEDEM ZŁOTYCH MEDALI

CHINA-FOSFAT LAROCHE'A

— ELIKSIR WINNY —

ŚRODEK PÓBUDZAJĄCY, WZMACNIAJĄCY I ANTYTERMICZNY.

Zawierający wszystkie czynne składowe części trzech gatunków chinu (zółtej, czerwonej i szarej) w połączeniu z fosfatami ziem i sody.

China-Laroche'a, odznaczająca się swym przyjemnym smakiem, przewyższa wszystkie inne chinowe Wina Syropy. Po zatem połączenie fosfatów z em i sody z chiną odpowiada znakomicie celowi, gdy wskazana jest kuracja wzmacniająca.

Koła, którą fosfor odgrywa w ogólnem odżywianiu komórek i w rozwoju kości, jest tak wielką, iż powinno się zalecać CHINĘ LAROCHE'a za każdym razem gdy to odżywianie organizmu jest niedostatecznem.

Powinno się ją zalecać podczas Rekonwalescencji, w Anemii, w Rachityzmie, w razach zaburzeń wywołanych szybkim wzrostem. W chorobach pierśiowych dopomaga ten środek w zwalczaniu, zwykłej w tych chorobach, utraty soli mineralnych.

Jest to wszechpotężny środek w walce z Wycieńczeniem, z Brakiem apetytu, z Gorączką i t. d.

SPRZEDAJE SIĘ WE WSZYSTKICH APTEKACH.

CLIN COMAR 20. rue des Fossés-Saint-Jacques. — Paris. 890

Pigułki Cascara Midy.

Każda pigułka zawiera po 0,12 wodno-spirytusowego ekstraktu z promieni mlecza drzewnego, łubu z zewnętrznych warstw kory Cascara Sagrada, specjalnym naszym sposobem (1864) oczyszczonej z znajdującego się w niej oleju (substancji ostrej i podrażniającej) i po 0,10 świeżego proszku.

Zalecane przy zwykłej obstrukcji i towarzyszącym jej zaburzeniach. Pigułki Cascara

Midy mogą być przepisywane mamkom i kobietom ciężarnym.

SPOSÓB UŻYCIA: przyjmowanie 2—3 pigułek przy kolacji lub przed udaniem się na spoczynek jest dostatecznem dla wywołania codziennego wypróżnienia.

Nie wywołuje ani bólów ani biegunki.

Żądać podpisu L. Midy. Apteka Midy, istniejąca od r. 1828, Faubourg St. Honoré 113 w Paryżu.

Sprzedają się w Rosyi w znaczniejszych aptekach i składach materiałów aptecznych.

„Jeneralny agent: Henryk Mendelssohn w Warszawie“.



MAGISTRA A. BUKOWSKIEGO

Apteka i Pracownia Chemiczna

Marszałkowska Nr. 54. Telefonu 1319.

poleca

Marmurowe mydło Schleicha,

niezbędne dla p.p. Chirurgów i Ginekologów. Funt. 35 kop.

Adrenalinum purum i hydrochloric. sol.

Parke, Davis et Co.

Sol. Adrenalini glicer. w ampulkach

po 2 ctm. sześć.

Ampulles Cacodyliques

Nr 1 — 5%. Nr 2 — 7,5%. Nr 3 — 10%. Wyjałowiony roztwór Kakodylanu sodowego w cylindrycznych pomarańczowych ampulkach zawartości 1,5 ctsz.m.



QUINIUM LABARRAQUE

Wino toniczne. Środek przeciw febrze i ułatwiający trawienie.

Ścisłe tytrowane i dozowane. Zawiera wszystkie własności lecznicze, chinu 3 gr. pierwiastków tonicznych i 1,5 gr. alkaloidów w litrze)

DAWKĄ: kieliszek od likieru przed lub po jedzeniu.

We wszystkich aptekach. Dom handlowy L. Frere (A. Champigny et C-ie) 19 rue Jacob w Paryżu.

Na składzie posiadają: Warszawskie Towarzystwo handlu towarami aptecznymi (Ludwik Spiess i Syn) Plac Teatralny. L. Mrozowski skład materiałów aptecznych, ul. Miodowa Nr 8. Towarzystwo przetworów chemicznych i aptecznych (Henryk Welt) Przejazd Nr. 5. Apteka K. Wendy, ul. Krak. Przedm. Nr. 45. Wacław Różycki, skład materiałów aptecznych, ul. Krak. Przedm. Nr. 17. Emil Skomorowski, skład materiałów aptecznych, ul. Długa Nr. 27.

KROWIANKA ✱ ospa ochronna ✱

Daniłowiczowska 8. Telefon 528.

Inst. D-ra TCHÓRZNICKIEGO

Lekarz potrzebny.

Do zakładu hydropatycznego w Chojnach pod Łodzią natychmiastowo potrzebny doświadczony lekarz.—Bliższe wiadomości udziela p. Jan Zimmermann, Łódź, ulica Piotrkowska Nr. 158.