

GAZETA LEKARSKA

I. O DRŻENIU HISTERYCZNYM (*tremor hystericus*).

Napisał

Władysław Gajkiewicz,

ordynator oddziału nerwowego w szpitalu Starozakonnych w Warszawie.

Opierając się na własnem doświadczeniu, możemy powiedzieć, iż drżenie jest objawem często napotykanym w przebiegu histeryi. Zazwyczaj jest ono słabego natężenia, więcej uczuwalnem przez chorego, niż widzialnem. Chorzy skarżą się wtedy na uczucie przemijające — jak się wyrażają — dreszczu, któremu nieraz tak małe przypisują znaczenie, iż wspominają o niem wtedy dopiero, gdy się ich specjalnie o to pyta. Niekiedy jednak drżenie nabiera silnego natężenia, dominuje nad innemi objawami i jest nawet najwybitniejszą przypadłością chorobową, a trwając długo może maskować inne oznaki histeryi i symulować cierpienia organiczne ośrodków nerwowych lub nerwice, cechujące się drżeniem.

Drżenie w histeryi znanem było i dawnym lekarzom, na dowód czego GILLES DE LA TOURETTE ¹⁾ cytuje CH. LEPOIS'a [1618], CARRÉ DE MONTGERON'a [1729 — znanego apologistę cudów dokonanych na grobie dyjakona Pâris], I. FRANK'a [1821], wreszcie BRIQUET'a, autora do niedawna najlepszego dzieła o histeryi ²⁾, który na str. 478 mówi: „*le tremblement se rencontre assez fréquemment chez les hystériques*“. W nowszych czasach pojedyncze przypadki opisali: HOMOLLE ³⁾, CHAMBARD ⁴⁾ ORMEROD ⁵⁾, i inni. Baczniejszą jednak uwagę na objaw ten histeryi zwrócono dopiero przed kilku laty, a mianowicie od czasu prac: RENDU ⁶⁾, PITRES'a ⁷⁾, DUTIL'a ⁸⁾, i CHARCOT'a ⁹⁾.

¹⁾ Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris. 1891.

²⁾ Traité de l'hystérie. Paris. 1859.

³⁾ Hémianesthésie hystérique anormale avec contracture et tremblement du membre inférieur. Progrès médical. 1879.

⁴⁾ Hémichorée et hémitremblement hystérique. L'Encephale 1881.

⁵⁾ British med. journal. 1887.

⁶⁾ Société médicale des hôpitaux de Paris. 19 Avril 1889.

⁷⁾ Leçons sur le tremblement hystérique. Progrès méd. Septembre 1889 i w Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme. Paris. 1891.

⁸⁾ Contribution à l'étude clinique des tremblements hystériques. Paris. 1891.

⁹⁾ Des tremblements hystériques, w Clinique des maladies du système nerveux. Paris. 1892.

i zięki tym pracom, możemy obecnie powiedzieć, iż drżenie w histeryi nie odznacza się niczem szczególnem, sobie tylko właściwem, po którem możnaby je rozpoznać i od innych drżeń odróżnić, a dalej, iż nie może być mowy „o drżeniu“ lecz o „drżeniach histerycznych“, gdyż między drżeniami, spotykanymi w histeryi, należy wyróżnić kilka typów, różnych od siebie, a podobnych do drżenia właściwego różnym cierpieniom nerwowym. I pod tym więc względem, jak i pod wielu innymi, histeryja może symulować cierpienia nerwowe, bądź organiczne, bądź nerwice, cechujące się między innymi objawami i drżeniem. Na tę mnogość form drżenia histerycznego i podobieństwo do różnych cierpień nerwowych pierwszy zwrócił uwagę RENDU, a późniejsze spostrzeżenia najzupełniej stwierdziły słuszność jego poglądów.

Drżenia histeryczne, jak w ogóle wszystkie drżenia, można podzielić na 2 kategorie. Do 1-ej należą drżenia, występujące w spokoju i na które ruchy dowolne nie mają żadnego lub mały wpływ. Do 2-ej zaś, drżenia pojawiające się lub przynajmniej zwiększające się przy ruchach dowolnych. Zależnie od szybkości drżenia, od ilości drgań mięśni na sekundę, w kategorii pierwszej można wyróżnić 2 grupy: a) drżenia powolne, tak zwane oscylacyjne (*tremblement oscillatoire*), gdy mięsień drga na sekundę 3—4 razy; prototypem ich jest drżenie charakteryzujące *paralysis agitans*; b) drżenia szybkie, dochodzące 8—10 na sekundę; spotyka się je w chorobie BASEDOW'a, alkoholizmie i w *paralysis generalis progressiva*. Drżenia drugiej kategorii podzielić się dają także na 2 grupy: a) na pojawiające się wyłącznie przy ruchach dowolnych (*tremblement intentionnel*), a typem ich jest drżenie w *sclerosis multilocularis*, b) drżenia istniejące w spokoju, a tylko powiększające się przy ruchach dowolnych, jak np. drżenie w otruciu rtęcią.

Drżenia histeryczne odznaczają się tem, iż naśladować mogą wszystkie wymienione w 2 kategoriach postacie, a nadto, że u jednego i tego samego chorego w bardzo niedługim przeciągu czasu [czasem w ciągu nawet kilku minut] drżenie ma cechy, które każą je zaliczyć to do kategorii pierwszej, to znów do kategorii drugiej. Drżenie histeryczne, badane sposobem graficznym, wykazuje, iż jest rytmiczne [czem się różni od płasawicy], iż amplituda drgań u tego samego chorego, w danej jednostce czasu, jest zawsze jednakowa i stałego kierunku, lecz może być różną u różnych chorych i w różnych jednostkach czasu. Różną może być nadto, jak to wyżej powiedzieliśmy, częstość drgań na sekundę [4—10].

Za przykładem RENDU i PITRES'a, między drżeniami histerycznymi odróżniamy 3 główne postacie:

1) Drżenie wibracyjne (*tremblement vibratoire*—PITRES) o drganiach bardzo małych, drobnych, jednostajnych, szybko się powtarzających [8—10 razy na sekundę]. Jest ono zwykle przemijającym, rzadziej przewlekłym, a wtedy przypomina drżenie występujące w chorobie BASEDOW'a. Może ono atakować wszystkie mięśnie, najczęściej jednak ogranicza się do mięśni kończyn, zwłaszcza górnych; jeśli zaś rozszerzy się i na mięśnie twarzy i warg, to wpływa na zmianę mowy i może być błędnie wzięte za objaw porażenia ogólnego postępowego. zwłaszcza iż badanie graficzne nie wykazuje żadnej różnicy między nim

a drżeniem w porażeniu ogólnem postępowem i w chorobie BASEDOW'a. Drżenie vibracyjne istnieje zwykle w spokoju, ginie we śnie, zwiększa się po wrażeniach moralnych. Niekiedy jest tak słabe, iż nie przeszkadza w używaniu kończyn i może być łatwo przeoczonem.

2) *Tremblement trépidatoire*, należy do najczęściej napotykaných. Co do ilości drgań na sekundę, należy ono do typu średniego [$5\frac{1}{2}$ — $7\frac{1}{2}$]. Zwykle jest umiejscowione w jednej kończynie, wedle PRRES'a, częściej w dolnej; w naszych przypadkach spotykaliśmy je częściej w kończynie górnej. Jest to rytmiczne naprzemian zginanie i prostowanie ręki, rzadziej przedramienia; często występują także ruchy nawrotne i wywrotne, a najczęściej raz jeden, drugi raz drugie. Palce rąk i nóg nie biorą udziału w drżeniu. Ustaje ono niekiedy przy ruchach dowolnych, innym znów razem pojawia się przeciwnie tylko przy ruchach dowolnych.

3) Najradszem jest *tremblement intentionnel*, to jest drżenie historyczne, występujące wyłącznie przy ruchach dowolnych, podczas gdy w spokoju, przy leżeniu, drżenia nie ma. Jak łatwo zrozumieć, drżenie takie uniemożliwia wszystkie zajęcia życia codziennego, stawiając chorego w niemożności posiłkowania się kończynami. Drżenie to przybiera czasami typ remitujący (*tremblement intentionnel rémittent, s. à type Rendu*), ztąd powyżej opisaną postać zowią *t. intentionnel pur, s. à type PITRES*.

Drżenie historyczne może być ogólne, t. j. dotyka wszystkich 4 kończyn, lub—co częściej— umiejscowione bywa do niektórych z nich (*forme généralisée, hémiplégique, paraplégique, monoplégique*). Którakolwiek istnieje z tych postaci, to jednak nie wszystkie mięśnie ulegają drżeniu. W kończynach górnych drżą zwykle mięśnie zginacze i wyprostne ręki, a także nawrotne i wywrotne przedramienia, rzadziej mięśnie poruszające staw łokciowy, gdy tymczasem mięśnie barku i palców nie drżą nigdy. W kończynach dolnych zaś najczęściej mięśnie poruszające stopą. Głowa, twarz, wargi, język drgają rzadko. Powieki często. Każda ze wzmiankowanych postaci może trwać stale przez cały czas choroby lub kolejno zmieniać się z inną. W jednym z naszych przypadków poniżej opisanych drżenie historyczne podczas istniejącego zdenerwowania chorej występowało we wszystkich 4 kończynach, a gdy chora była spokojniejszą, drgały tylko kończyny górne (*forme diplégique*), rzadziej górna i dolna z jednej strony (*forme hémiplégique*), a najstalej drgała tylko kończyna górna prawa (*f. monoplégique*).

Drżenie historyczne rzadko zaczyna się powoli, nieznacznie, bez widocznego powodu, tak, iż chory nie może oznaczyć czasu pojawienia się go; zazwyczaj występuje ono nagle, po napadzie historycznym, po silnem wrażeniu fizycznym lub moralnem [trauma, przestrasz, gniew, zmartwienie i t. p.]. Nie zawsze trwa ono ciągle, najczęściej przychodzi napadami, t. j. powraca od czasu do czasu, przy podziałaniu nowych przyczyn. U kobiet, powraca lub zwiększa się w czasie miesiączkowania.

Natężenie drżenia, jak powiedzieliśmy na początku, bywa rozmaite. Czasem jest ono tak lekkie, iż zaledwie jest widzialnem, a dla uwidocznienia go, potrzeba ustawić ręce i nogi w odpowiedniem położeniu, najlepiej kazać złożyć ręce jak do modlitwy, a kończyny dolne wyciągnąć i nieco unieść. Przy tym

stopniu napięcia, drżenie nie przeszkadza choremu wykonywać zwykłych zajęć, a ręka lekarza, położona na kończynach, doznaje wrażenia, jakie wywołuje dotknięcie struny naciągniętej i drgającej. Innym znów razem drżenie jest bardzo silne, czyni chorego niezdolnym do wszelkiego zajęcia; gdy drżą kończyny górne, nie jest on w stanie sam jeść, czesać się, ubierać się i t. p., a przy drżeniu kończyn dolnych skazanym on jest na ciągłe leżenie lub siedzenie.

Drżenie histeryczne, raz pojawiwszy się, może trwać rozmaicie długi przeciąg czasu. U niektórych chorych znika ono po kilku godzinach, a najwyżej kilku dniach, u innych trwa całe tygodnie, a nawet miesiące, u innych wreszcie całe lata, tak, iż zostaje stałym objawem. U 1 z chorych PITRES'a drżenie istniało od 7 lat, u drugiego od 10 lat. Wobec tego rodzi się nawet pytanie, czy nie jeden przypadek uważany za porażenie drżenne (*paralysis agitans*) lub starcze (*tremor senilis*) *de causa psychica* powstały, nie jest drżeniem histerycznym. Chociaż drżenie histeryczne, jak i wiele innych objawów histerycznych, cechuje się niestałością, to jednak niezawsze ma to miejsce, skoro może trwać całe lata. Zdaniem CHARCOT'a, uporczywość ta właściwą jest zwłaszcza histeryi u mężczyzn i to z klasy robotniczej. „*La ténacité des accidents de l'hystérie mâle, surtout chez les sujets de la classe ouvrière, est avec raison devenue proverbiale*“ [CHARCOT]. Napotykanie przez nas drżenie histeryczne najczęściej przypominało *paralysis agitans*. Było ono powolne, odbywało się przeważnie, jeśli nie wyłącznie, w spokoju, przy ruchach dowolnych ustawało, a przynajmniej nie zwiększało się. Pomieszać drżenie histeryczne z drżeniem, zależnem od *paralysis agitans*, tem jest łatwiej, im osobnik w starszym jest wieku. Różnica między nimi jest ta, iż w porażeniu drżącym chory wykonywa ruchy anormalne tylko palcami i to ruchy klasyczne, a charakterystyczne dla *paralysis agitans*, kruszenia chleba, lub zwijania papierosa, a w drżeniu histerycznym chory wykonywa ruchy zginania lub prostowania w stawie napiętkowym, podczas gdy palce zachowują się spokojnie. W *paralysis agitans* chory trzyma palce ustawione jak do pisania, twarz jego jest nieruchomą, maskowatą, z wyrazem pewnego ośpienia, tułów nieco nachylony naprzód i t. p., których to objawów nie spotyka się w drżeniu histerycznym. Za to ostatnie uważają DUTIL i inni, przypadek OPPENHEIM'a ¹⁾ opisany jako *paralysis agitans post traumam* powstały, dalej przypadek LUY'S'a, przedstawiany w *Société médicale des hôpitaux de Paris* w r. 1887, jako *paralysis agitans* wyleczony „*par les miroirs rotatifs*“, i im podobne.

Drżenie histeryczne szybkie, o małych oscylacjach, jeśli, prócz kończyn górnych, atakuje mięśnie twarzy i warg, może wpłynąć na zmianę mowy i przy powierzchownem badaniu być wzięte za objaw porażenia ogólnego postępowego. Od tej pomyłki ustrzedz może brak zmian w sferze inteligencji, brak zaburzeń w żrenicy i t. p., a nadto istnienie objawów właściwych histeryi.

Drżenie histeryczne, pojawiające się przy ruchach dowolnych, może być wzięte za objaw rozsianego stwardnienia ośrodków nerwowych (*sclerosis multilocularis*). Odróżnienie wówczas jest czasami bardzo trudne, zwłaszcza, iż wedle

¹⁾ Charité-Annalen. 1889.

CHARCOT'a żadnemu innemu cierpieniu organicznemu mózgu lub rdzenia nie towarzyszy tak często histeryja, jak rozsiańemu ich stwardnieniu. W 2-ch przypadkach CHARCOT'a (l. c. str. 53) prócz drżenia, istniały jeszcze inne objawy, jak: napady podobne do apoplektycznych, zawroty głowy, zaburzenia mowy, które również przemawiały za *sclérose en plaques disséminées*. Dla odróżnienia służyły: napady histeryczne, stałe stigmata histeryi, brak biegania oczów (*nystagmus*), brak zwiększenia odruchów kolanowych, brak wpływu rękoczynu BROWN-SÉQUARD'a na drżenie i t. d.. Że jednak łatwo wziąć taką „*pseudosclerosis multilocularis*“ za prawdziwą *sclerosis*, dowodzą pomyłki, jakie popełnili: WESTPHAL, LANGER, BABIŃSKI, KILLIAN, FRANCOTTE, EDGE, MAGUIRE, ROLLAND i inni.

Jeżeli drżenie histeryczne, występujące lub zwiększające się przy ruchach dowolnych, ogranicza się tylko do kończyn dolnych (*forma paraplegica*), to może być wzięte za t. zw. *epilepsiam spinalem*, właściwą cierpieniu pęczków bocznych rdzenia kręgowego. Dla wyróżnienia od cierpienia tego organicznego służy wówczas istnienie stigmatów histerycznych, brak zwiększenia, a czasem nawet zmniejszenie odruchów kolanowych, wreszcie to, iż nagłe wyprostowanie stopy nie zwiększa, lecz przeciwnie wstrzymuje drżenie. Istnienie kurczu tonicznego mięśni (*contracturae*), bez innych objawów, nic nie mówi, gdyż od czasów już BRODIE'go [1837] wiadomo, iż u histeryczek z najbliższych powodów występują z łatwością przykurcze mięśni, co francuzi dowcipnie ochrzcili mianem: *diathèse de contracture*.

LETULLE a za nim wielu lekarzy francuzkich twierdzi, iż przeważna liczba t. zw. drżeń merkuryjalnych jest także pochodzenia histerycznego.

Tu także zaliczają przypadki „chorei elektrycznej“ i niektóre przypadki, które dotąd trudno było wytłómaczyć, jak np. przypadek WEISS'a ¹⁾.

Z tego wszystkiego widzimy, iż drżenie histeryczne nie należy do rzadkich objawów tej nerwicy.

Chociaż najczęściej drżenie histeryczne można przyjąć za objaw cierpienia organicznego, to jednak i odwrotny przypadek może mieć miejsce. W 1 z przypadków DUTIL'a [sposzrz. 18] 2 guzy, usadowione symetrycznie w 2 wzgórkach wzrokowych (*thalami optici*), zdradzały się za życia drżeniem rąk i nóg i zmniejszeniem pola widzenia, a więc objawami, które łatwo można było uznać za histeryczne.

Wedle CHARCOT'a, drżenie histeryczne ma być częstsze u mężczyzn, zwłaszcza w postaci histeryi zwanej *neurosis traumatica*.

Jako przykład powyżej powiedzianego, przytaczam kilka przypadków drżenia histerycznego, spostrzeganych w ciągu kilku miesięcy roku bieżącego. Ograniczam się na podaniu kilku tylko przypadków, w których drżenie było silnego natężenia i dłużej trwało, a pomijam przypadki drżenia słabego, gdyż takie—jak to wyżej już zaznaczyliśmy — spotyka się bardzo często, opis więc ich zbytnio rozszerzyłby zakres niniejszej pracy.

¹⁾ Tremblement non classé du membre inférieur droit chez un syphilitique. Traitement par iodure de potassium a haute dose et les frictions mercurielles. Guérison. France médicale. 1877.

Spostrzeżenie I. Panna N. N., lat 25, pochodzi z rodziny bardzo nerwowej. Babka jej [z linii matki] umarła w młodym wieku sparaliżowana. Matka dotknięta jest cierpieniem BASEDOW'a silnego natężenia; powiększenie gruczołu tarczowego było tak kolosalne, iż pewien czas sądzono, iż nie obejdzie się bez interwencji chirurgicznej, na którą — z powodu olbrzymiego rozszerzenia żył, kol. JAWDYŃSKI niechętnie się zgadzał. Ciotka chorej umarła z choroby serca, powstałej wskutek cierpienia BASEDOW'a; druga ciotka jest również nerwową; trzecia — nerwowa i ma *arthritis deformans* wysokiego stopnia.

Ze strony ojca chorej, który ożenił się ze swą kuzynką, należy nadmienić, iż on sam jest bardzo nerwowy, a jedna z siostr jego powiesiła się przed kilku miesiącami w napadzie melancholii powstałej w połogu. Siostra rodzona chorej dotknięta histero-epilepsyją, morfinkistka, znana jest wszystkim zakładom wodoleczniczym krajowym i kilku zagranicznym. Brat chorej przed 2 laty po małym nieporozumieniu rodzinnem, truł się kwasem karbolowym i leczył go wówczas kol. GROSTERN.

Chora od dzieciństwa wrażliwa, nerwowa, ma jak i jej ojciec idyjosynkrazję do jabłek i pomimo wyrobienia światowego i odpowiedniego wykształcenia ma pewne dziwactwa [np. nie chce nigdy pokazać gardła — chociaż nie ma sztucznych zębów, a przynaglana do tego dostaje napadu histerycznego]. Przed kilkunastu laty przechodziła ona chorobę BASEDOW'a, leczyla się wtedy przez długi czas u kol. NUSSBAUMA. Ślady choroby tej dotąd są bardzo wyraźne: silne zgrubienie szyi, lekkie wysadzenie gałek ocznych, łatwość, z jaką przy ładzie przyczynie występuje bicie serca, zmniejszenie oporu, jaki skóra stawia strumieniowi galwanicznemu. Chora od lat 4 miewa co kilka tygodni silną migrenę, trwającą po 24 godzin i kończącą się zwykle wymiotami. W 1891 r. latem, bawiąc na letniem mieszkaniu na wsi, miała ona 2 razy napad drżenia rąk; trwał on jednak zaledwie kilkanaście minut i przechodził bez śladu. W Styczniu r. b., bawiąc u rodziców w Łodzi, po kilkunastu dniach osłabienia, chora bez żadnego widocznego powodu dostała bicia serca, silnego bólu głowy i boku lewego [od okolicy serca szedł on ku kręgom], a potem drżenia ręki i nogi, lewych, i warg, co trwało od godziny 11 wieczorem do godz. 5 rano. Chorą widział wtedy kol. RUNDO z Łodzi. Następných dni doznawała ona „uczucia drętwienia i kurczu“ w lewej połowie ciała i wedle słów jej, była osłabiona, apatyczna, bez humoru. Po 2 tygodniach, przy nadejściu peryjodu drżenie powróciło, w silniejszym nawet stopniu, niż pierwszym razem, a gdy po 8 dniach trwania nie ustąpiło, zmusiło ją do przybycia do Warszawy, gdzie zgłosiła się do mnie 14 Lutego r. b.

Badanie chorej wykazało istnienie stigmatów histerycznych, a mianowicie: w kończynach górnej i dolnej prawych, a także w prawej połowie tułowia i szyi osłabienie czucia na dotyk, ból i ciepłotę. Chora sama zauważyła, iż w kąpeli prawą stroną czuje bardzo mało ciepło wody, a nawet mogła nalewać sobie ukropu na prawą rękę i nogę i nie sprawiało jej to żadnej przykrości. Badanie perymetrem wykazało zwężenie pola widzenia w oku prawem. Stopień czucia na łącznicy, błonie śluzowej nosa, po stronie prawej. Ból głowy na wierzchołku, zwiększający się przy ucisku, bolesność kręgow, zwłaszcza w okolicy międzyłopatkowej i krzyżowej. Bolesność jajników, zwłaszcza lewego. W sferze ruchu znaleziono: osłabienie siły mięśniowej po stronie prawej [dynamometr wskazuje na prawo 25, a na lewo 55]. Osłabienie nóg, a zwłaszcza prawej czasami tak znaczne, iż chorej trudno przejść kilka kroków, gdyż mimowolnie kolana zginają się (*dérobement des jambes*). Chodzenie niekiedy staje się niemożliwem, z powodu wykręcania stopy prawej (*pes varus dexter spasmodicus*). W kończynach występuje bardzo łatwo sztywność mięśni, tak, iż wtedy ruchy czynne i biernie są również utrudnione. Chora skarży się na dławienie w gardle. Przez pewien czas pod wpływem wzruszenia, wywołanego wyjazdem matki z Warszawy, wystąpiło silne jękanie (*balbuties hysterica*), które następnie przeszło w zupełny *mutismus*. „Przez jakie 20 minut, opowiadała później chore, wiedziałam, co chcę powiedzieć, lecz nie mogłam w żaden sposób słowa tego wywodzić“. Chora dostaje od czasu do czasu napadów histerycznych. Odruchy skórne i ścięgniste bardzo silne. *Polyuria et pollakuria*. W ciągu nocy chora oddaje 3—4 razy moc i za każdym razem w dużej ilości. Stan psychiczny nie jest również prawidłowy. Chora stała się drażliwą, płacziwą, obraźliwą; bezsenność, apatya i brak chęci do pracy. Najwięcej uderzającym jednak objawem u niej jest drżenie i ono jedynie spowodowało przyjazd jej do Warszawy. W początku choroby drżały obie kończyny górne, później tylko górna prawa. Od czasu jednak do czasu, po silnych wrażeniach moralnych i w czasie peryjodu, drżeniu ulegały wszystkie 4 kończyny, a nadto język i wargi. Natężenie i częstość drgań nieustannie niemal się zmieniały; drżenie to zmniejszało się, to powiększało, to znów ustawało w jednej kończynie, by

pojawić się w drugiej; zwiększało się także często po oddaniu moczu. Raz zwiększało się w spokoju, to znów przeciwnie podczas poruszania kończyną. Jeśli silnie drżały kończyny dolne, to przypominało to drżenie, zwane „epilepsyją rdzeniową”; w kończynach górnych drżenie polegało głównie na szybkich ruchach zginania i prostowania ręki w napiętku, a nadto na szybkich ruchach nawrotnych i wywrotnych przedramienia. Niekiedy pojawiały się także ruchy zginania i prostowania w stawie łokciowym, nigdy zaś w barkowym i palców. W czasie silniejszego drżenia, gdy zajęte były kończyny dolne, chora musiała leżeć w łóżku, a gdy ograniczało się ono tylko do kończyny górnej prawej, chora nie była w stanie sama jeść, ubierać się, czesać i t. p. Przez długi czas chora nie mogła pisać, a przy każdej próbie, drżenie potęgowało się i pismo stawało się tak nieczytelne i tak nieregularne, jak np. w płasawicy. W ostatnich dopiero czasach z pisania można było wnieść, iż chora ulega regularnemu drżeniu, gdyż charakter pisma przypominał *paralysis agitans*. W początku choroby kilkakrotnie zdarzało się, iż talerz, szklanka i t. p., wypadły chorej z ręki i tknęły się, co ją rozdrażniało i zwiększało drżenie; tak, że długi czas musiała być karmiona, a później jadać sama jedna, gdyż w otoczeniu drżenie się wzmacniało.

Chorą obserwowałem do połowy Czerwca r. b.. Drżenie z początku stałe w kończynie górnej prawej, później chwilowo ustawało, by powrócić przy łada okazji, w końcu znikło zupełnie, tak, że pacjentka wyjechała zdrowa. Prócz zupełnej izolacji, leczenie polegało na używaniu codziennie chłodnych kąpielii [oziębianych stopniowo do $+18^{\circ}$ R.] i ogólnej elektryzacji. Ostatni raz widziałem ją w przejeździe na letnie mieszkanie 16 b. m.. Drżenia nie było ani śladu. Inne objawy histeryi istniały, tylko w mniejszym natężeniu.

Spostrzeżenie II. P. K... lat 40, zapisała się do mego oddziału w Grudniu 1890 r., gdzie przebywała z małą przerwą prawie rok. Na 6 tygodni przed wejściem do szpitala, chora bez żadnego powodu dostała osłabienia kończyn prawych, które miało przyjść nagle po „napadzie nerwowym”, poczem wkrótce wystąpiło drżenie kończyny górnej prawej. Chociaż chora jest przytomna, umysłowo rozwinięta, nie można było dowiedzieć się niczego o zdrowiu jej rodziny. Przy badaniu chorej stwierdzono istnienie osłabienia ruchów kończyn strony ciała prawej, bez udziału mięśni twarzy i języka. Chora wykonywa wszystkie ruchy, tylko powolniej i słabiej prawymi kończynami niż lewymi. Dynamometr prawą ręką ścisła do 50° , lewą do 95° . Może chodzić i posługiwać się prawą ręką. *Tonus* wszystkich mięśni zwiększony, zwłaszcza po stronie prawej. Odruchy ściągiste wzmożone. W kończynie górnej prawej widać ciągle drżenie, przypominające *paralysis agitans*. Nadezłość prawej połowy ciała; bolesność obu jajników (*ovaralgia bilateralis*); bolesność na wysokości końca mostka, niektórych żeber i kręgów; ból w kończynach prawych sam przez się przychodzący, lub też przy nacisku; ból głowy — przeważnie po stronie lewej — zwiększający się przy nacisku i uderzeniu w okolicę ciemieniową. Znaczne zwiększenie pola widzenia [badanie perymetrem]. Przy oftalmoskopowaniu: tarcze nerwów wzrokowych różowe, granice nieco zatarte, zwłaszcza górnych połów i na lewo, żyły miernie szerokie. Siła wzroku dobra. Żrenice równe, reagują dobrze na światło i akkomodację. Chora skarży się nadto na częste dławienie w gardle, ogólne osłabienie i poty [przeważnie po stronie ciała prawej].

Podczas długiego pobytu chorej w szpitalu przekonano się, iż drżenie kończyny górnej prawej nie trwało ciągle, lecz ustępowało na kilka tygodni i to bez widocznej przyczyny, to znów po przyłożeniu magnesu lub wstrzyknięciu pod skórę ezeryny. Drżenie zazwyczaj o niewielkich oscylacjach zwiększało się przy ruchach dowolnych, po wrażeniach moralnych, podczas badania chorej i wpatrywania się w drżącą kończynę, a przemijało w spokoju i we śnie. Drżenie pojawiało się niekiedy i w kończynie dolnej prawej. Chora dostawała czasem napadów drgawek, w kończynie górnej lub dolnej prawej, bądź wreszcie w mięśniach brzucha lub szyi strony prawej ciała. Wedle opowiadania posługaczki szpitalnej, chora niekiedy w czasie tych drgawek miała na krótki czas tracić przytomność. Drgawki nigdy nie atakowały strony lewej i nie uogólniały się. Miały trwać po kilka minut, a po przejściu ich nie można było stwierdzić nowych objawów paralitycznych lub zwiększenia istniejących.

Opisane objawy, a mianowicie: osłabienie kończyn prawych, przychodzące w nich od czasu do czasu drgawki, dalej ból głowy przeważnie w lewej okolicy ciemieniowej i pewne zmiany na dnie oka, mogły pozwolić

podejrzwać u chorej istnienie nowotworu mózgu, a drżenie kończyny górnej prawej uznać za objaw widziany również w przebiegu nowotworu mózgu. Że występujące u chorej napady drgawek nie były padaczką JACKSON'a, dowodem tego, iż nie zaczynały się one stale w tej samej okolicy ciała, lecz w różnych i że po nich objawy paralityczne nie zwiększały się. Były one nadto tem charakterystyczne, iż nie uogólniały się, a jednak chora miała niekiedy tracić przytomność. Gdyby w danym przypadku objawy chorobowe zależały od nowotworu mózgu, to musiałyby być on dużym, aby wywołać osłabienie i górnej i dolnej kończyny, zwłaszcza iż, sądząc z niezajęcia mięśni twarzy i kończyn, byłby on umiejscowionym na powierzchni mózgu a taki duży nowotwór musiałby spowodować i inne objawy ucisku wewnątrz czaszkowego, jak: *neuritis optica*, wymioty, zmiany tętnic i t. p.. Z tych powodów przyjęliśmy, iż chora jest dotknięta histeryją, za czem przemawiało nadto, iż jednocześnie z porażeniem sfery ruchu, istniały oznaki podrażnienia sfery uczucia tychże okolic ciała, nadczułość miejsc porażonych, dalej różne bóle spotykane w histeryi [jajników, kręgow, międzyżebry i t. p.]. W dalszym przebiegu cierpienia, prócz wyżej wymienionych, wystąpiła bolesność punktów odpowiadających wyjściu 3 gałęzi nerwu trójdzielnego. Dalej za histeryją mówiło zwężenie pola widzenia i niestałość objawów. Ból głowy uparty i ograniczony najczęściej do lewej połowy czaszki, przez całe miesiące najstalszy objaw, na który skarżyła się nieustannie chora, znikł, a z czasem wystąpił ból w prawej okolicy ciemieniowej; osłabienie kończyn prawych to się zwiększało, to zmniejszało, dynamometr wykazywał w prawej ręce wahania między 10—50, a w lewej między 70—95. Wreszcie za histeryją w danym przypadku, prócz działania pomyślnego magnesu, ezeryny i t. p., mówi zniknięcie drżenia, bólu głowy, i innych objawów przy terapii prawie żadnej.

Spostrzeżenie III. S. S., nauczyciel gimnazjum, wieku lat 48. Ojciec jego w późnym wieku umarł z cierpienia wątroby, matka dotąd żyje, jest zdrowa, miewa napady migreny. Matka ojca — miewała spazmy, drgawki. Brat chorego przed kilkunastu laty umarł na suchoty, dwaj inni i siostra — żyją i są zdrowi. Brat cioteczny miał pewien czas w młodym wieku tak silne znieczulenie skóry, iż mógł się dobrowolnie kaleczyć, nie doznając bólu, nadto miał on wtedy nogi obezwładnione; wszystko to przeszło bez śladu. Sam chory w r. 1876, po śmierci brata, doznawał napadów bicia serca z dusznością, co po miesiącu przeszło bez śladu. Przed 2 laty cierpiał on na nerwoból kulszowy w kończynę lewą i obecnie jeszcze od czasu do czasu miewa w tejże kończynie „kurcze bolesne”. Cierpi on nadto na migrenę, na uczucie „kołka w gardle”, uparte ziewanie i bezsenność po kilka dni trwającą.

22 Marca r. b. S. S., bez żadnej przyczyny dostał silnego drżenia kończyny górnej lewej, a potem dolnej tejże strony, bez utraty przytomności, po którym zostało się lekkie drżenie; mało ono było widoczne w spokoju, a głównie występuje przy ruchach. 18 Kwietnia r. b. pojawiło się ponownie drżenie, zrazu w kończynie górnej lewej, potem w górnej prawej, a w końcu i w kończynach dolnych, w twarzy i języku, przyczem chory mógł mówić i zachował zupełną świadomość. Napad taki drżenia trwał 3 godziny. Po tym napadzie, jak i po poprzednim, chory czuł się dobrze i wedle słów jego „doznawał uczucia zwiększenia siły w kończynach”. Podczas napadu i po nim, często i dużo oddawał moczu. Przed każdym napadem miewał rodzaj zwiastunów: ogólne niedomaganie, ból w tyłogłowie, dławienie w gardle, ziewanie i chęć przeciągania się. Chorego badałem wspólnie z kol. DUNINEM 8 Kwietnia r. b.. Budowy olbrzymiej, wybornie odżywiany, w narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego. Znaleźliśmy tylko bolesność kręgów krzyżowych i międzyżebry le-

wych, *pseudovariegiam sinistram* i lekkie drżenie kończyny górnej lewej, prawie wyłącznie przy ruchach dowolnych występujące. Badanie oczu przez kol. GEPNEKA [ojca] wykazało: „Em. V, 0,5 $\frac{3}{8}$, o. d. $\frac{3}{8}$. dno absolutnie normalne, *presbyopia* + 28, *excavatio centralis physiologica*“. Chory po kilkotygodniowej kuracyi hydropatyją i elektrycznością wyjechał z Warszawy znacznie zdrowszy.

Spostrzeżenie IV. Z. M., panna, lat 22. Ojciec jej żyje i jest zdrow, matka przez całe życie miewała napady histeryczne, zmarła przed 2 laty wskutek raka macicy i suchot płucnych. Sama chora w dzieciństwie miewała często napady mrugania powiekami, cierpiała przez kilka tygodni na płasawicę i miewała napady histeryczne. Była zawsze bardzo wrażliwą na bodźce fizyczne [hałas i t. d.], jak i moralne [przestrasz, ból, i t. d.]. W 6 roku życia po upadnięciu miała cierpienie stawu biodrowego prawego, po którym pozostały blizny w okolicy pachwinowej; leżała wówczas w łóżku przez 2 lata, z tych 1 rok w gipsie; od tego czasu kuleje i kończynę dolną prawą ma krótszą. Obserwuję chorą od lat 3, przez ten czas zgłaszała się do mnie z najrozmaitszymi objawami histerycznymi, jak: bolesność kręgow i boku lewego, napady kaszlu suchego, męczącego, bez żadnych zmian w płucach; *kopiopia hysterica* [badanie kol. KAMOCKIEGO], najczęściej jednak chora uskarżała się na drżenie, które, po silniejszych wrażeniach moralnych, lub po napadzie histerycznym, pojawiało się w kończynach górnych, to prawej, to lewej, rzadziej w kończynach dolnych. Najczęściej drżeniu ulegały: kończyna górna lewa i dolna prawa. Chora miewała nadto ruchy kloniczne w różnych mięśniach, rodzaj *myoclonie*, to w mięśniach twarzy, to w przeponie, to wreszcie w kończynach dolnych. Te ostatnie najwięcej chorej dokuczały, gdyż objawiały się tem, iż raptem przyklekała ona i w mgnieniu oka podnosiła się. Badanie chorej, niejednokrotnie przezemnie podejmowane, wykazywało osłabienie czucia wysepkami w różnych miejscach skóry, nieczułość błony śluzowej gardzieli, bardzo silną bolesność w okolicy lewego jajnika i kręgow grzbietowych. Nadmierna wrażliwość nerwów słuchu, powonienia i smaku. Odruchy skórne i ścięgniste bardzo wzmożone. *Amyostenia*.

Chora opisana jest niewątpliwie histeryczką, za czem, prócz napadów, przemawia dziwne połączenie objawów wzmożonej i osłabionej czynności w sferze czucia i ruchu (*hyperaesthesiae et hypaesthesiae; hyperkinesis et hypokinesis*), co wreszcie między histeryczkami polkami najczęściej się spotyka. Postacie histeryi, cechujące się napadami histero-epileptycznymi, zupełnem połowicznym znieczuleniem czucia i zmysłów i t. d., klasycznie opisane przez szkołę Salpêtrière'ską i tak często spotykane między francuzkami, jak to każdy zwiedzający szpitale Paryżkie miał sposobność się przekonać, u nas spotyka się względnie rzadko, chociaż bywają niewątpliwie.

Spostrzeżenie V. W., obywatelka ziemska z Rawskiego, 40 lat licząca. Matka jej była nerwową, umarła z cholery, ojciec umarł na chorobę serca. Sama była zawsze wrażliwą, nerwową przestraszała się łatwo i za łada powodem doznawała nieczucia drżenia w ciele. Przed 15 laty chorowała przez 12 tygodni na „zapalenie kiszek“. Przed 3 laty przebywała tyfus, i wkrótce potem, po otrzymaniu wiadomości o śmierci stryja i o doznanym zawodzie, co do spadku majątkowego, pojawiły się u niej objawy silnego ogólnego zdenerwowania i drżenie kończyny górnej prawej. Leczyła się wówczas u mnie, i po kilkotygodniowej izolacyi i stosowaniu hydropatyi i elektryczności drżenie przeszło bez śladu. W Październiku 1891 r., podczas powrotu w ciemną noc do domu, wywrócono ją z powozu i 3 wiorsty musiała wracać piechotą. Po przybyciu do domu czuła się silnie zdenerwowaną, a na drugi dzień zaczęła jej drżeć kończyna górna prawa. Gdy kilkotygodniowe leczenie na miejscu nie pomagało, chora w Styczniu r. b. przyjechała do Warszawy. Chora—przy badaniu—skarżyła się na ból głowy na wierzchołku czaszki, bezsenność i sny męczące, przestraszające. Stała się płacziwą, przy łada okazyji zalewa się łzami. Nastroj ducha pesymistyczny, uważa się za nieuleczalną, wskutek czego będzie zrujnowaną materyjalnie, co znów wywołuje wybuch płaczu spazmatycznego. Przy każdym rozbieraniu się czy to do badania, czy do elektryzowania i przy łada wrażeniu moralnem przednia powierzchnia klatki piersiowej, w górnej jej części, boczne okolice szyi i twarzy, mocno czerwienieją (*erythema nervosum*). Na skórze, w różnych okolicach

ciała, zwłaszcza na kończynach, badanie wykrywa miejsca, które można było kłuć szpilką bez wywołania bólu (*analgesia*), a czułe na dotyk i ciepłotę. *Kopiiopia hysterica. Anaesthesia pharyngis*. Łatwość męczenia się mięśni. Najwięcej jednak przy badaniu uderza wytrzeszczanie oczu, zbytne otwieranie powiek, tak, iż pomimo że gałki oczne nie były wysadzone z oczodołu, na pierwszy rzut oka dawały wrażenie oczu osób dotkniętych chorobą BASEDOW'a. Przy patrzeniu poziomem wprost, między brzegiem powieki górnej a rogówki widać było duży pasek biały twardówki. Wytrzeszczanie to niezawsze było jednakowego stopnia. Gdy chora była więcej podrażniona, zwiększało się, w spokoju zmniejszało się. Jednocześnie z tem fałdy na czole były mniej lub więcej widoczne. Drugim objawem, który uderzał przy spojrzeniu się na chora, to drżenie kończyny górnej prawej. Było ono z początku ciągłe, chora nie mogła udzielać się światu, gdyż najmniejsze przykre wrażenie wzmagalo drżenie, najsilniejszym ono było, gdy chora wchodziła do poczekalni i gdy inni chorzy zaczęli się jej przypatrywać. Chora nie mogła sama jadać, chesać się i t. p. Przy izolacji i stosowaniu hydropatii i elektryczności stan chorej powoli się poprawiał, tak że wytrzeszczanie oczu i drżenie przy wyjeździe z Warszawy w końcu Lutego zupełnie znikły. Podczas pobytu chorej w Warszawie, kilkakrotnie zwracała ona moją uwagę na wybroczyny (*ecchymoses*) różnej wielkości [najczęściej dawnej polskiej dziesiątki], które bez żadnego obrażenia, nacisku, uderzenia występowały na miejscach skóry mało traumatyzmom dostępnym [np. na górnej wewnętrznej powierzchni ramienia]. Trwały one po kilka dni i, wedle opowiadania chorej, pojawiały się od dość dawnego już czasu i przeważnie po silniejszych wrażeniach moralnych.

Erythema cutis nervosum, jaką w tym przypadku można było spostrzegać, spotyka się u histeryczek bardzo często. Znacznie rzadziej bywają u nich wybroczyny krwi. Istnieją jednak w literaturze najwiarogodniejsze spostrzeżenia, choćby tylko przytoczyć przypadek GILLES DE LA TOURETTE'a ¹⁾, dowodzące, iż bez najmniejszej traumy, jedynie po silnych wrażeniach moralnych, mogą powstawać u histeryczek wylewy krwi do mięszu skóry. Musimy raz jeszcze wspomnieć o objawie STELLWAG'a — zwiększenie nadmierne szpary powiekowej — jaki istniał przez kilka tygodni u naszej chorej. Objaw ten, jak dotąd, opisany był tylko w chorobie BASEDOW'a i w ostatnich czasach przez RAYMOND'a ²⁾ w chorobie THOMSEN'a. Uważany on jest obecnie ³⁾ za objaw podrażnienia, za zwiększony *tonus* mięśni otwierających oko. Nim to tłómaczy się objaw GRAEF'E'go, iż przy patrzeniu na dół opuszcza się w chorobie BASEDOW'a tylko gałka oczna, podczas gdy powieka górna pozostaje w miejscu. Że objaw STELLWAG'a jest następstwem podrażnienia, a nie porażenia przemawiałby za tem i nasz przypadek, gdyż mięśnie czołowe, w czasie istnienia tego objawu, były pomarszczone i każde wrażenie silniejsze zwiększało i zmarszczki na czole i szparę powiekową. Przy wyjeździe chorej czoło było zupełnie gładkie.

Spostrzeżenie VI. R. N..., lat 16, szwaczka, zapisała się na mój oddział w połowie Lipca r. b.. Rodzice jej, jak również siostra i bracia żyją i mają być zdrowi, sama chora przed 3-ma laty przechodziła ospę naturalną, która pozostawiła na twarzy wyraźne ślady. Miewała wówczas upar-

¹⁾ Considérations sur les ecchymoses spontanées et sur l'état mental des hystériques. Nouv. Iconographie de la Salpêtrière. 1890.

²⁾ Sur l'état de l'appareil de la vision dans la maladie de THOMSEN. Gazette méd. Paris. 1891. Nr. 29.

³⁾ MÖBIUS. Ueber die BASEDOW'sche Krankheit. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde, 1891. Band 1.

L. BRUNS. Ueber das GRAEF'E'sche Symptom bei Morbus BASEDOWII. Neurolog. Centralblatt, 1892. Nr. 1.

tą czkawkę. Od kilku lat pracuje dużo, od godziny 6 rano do 8 wieczorem, odżywia się bardzo źle [jada głównie bułki, chleb, kartofle, mięso bardzo rzadko] i ma dużo zmartwień. Jest wycieńczoną, błąda, peryjody miewa co kilkanaście dni. Przed 2 tygodniami siostra jej dostała silnej choleryny: co ją mocno przestraszyło i od tego czasu miewa napady duszności, ściskania w piersiach i bicia serca, które zmusiły ją do szukania pomocy w szpitalu. Badanie chorej wykazało: w sferze czucia, na całej skórze tułowia i kończyn mnóstwo miejsc, różnej wielkości, w których chora czuje dotyk i zimno, a nie uczuwa klucia szpilką (*analgesia*). W miejscach tych można chorej wbijać pod skórę całą szpilkę bez sprawienia jej dolegliwości. Miejsca te krwawią, lecz bardzo nieznacznie. Wśród tych miejsc są małe wysepki [np. na powierzchniach dłoniowych przedramion, niedaleko przegubu łokciowego], gdzie czucie na dotyk i ból jest nadmiernie wzmożone. Nieczułą jest także okostna goleni, błona śluzowa gałek ocznych, gardzieli i podniebienia miękkiego. Czucie rogówek i mięśniowe zachowane. Nieznaczne zwiększenie pola widzenia, więcej w oku lewym. Badanie oftalmoskopem nie wykrywa nic nieprawidłowego we wnętrzu oczu. Ból głowy na wierzchołku, zwiększający się przy naciskaniu tego miejsca. Kręgi niebolesne. *Ovarialgia duplex*. Mięśnie osłabione; dynamometr w obu rękach wykazuje 15—20°; chora chodzi, lecz powoli, a nadto przy stanie i chodzeniu bardzo silnie zatacza się to w tył, to na bok (*retro- et latero-pulsio*) tak, że ją trzeba ciągle podtrzymywać, aby nie upadła. Odruchy ścięgnowe, łokciowy i kolanowy, bardzo zwiększone. Objawy naczynio-ruchowe są silnie wyrażone; ręce i nogi sine, zimne, klucie szpilką wywołuje po krótkim czasie silne zaczerwienie skóry i wysypkę podobną do *acne*, która pozostaje przez kilka dni po badaniu. Z innych objawów należy zanotować: bezsenność, bezgłos (*aphonia*), po kilka minut trwający, brak łaknienia (*anorexia*), napady duszności połączone z biciem serca [do 120 uderzeń na minutę] i bólem w okolicy klatki piersiowej (*angina pectoris hysterica*), czkawkę [po przestraszu i t. p.], wreszcie drżenie, które występuje w powiekach przy zamykaniu ich, a także w kończynach górnych [prawej] i dolnych. Bywa ono różnego natężenia i zjawia się najczęściej przy ruchach dowolnych, przy wyciąganiu ręki, przy unoszeniu nóg, lecz niekiedy i przy spokojuem ich leżeniu. Odwrócenie uwagi chorej od drżającej kończyny znosi drżenie.

W narządach wewnętrznych [płucach, sercu, nerkach i t. p.] żadnych zmian badanie wykryć nie mogło.

Po przebyciu chorej zaledwie kilku dni w szpitalu w spokoju, zdala od rodziny, napady stenokardyczne i zaburzenia równowagi prawie ustąpiły, drżenie również znacznie zmniejszyło się.

W przypadku opisanym istnienie histeryi nie ulega najmniejszej wątpliwości. Z radszych objawów istniejących u tej chorej, prócz drżenia, musimy zaznaczyć *anginam pectoris* i zaburzenia w równowadze, które wprawdzie nie tak często jak inne, jak np. w sferze zaburzenia czucia i ruchu, lecz bywają w przebiegu histeryi.

II. TRZY PRZYPADKI BIAŁACZKI (*leukaemia*) u myszy białej (*mus musculus*, var. *alba*).

Podali

I. Fajersztajn i A. Kuczyński.

Coraz liczniej podnoszą się w literaturze współczesnej głosy, przemawiające za zakaźnem pochodzeniem białaczki. Jak dotychczas, wszystkie odnośne przypuszczenia oparte są na kruchych jeszcze podstawach, bo zbyt cennem by chyba było dowodzić, iż fakty takie, jak obecność drobnoustrojów w śledzionach, po śmierci wyjętych, oraz ostry przebieg niektórych form białaczki, nie posiadają wcale znaczenia dowodów. W każdym jednak razie zarówno bada-

nia anatomo-patologiczne, jak i obserwacje kliniczne usprawiedliwiają myśl o zależności leukemii od swoistego jakiegos zarazka, a tem samem wskazują klinicyście i bakteryjologowi nowe, niewyzyskane dotąd pole badań. Przyszłemu badaczowi tej kwestyi może nieobojętną będzie niniejsza notatka o białaczce u myszy białej, a zatem u zwierzęcia, stanowiącego bardzo dostępny material doświadczalny.

Przypadki leukemii u zwierząt spostrzegane były zaledwie kilkanaście razy; dotyczą one konia [FROEHNER, BERNDT], krowy [ROST], świni [BOLLINGER, LEISERING, FUERSTENBERG, ZELL], psa [BOLLINGER, FROEHNER, SIEDAMGROTZKY] i kota [SIEDAMGROTZKY].

U myszy białaczkę opisał dotychczas tylko EBERTH ¹⁾ raz jeden; jest więc ona cierpieniem rzadkiem u tego zwierzęcia, bo nie sposób przypuścić, aby wybitne zmiany leukemiczne miały ująć uwagi badaczy przy olbrzymiej ilości sekcji, dokonywanych na myszach codziennie w licznych pracowniach histologicznych, patologicznych i bakteryjologicznych. W notatce swojej nie mówi EBERTH, u jakiej myszy i w jakich okolicznościach spostrzegał białaczkę. Zmiany, jakie znalazł przy sekcji, dotyczyły głównie śledziony kolosalnie powiększonej: długość tego narządu wynosiła 49 mm., szerokość 14 mm., grubość 7 mm., podczas gdy tym samym wymiarom u myszy zdrowej odpowiadają cyfry: 16, 5 i 2½ mm.. Pod drobnowidzem znalazł autor rozrost miazgi śledzionowej. W nerkach i wątrobie, nieco powiększonych, zarówno jak w płucach i sercu — nacieczenia leukemiczne. We krwi dość znaczne (*nicht gering*) powiększenie ilości ciałek białych. Gruczoły limfatyczne zmian nie przedstawiały.

Obserwacje nasze przeprowadzone były w pracowni prof. HOYERA na trzech myszach białych, pochodzących z jednej klatki, zajętej przez 20—30 zwierzątek, na pozór zupełnie zdrowych. Poprzednio w klatce tej żadnej epidemii nie zauważono. Mysz pierwsza zabita została 11. III. 1890, dla celów histologicznych, to też badanie nie było tu zupełnem; nie dotyczyło bowiem krwi. Znalazłszy w zabitej nazajutrz drugiej myszy te same zmiany, poszukiwaliśmy starannie nowych przypadków białaczki pośród współmieszkanek tej samej klatki, badając ich krew; nie znaleźliśmy jednak w ciągu czterech miesięcy ani jednego zwierzęcia, u którego możnaby było rozpoznać chociażby rozpoczynającą się białaczkę. Dopiero w Sierpniu tegoż roku natrafiiliśmy na trzecią chorą mysz, która już na pozór była ospałą i nieco łatwiej chwycić się dawała. W ciągu całego tego czasu nie było pomiędzy myszami w naszej klatce ani jednego przypadku śmierci.

Nie mając zamiaru opisywać drobiazgowo zmian anatomo-patologicznych, występujących przy mysiej białaczce, podniesiemy tu tylko ważniejsze szczegóły.

We krwi badanej w dwu przypadkach stosunek ilościowy ciałek białych do czerwonych wynosił mniej więcej 1:10 i 1:20. Stosunek ten otrzymaliśmy, obliczając na preparatach, przygotowanych według sposobu EHRLICH'a, ilość ciałek w części pola widzenia, objętej rzutem okularowej podziałki mikrometry-

¹⁾ C. J. EBERTH. Leukämie der Maus. VIRCHOW's Archiv, t. 72, str. 108.

ecznej i wyprowadzając średnie wartości z 10 obliczeń. Niedokładność tej metody jest aż nadto oczywista; musieliśmy się nią jednak zadowolić, nie będąc na razie przygotowanymi do obliczeń ściślejszych. U obu myszy ciała czerwone krwi posiadały kształt i wygląd prawidłowy. Pomiedzy ciałkami białymi w jednym przypadku przeważały jednojądrowe, o mocno zabarwionych jądrach i bardzo niewielkiej ilości protoplazmy [limfocyty], oraz komórki eozynofilowe o białych, dużych, niekształtnych jądrach i charakterystycznej ziarnistości. Miejscami ziarnistości te zajmowały znaczniejszą przestrzeń, otaczając kilka białych dość niewyraźnie konturowanych jąder. Komórki z γ -granulacjami [bazofilowe] występowały w bardzo szczupłej liczbie. Inaczej nieco przedstawiała się krew w drugim przypadku.

Ilościowo przeważały tu małe leukocyty; ilość komórek eozynofilowych była bardzo nieznaczna; natomiast znaleźliśmy liczne leukocyty z γ -granulacjami i jądrowe ciała czerwone. Obok typowych ciałek z bazofilowymi granulacjami występowały na barwionych skrawkach ze skrzepów krwi oddzielne grudki γ -ziarenek, albo też nawet pojedyncze ziarenka.

Śledziony wszystkich trzech badanych zwierząt były kolosalnie powiększone. Stosunek ciężaru śledziony do wagi ciała wynosił w jednym przypadku 1:18,5, podczas gdy u zdrowych mysz stosunek ten waha się pomiędzy 1:135 a 1:305 [8 spostrzeżeń]. Zmiany drobnowidzowe w śledzionach naszych myszy składają się wogóle na skończony obraz leukemicznej hiperplazji — zarówno miazgi, jak i ciałek MALPIGHI'ego. Na zabarwionych błękitem metylenowym i eozyną preparatach występują wyraźnie już przy makroskopowym badaniu znacznie powiększone ciała MALPIGHI'ego w postaci białych plam, poprzedzielanych czerwonymi smugami, w których drobnowidz wykazuje olbrzymią ilość ciałek czerwonych krwi, rozsianych beładnie pomiędzy leukocytami. W jądrach leukocytów spotykamy bardzo liczne karyjomitozy. Komórki eozynofilowe znajdujemy w niewielkiej ilości; natomiast na każdym prawie polu widzenia widzimy liczne bardzo ciała z γ -granulacjami, okrągłe, wrzecionowate, gwiazdowate, wreszcie kupki wolnych bazofilowych ziarenek. Z trzech śledzion dwie szczególnie odznaczały się obfitością komórek bazofilowych; trzecia zawierała je w mniejszej daleko ilości. Obok tych zmian na szczególną uwagę zasługują komórki olbrzymie. W każdym polu spotykaliśmy po kilka tych komórek różnej wielkości [27—45 μ], kształtu przeważnie okrągłego. Zawierały one po kilka lub kilkanaście jąder beładnie rozrzuconych w ciełe komórki lub też jakby jedno jądro z licznymi wypukleniami i przewężeniami. W jądrach, wogóle ubogich w chromatynę, spostrzegaliśmy kilka razy figury mitotyczne. Obecność komórek olbrzymich w śledzionach leukemicznych myszy na tem najbardziej zasługuje uwagę, iż u człowieka, o ile nam wiadomo, nic podobnego dotychczas przy białaczce nie opisywano. Z drugiej strony, komórki olbrzymie spotykamy w śledzionach myszy i w stanie prawidłowym.

W gruczołach limfatycznych, znacznie powiększonych, wykazać można wybitną hiperplazję obok wielkiej liczby dzielących się jąder. Komórki olbrzymie występują tu także, lecz w bardzo skromnej ilości.

Badanie szpiku kostnego mogliśmy przeprowadzić tylko w jednym przypadku, na skrawkach, otrzymanych z kości udowej, utrwalonej w 5% roztworze wodnym sublimatu, stwardzonej w alkoholu i odwapnionej w 2% kwasie solnym. Skrawki parafinowe barwiliśmy błękitem metylenowym i eozyną, płynem EHRICH'a i płynem BIONDI'ego. Preparatów ze świeżego szpiku (*Deckgläschenpräparate*), niestety, nie posiadamy. Na skrawkach, przygotowanych w sposób wyżej opisany, skonstatowaliśmy obecność bardzo znacznej ilości ciałek białych, posiadających wybitne, charakterystyczne cechy, a napotykanych w szpiku zdrowych myszy w znacznie mniejszej ilości. Są to duże leukocyty z jednolitą, nieziarnistą protoplazmą, żywo barwiącą się kwaśnymi barwnikami, z jądrem, umieszczonym na obwodzie komórki. Jądro przedstawia się w postaci pierścienia, najczęściej pełnego, rzadziej przerwanego na niewielkiej przestrzeni. Szpik leukemicznej myszy składa się prawie wyłącznie z takich komórek, przy zupełnym braku ciałek czerwonych zwykłych i jądrowych, komórek olbrzymich i zwykłych myelocytów, które to twory występowały stale w szpiku kilku zdrowych badanych przez nas myszy.

Wątroba i nerki były we wszystkich trzech przypadkach siedliskiem wybitnych zmian leukemicznych. Naczynia włosowate wątroby wypełnione były leukocytami. W tkance peryportalnej olbrzymie nacieki drobnokomórkowe. W nerkach występuje rozlana infiltracja leukemiczna, najwybitniej zaznaczona w kłębkach i pod torebką, gdzie miejscami tworzą się duże nacieczenia ogniskowe — limfomaty. Nabłonek kanalików prawidłowy; w niektórych, nielicznych zresztą, kanalikach występują jednorodne, słabo barwiące się błękitem metylenowym wałeczki.

W błonie śluzowej i podśluzowej żołądka znajdujemy rozlane nacieczenia leukemiczne i olbrzymią ilość komórek tłuszczowych (*Mastzellen*).

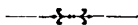
W błonie śluzowej kiszek cienkich i grubych obok rozlanej infiltracji drobnokomórkowej zauważyć można liczne bardzo ogniska limfatyczne. Niektóre z nich na przekroju nawet gołym okiem dostrzegać się dają.

W płucach widzimy bardzo wybitne nacieki leukemiczne w przegródkach, ściankach oskrzeli i grubszych naczyniach.

Badanie na mikroorganizmy we krwi, śledzionie, szpiku i gruczołach limfatycznych dawało nam wyniki ujemne bez względu na stosowanie najrozmaitszych metod barwienia. Przy barwieniu metodą GRAM'a otrzymaliśmy wprawdzie na skrawkach ze skrzepów krwi oraz ze śledziony kupki nieodbarwiających się ziarenek, podobnych do koków, lecz były to niewątpliwie bazofilowe granulacje, które, jak wiadomo, przy stosowaniu metody GRAM'a nie odbarwiają się także.

Z cząsteczki śledziony, przeniesionej *lege artis* na agar-agar i żelatynę w kilka minut po śmierci zwierzęcia, rozwinęły się w kilku próbkach hodowle mikrokoków, rozrzedzających żelatynę; próby jednak ze szczepieniem pod skórę, do krwi oraz w jamę otrzewną, wykonane na kilku myszach i jednym króliku, nie dały żadnego dodatniego wyniku.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



42. Sclérose en plaques i bezwład ogólny. [Lekcya, wypowiedziana przez prof. CHARCOT'a w Styczniu b. r.].

Przedmiotem dzisiejszej lekcji będzie przypadek, który moglibyśmy nazwać: *sclérose en plaques*, albo bezwład ogólny. Jakto? spytacie. Czyżby można mieszać te dwie tak różniące się od siebie choroby? Odpowiem na to: no z ograficzny obraz choroby zawsze znacznie odbiega od tych licznych odmian, jakie spotykamy w klinice. Nozograf przedstawia i opisuje typy, formy idealne; rzeczą klinicysty jest oryentować się w tych nieskończonych odmianach i nieprawidłowościach, jakie spotykamy w rzeczywistości.

Oto jest chora, która może wprowadzić w prawdziwy kłopot niewprawne go klinicystę. Gdy zaczniecie ją badać, zrazu zdawać się wam będzie, że macie przed sobą osobnika, dotkniętego *sclérose en plaques*. Badajcie jednak dłużej, a spostrzeżecie, że przedstawia ona objawy, nakazujące ją zaliczyć do kategorii paralityków ogólnych. Z czem więc istotnie mamy tu do czynienia? Powiem odrazu, co sądzę: oto, iż w danym razie istnieje kombinacja dwóch wzmiankowanych chorób, a że tak jest, przekonacie się łatwo z poniższego.

Chora nasza jest-to kobieta 32-letnia, bez wyraźnej dziedziczności nerwowej; wiadomo tylko tyle, że siostra jej chorowała na płasawicę SYDENHAM'a.

Z zawodu była baletnicą i tańczyła jeszcze wówczas, gdy posiadała już pierwsze objawy choroby; było to pięć lat temu; od dwóch lat stan jej jest niezmienny.

Powiedzmy najprzód, że chora istotnie dotkniętą jest *sclérose en plaques*. Spójrzcie, jak ona chodzi: chociaż jest podtrzymywana, chwieje się i kiwa, co stanowi cechę zmienną tego cierpienia; bezwładu dolnych kończyn nie posiada. A oto drugi objaw: przy wykonywaniu jakiegokolwiek ruchu dowolnego w górnych kończynach ujawnia się drżenie zamiarowe. W oczach nadto znajdujemy *nystagmus*, a gdy każemy chorej mówić, słyszymy wyraźnie mowę skandowaną, która podczas tego posiada jeszcze inny odcień, a mianowicie: sylaby zachodzą jedna na drugą i prócz tego litery *l* i *r* powtarzają się. Ten ostatni objaw należy do innego obrazu nozograficznego, do bezwładu ogólnego, którego współistnienia w danym przypadku chcemy obecnie udowodnić. Nie będzie to rzeczą tak trudną.

Przedewszystkiem zauważyć musimy, że chora, nie wykonywając nawet żadnego ruchu dowolnego, nie zachowuje się całkiem spokojnie: oto, ciągle widzimy małe drgawki w jej palcach. Następnie, gdy wyciąga język, spostrzegamy drobne ruchy warg i mięśni twarzy. Nie dość na tem, u chorej konstatujemy objaw ARGYLL-ROBERTSON'a, który spotyka się jedynie w bezwładzie ogólnym i wпадzie rdzenia, i nigdy dotąd nie był widziany w *sclérose en plaques*. Ale to jeszcze nie wszystko, bo oto chora przedstawia charakterystyczne napady padaczki czuciowej.

Padaczka czuciowa jest jedną z odmian padaczki częściowej. Już przy zwykłej formie ruchowej drgawkom niekiedy towarzyszy odrętwienie. U niektórych wszakże chorych drgawek wcale nie ma i istnieje tylko napad specjalnej sensacyi. Zwykle rzecz odbywa się w ten sposób: chory nagle odczuwa w palcach ręki mrowienie lub odrętwienie, które powoli rozprzestrzenia się na całą kończynę, następnie na odpowiednią połowę twarzy, głównie na wargi i język, wreszcie zstępuje do kończyny dolnej. Niekiedy tym sensacyjom ze strony czucia ogólnego towarzyszą sensacje ze strony zmysłów, wówczas padaczka jest jednocześnie czuciową i zmysłową.

Napady tego rodzaju spotykamy w bezwładzie ogólnym; należy wszakże pamiętać, iż bywają one i w innej jeszcze chorobie, migrenie oftalmi-

c z n e j. Ta ostatnia polega na następującem: chory nagle dostaje bólu w oku, następnie spostrzega skotomat iskrzący się, przedstawiający się w postaci półkola o kształcie, przypominającym fortyfikację, z pasem granicznym, zwykle zabarwionym na żółto i z wnętrzem, podobnem do wibrującego obłoku. Wszystko to jest w ruchu, rośnie, powiększa się, następnie znika. Później zjawia się hemianopsya, albo ślepotą przejściową, co także po jakimś czasie znika i pozostaje tylko ból głowy głównie w okolicy czołowej i ocznej.

Tak zazwyczaj przedstawiają się napady migreny oftalmicznej. Niekiedy wszakże są one bardziej skomplikowane: do powyższych objawów przyłącza się padaczka czuciowa, a nawet przejściowa afazyja, agrafia i amnezyja. W tej formie napady mogą trwać całe lata, niekiedy wszakże dają początek stałym zbowrozeniom (*monoplegia*, *aphasia*), i otwierają podwoje do bezwładu ogólnego ¹⁾.

Wracając do naszej chorej, powiemy, iż doznaje ona napadu padaczki czuciowej, której już towarzyszą zaburzenia mowy.

Tak więc mamy w danym razie z jednej strony: objaw ARGYLL-ROBERTSON'a, specjalny rodzaj zaburzenia mowy i napady padaczki czuciowej; z drugiej: mowę skandowaną, *nystagmus* i drżenie zamiarowe. Wobec tych dwóch szeregow objawów twierdzimy stanowczo, iż istnieje w danym razie asocjacja bezwładu ogólnego i *scélérose en plaques*.

Czy opisywano już podobny przypadek? Tak. Należy on do SCHUELE'go. W tym razie na seceyi znaleziono cechy znamienne dla obu powyższych cierpień.

Ścisła dyagnoza w takich przypadkach jest ważna: ze stwardnieniem mózgo-rdzeniowem bowiem można żyć lata całe i nawet osiągnąć prawie zupełne wyleczenie; podczas gdy bezwład ogólny zawsze kończy się śmiercią po upływie 4—5 lat.

Jeszcze jedna uwaga. Mówiliśmy o połączeniu dwóch chorób. Zaznaczamy, że to nie jest pomieszanie; dany przypadek nie stanowi czegoś w rodzaju mieszańca, jeno współistnienie całkiem przypadkowe dwóch rozmaitych cierpień.

Adam Wizel.

43. Hermann Schlesinger. Chorea chronica haereditaria.

Literaturę około 70 dotychczas znanych przypadków rzadkiego tego cierpienia, znanego pod nazwą *chorea Hartingtoni*, pomnożyły 3 spostrzeżenia znanego autora, pochodzące z kliniki NOTHNAGEL'a.

1) Kobieta, lat 38, *chorea* od 3 lat ciągle się wzmacnia. *Dementia*. Ojciec cierpiał na to samo. Chora przed 10 laty uległa urazowi z utratą przytomności. 3 lata temu zaczęły się ruchy płasawicze w kończynach górnych i dolnych, które przeszły i na tułów. Drgawki w twarzy zdarzają się bardzo rzadko. Język wysuwa chora prosto, lecz natychmiast kurczowo go cofa i często kręci nim w ustach. Mowa bardzo niewyraźna, chora silnie się jąka. *Hyperaesthesia* skóry, twarzy i ramion. Ruchy typowe, płasawicze, wzmagają się, gdy do

¹⁾ Pozwolimy sobie słowa powyższe uzupełnić kilkoma szczegółami. Migrena oftalmiczna jest według CHARCOT'a, neuroza, polegająca na przejściowym spazmie naczyń, należących do dziedziny tętnicy SYLWUSZA. Spazm ten ma powodować przejściową bezkrwistość całej tej okolicy, która obejmuje zawoje, mieszczące w sobie rozmaite ośrodki mowy i niektóre okolice czuciowe, leżące z tyłu zawojów wstępujących. Przejściowe te wszakże napady spazmu mogą z czasem doprowadzić do stałych zmian: naczynia mogą ulec stałemu zbowrozeniu i w ten sposób migrena oftalmiczna może się przeobrazić w chorobę organiczną, bądź w padaczkę czuciową, bądź w bezwład ogólny. Dlatego to należy być bardzo ostrożnym z rokowaniem, gdy do zwykłych objawów migreny oftalmicznej przyłączają się inne. Przy sposobności dodamy jeszcze, że w zeszłym roku BABIŃSKI opisał historyczną symulację migreny oftalmicznej; p. t. „*De la migraine ophthalmique hystérique*“. Paris 1891. [Przyp. sprawozdawcy].

chorej przemówić, ruchy dowolne nie wywierają na nie żadnego wpływu. Odruchy ścięgniste znacznie wzmożone. Podczas 3 miesięcy obserwacji często występowała niczem nieumotywowana zmiana usposobienia. Leczenie arsenem pozostało bez skutku.

2) Posługacz tramwajowy, lat 50. Ojca na 7 lat przed śmiercią „zaczęło rwać w rękach“, mowa stała się niezrozumiałą, lecz był rozsądnym do końca życia. Zmarł przy objawach trudności w połykaniu. Siostra ojca miała też drgawki; później obłąkanie. Dwaj bracia chorego, jeden lat 35, drugi 37, zmarli po kilkoletnich drgawkach. Chora siostra ma 2 synów [w 22 i 25 roku życia] zdrowych. Z sześciorga dzieci chorego — jeden syn jest epileptyk, reszta zdrowe.

Choruje od 2 lat, przedtem zawsze był zdrow. Przez jakiś czas *abusus in Baccho*; wenerycznej choroby nie przechodził. Od roku mowa utrudniona, drgawki w twarzy, osłabienie pamięci. Robi wrażenie przytępionego. Mowa bardzo powolna, często się zacina. Porażenie prawego nerwu twarzowego. Słuch z prawej strony cokolwiek słabszy. Ciągłe drgawki w twarzy. W kończynach umiarkowane choreatyczne ekskursyje. Odruchy kolanowe wzmożone, czucie prawidłowe, Drżenie języka. Usposobienie zawsze jednakowe, dość wesołe.

3) X... dopiero w 70 roku życia dostał typowo-choreatycznych ruchów w kończynach górnych. Po kilku latach nastąpiła całkowita *dementia*. Jeden syn zawsze był zdrow, tylko łatwo wpadał w rozdrażnienie, syn zaś tegoż zmarł na *paralysis progressiva*.

Drugi syn w 50 roku życia zapadł na płasawicę najpierw kończyn górnych, później całego ciała. Mowa stała się bardzo trudną. Zdziecinniał.

Trzeci syn ze swoim potomstwem — zdrowi.

Córka w okresie rozwoju płciowego chorowała na histero-epilepsyję. Jedną jej córkę: melancholiję, usiłowanie samobójstwa. Syn w 13 roku życia, dostał drgawek choreatycznych. Po latach mowa stała się powolną, pamięć osłabła.

Druga córka również od okresu dojrzałości choruje na histeryję. Dwoje jej dzieci cierpi na płasawicę: jedno od 12, a drugie od 13 roku życia, u obojga *chorea in statu quo*.

U 4 członków tej nieszczęśliwej rodziny wcześniej rozpoczęta i długo prowadzona kuracyja arsenikowa nie doprowadziła do żadnego rezultatu.

Na podstawie wszystkich dotąd opisanych przypadków płasawicy dziedzicznej przewlekłej, przyłączając do nich swoje 3 spostrzeżenia, szkicuje autor obraz choroby w sposób następujący:

W większości przypadków występuje ona pomiędzy 30—40 rokiem życia. [W statystyce Huër'a na 66 przypadków, podówczas znanych, w 10 rozpoczęła się przed 30 rokiem]. W 3 spostrzeżeniu autora u 3 osobników wystąpiła pomiędzy 12—14 rokiem życia. Raz zato sięgnęła swym początkiem w okres bardzo już podeszłego wieku. Mężczyźni częściej podlegają jej, niż kobiety, co jest wręcz przeciwnie *choreae minoris Sydenhami*.

Muskułatura oczna, podług zdania większości badaczy, nie przyjmuje w cierpieniu żadnego udziału. Mowa cierpi: w większości przypadków przy dłuższem trwaniu choroby staje się powolną, niezrozumiałą; często spostrzega się jąkanie. Niekiedy zaburzenia mowy występują dość wcześnie.

Odruchy ścięgniste znacznie wzmożone. Czasem lekki *Fussellus*. Chód w okresach późniejszych zawsze jest zmieniony, chorzy zataczają się, jak pijani. Ruchy choreatyczne mogą być wstrzymane siłą woli niekiedy w późniejszych studiach, podczas gdy w *chorea Sydenhami* — tylko w początkowych okresach. Nad całą symptomatologiją tego cierpienia dominują objawy psychiczne. Chorzy stają się apatyczni, nieporządni,

pamięć ich słabnie, w końcu wegetują. Dochodzi do tego, że mocz i stolec oddają bezwiednie pod siebie. Występujące zaś niekiedy i przy *chorea Sydenhami* zaburzenia w inteligencji przemijają wraz z chorobą.

Rokowanie nie niepomyślne. Choroba wciąż postępuje. Tylko jedyny [z wszystkich dotąd znanych] przypadek BIERNACKIEGO poprawił się pod wpływom arszeniku. Za okolicznościową przyczynę niekiedy przyjmują emocje: strach, radość; czasem występuje choroba nieznacznie, powoli, bez widocznej przyczyny. Niekiedy po porodzie, stosunkowo rzadko po *rheumatismus articularum i endocarditis*.

Za prawidłło uważać należy dziedziczne przechodzenie na potomków, bez przeskoków. Najczęściej dziedziczy się tę samą chorobę, czasem jednak padaczkę [sposprzeżenie 2] lub histero-epilepsyję [sposprz. 3].

Wpływy klimatu lub gruntu dają się stanowczo wykluczyć. Za endemiczną w Ameryce pierwotnie uważaną, opisaną później została i w różnych krajach Europy, a MEYNERT w Wiedniu opisał chorego, którego rodzina od 100 lat dotknięta jest tem cierpieniem. Uderzającym w tych choreatycznych rodzinach jest fakt posiadania dużej ilości dzieci, nawet w tych krajach, gdzie ilość ich nie przewyższa zwykle 2 [Francyja].

Co do siedliska choroby, zdania autorów nie są zgodne z sobą. NOTHNAGEL, CHARCOT wskazują je w okolicy *thalami optici* i graniczącej z nią części *capsulae internae*, MEYNERT przyjmuje podrażnienie *nuclei caudati i lenticularis*. Nowsi badacze upatrują siedlisko jej w korze mózgowej; albowiem najczęściej znajduwane były zmiany w niej i w oponie twardej.

Różniczkowa dyagnoza wahać się może pomiędzy *maladie des tic*, w tych 3 przypadkach stanowczo wykluczyć się dającą z powodu typowo-choreatycznych ruchów, a dwustronną atetozą, będącą bardzo rzadko chorobą familijną i bardzo rzadko u starych, w której ruchom stale towarzyszą objawy spastyczne. Leczenie pozostaje bez skutku.

(*Zeitschrift f. klin. Med. Tom XX. Zesz. I i II.*). Mieczysław Goldbaum.

44. Prof. W. Erb. O syfilitycznem porażeniu rdzeniowem.

Autor zwraca uwagę, że z pośród przypadków syfilitycznych cierpień rdzenia, rozpoznawanych teraz pod ogólną nazwą „*myelitis transversa*“, bardzo wiele przedstawia charakterystyczny i swoisty zbiór objawów, który pozwala utworzyć z nich odrębną formę kliniczną. Na pierwszy rzut oka chorzy tacy przedstawiają obraz spastycznego porażenia (*tabes spasmodica*), dopiero bliższe badanie wykrywa inne objawy. Rozwój cierpienia w tego rodzaju przypadkach jest zwykle powolnym; zjawiają się porażenia, przejściowe bóle, uczucie zmęczenia w kończynach dolnych, osłabienie i sztywność nóg, osłabienie pęcherza, poczem powstaje wysokiego stopnia porażenie spastyczne, rzadziej zupełne porażenie. Chód jest uderzająco spastyczny, ale obok ogromnego wzmożenia odruchów ścięgniowych, uderzającym jest nader słaby rozwój kontraktur i napięcia mięśniowego; w tym względzie przy bliższem badaniu znajdujemy znacznie mniej, niż oczekiwaliśmy. Zaburzenia czucia na kończynach osłabionych są zwykle nieznaczne i trudno je wykazać; autor nie widział nigdy zupełnego znieczulenia, ściśle ograniczonego ku górze. Osłabienie pęcherza i siły płciowej konstatujemy nieledwie bez wyjątku we wszystkich przypadkach. Odleżyna rozwija się nader rzadko; zaników mięśniowych i zmian pobudliwości elektrycznej nie ma.

Górna połowa ciała, ręce, szyja, źrenice i mięśnie oczne, pamięć i mowa pozostają nietknięte; naturalnie, jeżeli mamy przed sobą czyste, niepowikłane przypadki. Tu zauważyć bowiem trzeba, że przedstawiony typ można wynaleźć w przypadkach syfilisu mózgo-rdzeniowego.

Ważnem jest, że przypadki z przedstawionym zbiorem objawów dają wogóle dobre rokowanie i autor widywał bardzo często ogromne polepszenia przy le-

czeniu swoistem, pozwalające chorym wracać do swych zajęć, żenić się i t. p.. A jeżeli znacznej poprawy nie udaje się uzyskać, to i tak najczęściej choroba nie ma skłonności rozwijać się dalej.

Forma ta syfilitycznego cierpienia rdzeniowego zdarza się znacznie rzadziej, niż wiad rdzeniowy skutek syfilisu: przy 400 przypadkach ostatniego, obserwowanych w ostatnich latach 10, Erb widział tylko 30—35 przypadków opisywanej formy porażenia. Syfilityczne porażenie rozwija się we wczesnych okresach syfilisu między 1 a 3 rokiem po zarażeniu, a tylko w 4 obserwacjach syfilis był na 9—20 lat przed wybuchem cierpienia rdzeniowego.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to wiad rdzeniowy, syryngomyelija, *myelitis e compressione*, mają zupełnie inny wygląd. *Tubes spasmodica*, do którego syfilityczne porażenie autora ma wiele podobieństwa, nie przedstawia zmian czucia i cechuje się skurczami wysokiego napięcia. Trudniej odgraniczyć „*syphilitische Spinallähmung*“ od zwykłego poprzecznego zapalenia rdzenia: jako punkty wyróżniające można wystawić okoliczność, że w pierwszej formie chorobowej sprawa nie dochodzi do porażenia zupełnego, a zaburzenia czucia nie są tak wybitne, jak w formie drugiej.

Anatomicznych przyczynków dla swej formy Erb jeszcze nie posiada, co jest łatwo zrozumiałe wobec zwykle pomyślnego zejścia syfilitycznego porażenia. Można jednak przypuszczać istnienie następujących zmian w rdzeniu; sprawa jest umiejscowiona w części grzbietowej i niewątpliwie zajmuje małą przestrzeń, a nigdy całe przecięcie rdzenia. Nie ma się tu do czynienia z kombinowaniem cierpieniem pęczków tylnych i bocznych, bo cały obraz kliniczny przeczy temu: jednak można przyjąć, że zajęte są tylne części pęczków bocznych, co wypływa z obecności spastyczności i zwiększonych odruchów, a dalej ciepłą pewno tylne rogi szare i białe pęczki tylne, co wskazują zaburzenia czuciowe i pęcherza. Okolica korzeni nerwowych, w przeciwieństwie do wiadu rdzeniowego, nie zdaje się tu być silnie porażoną.

Z ogólnych uwag Erb'a, wypowiedzianych w zakończeniu artykułu, podnieść należy fakt, że autor skonstatował syfilis w 35—40% przypadków, należących do kategorii „*myelitis chronica, s. myelitis dorsualis*“.

(*Neurolog. Centralblatt. 1892. Nr. 6.*)

E. Biernacki.

45. K. Sapięko. Materyjał kliniczny, dotyczący transplantacji błony śluzowej.

Pracując w klinice prof. СНОДИН'a nad transplantacją rogówki, autor doszedł do wniosku, że wtedy tylko ona udać się może, jeżeli rogówka przenoszona będzie wraz z szerokim pierścieniem otaczającej ją błony śluzowej—łącznicy. Przeglądając literaturę, dotyczącą transplantacji błony śluzowej, znalazł autor, że już w 1871 r. CZERNY próbował przenosić małe płatki błony śluzowej na pokryte ziarniną rany. W następnych latach REYMOND, BECKER, MOSSELON, HEIBERG i inni ogłaszają pomyślne rezultaty usunięcia zrostu powiek z gałką oczną (*symblepharon*) za pomocą transplantacji łącznicy królika. HLING używa w tym celu błony śluzowej z wargi pacjenta. W 1877 r. KAINDL opisuje 4 przypadki powiększenia worka łącznicowego za pomocą transplantacji łącznicy królika; 1881 r. DUFOUR ogłasza 4 przypadki transplantacji błony śluzowej z wargi i policzka człowieka. 1886 r. WOLFF ogłasza 35 pomyślnych przeszczepień łącznicy królika.

W większości tedy przypadków przeszczepiano łącznicę królika, niektórzy tylko operatorowie korzystali z błony śluzowej człowieka. W opisach spotyka się wiele sprzeczności; uderza w nich brak obiektywizmu, pobieżne traktowanie kwestyi, brak ścisłej obserwacji i szczegółowego opisu techniki. Szczególniej zadowoleni z rezultatów są ci autorowie, którzy przez krótki czas obserwowali chorych; inni uskarżają się, że przeszczepiony płat znacznie się ściąga, przez co dobry początkowo rezultat zupełnie zniszczonym zostaje.

Nie znalazłszy w literaturze żadnych pewnych danych, upoważniających do wyrobienia sobie pewnego na tę kwestyję poglądu, postanowił autor zająć się osobiście transplantacją błony śluzowej. Używał jej przedewszystkiem w celu usunięcia podwinięcia powieki (*entropion*), tego tak częstego i dla oka groźnego procesu, w przekonaniu, że metoda ta przy odpowiedniej technice wolną będzie od braków wszystkich używanych dotąd metod; w przekonaniu tem utwierdzały go i dobre rezultaty, ogłoszone przez STORV'ego, który, korzystając z opublikowanego 1882 r. projektu MILLINGEN'a, przeszczepiał błonę śluzową dla usunięcia podwinięcia powiek.

Oto metoda SAPIEŻKI. Odciągnąwszy dobrze górną powiekę, która leży na podkładce JAEGER'a, przecina się nożem cały brzeg powiekowy o 1 mm. poniżej rzęs. Od końca tego cięcia prowadzi się 2 dodatkowe cięcia skórne do góry w celu utworzenia szerokiej rany i usunięcia elastycznego ciśnienia górnej wargi rany. Jeżeli chrząstka jest zgrubiała, to można nożem zrobić kilka skrawków z jej powierzchni; tym samym sposobem usuwa się pozostałe na brzegu chrząstki cebulki włosowe. W tak przygotowaną ranę wszczepia się odpowiedni płät z błony śluzowej wargi i umocowuje się go 10—12 szwami. Opatrunek zwykły.

Otrzymałszy pomyślne rezultaty w 24 przypadkach podwinięcia powieki górnej, przeszczepiał następnie autor w 10 przypadkach płaty błony śluzowej dla usunięcia podwinięcia dolnej powieki i powiększenia worka łącznicowego przy niedomykalności powiek (*lagophthalmos*). W ostatnim razie płaty były znacznie większe i technika nieco zmodyfikowana.

Prócz bezpośredniego rezultatu—usunięcia cierpienia—przypadki te wyjaśniły kwestyję przyjmowania się błony śluzowej wogóle. Przeszczepiona na obcy grunt, przechodzi ona, podług autora, następujące fazy: 6—12 godzin po oddzieleniu od gruntu macierzystego jest błona śluzowa niezmiernie błądą, poczem obrzmiewa i nabiera sinej barwy, pewny dowód rozpoczynającego się obiegu krwi; po 24 godzinach, gdy cały płät jest unaczyniony, staje się on jasno czerwonym. Po 2 dniach zewnętrzne warstwy nabłonka mętnieją, błona śluzowa pokrywa się nalo-tem, który stopniowo znika, tak, że po 8—10 dniach powierzchnia błony śluzowej staje się lśniąca i różową. Opatrunek jest już zbityczny. Ostatnią fazą jest przystosowanie się do nowych warunków życia; zaczyna się ona z chwilą zdjęcia opatrunku i polega na wysychaniu nabłonka, który oddziela się w kształcie drobnej łuski. Przez 2 miesiące po przeszczepieniu płät błony śluzowej kurczy się nieco, poczem już żadnym widocznym zmianom nie podlega.

Prócz błony śluzowej warg, używał także autor błony śluzowej pochwy i przekonał się, że posiada ona niemniejszą zdolność do przyjmowania się na obcym gruncie.

Jeżeli przy leczeniu *entropion* przeszczepianie błony śluzowej daje tak pomyślne rezultaty, to o wiele jeszcze piękniejszymi są one przy blefaroplastyce. Dotychczas ta najważniejsza ze wszystkich plastycznych twarzowych operacyja dawała nieszczególne rezultaty. Nowo utworzona powieka, zablizniając się na wewnętrznej powierzchni, kurczy się i staje się zbyt krótką, lub też dolny jej brzeg zawija się i drażni rogówkę. WOELFLER dopiero wpadł na pomysł wyściełania wewnętrznej powierzchni powieki błoną śluzową. W kilku przypadkach na pokrytą ziarniną powierzchnię powieki przeszczepiał oddzielne kawałki błony śluzowej pochwy i otrzymał pewne pomyślne rezultaty. Z początku trzymał się autor ściśle wskazówek WOELFLER'a: technika jednak tej operacyi zbyt mu się znużną wydała i dlatego postanowił jednocześnie tworzyć powiekę ze skóry i podścielać ją błoną śluzową. Brał szeroki płät z okolicy skroniowej na wąskiej nóżce: do brzegu, który miał stanowić brzeg nowej powieki, przyszywał przygotowany już płät błony śluzowej wargi, drugi brzeg tego płata łączył z brzegiem łącznicy gałkowej, i wtedy dopiero przyszywał płät skórny na odpowiednie miejsce. Autor opisuje 8 operowanych w ten sposób przypadków. W jednym z nich utworzył się w kilka dni po operacyi ropień między płatami skóry i błony śluzowej.

wej. Zdjęto 2 szwy i wypuszczono łyżkę stołową ropy. W kilka dni zatrważające objawy minęły; oba płaty przyjęły się doskonale. W dwóch innych przypadkach nastąpił na 2 dzień po operacji dość silny krwotok i skrzepy podniosły płat błony śluzowej. Pod mocnym opatrunkiem krwotok ustał zupełnie; na 6 dzień po operacji zdjęto szwy i skonstatowano doskonały rezultat. Przytoczone przypadki dobitnie wskazują, jak żywotną jest błona śluzowa, skoro duże jej płaty, przeniesione na źle odżywiany grunt, przyrastają doskonale, przy takich nawet powikłaniach, jak ropień i krwotok.

Te cechy błony śluzowej naprowadziły autora na myśl usuwania chorej nieuleczalnie łącznicy i zastępowania jej błoną śluzową wargi lub pochwy. Do nieuleczalnych zalicza autor i niektóre formy trachomatu i podaje szczegółowy opis 8 przypadków, w których chorey worek łącznicowy częściowo lub w całości usunięto i zastąpiono nowym, utworzonym z błony śluzowej warg. Przypadki te wykazały, że wycięcie całego worka łącznicowego, przy racjonalnej, dość zresztą skomplikowanej technice, nie spowodzają żadnych złych skutków dla oka, że ruchy gałki pozostają swobodne, że funkcja organów łzowych nie ulega żadnym zaburzeniom, że trachomat na nowej łącznicy nigdy się nie rozwija. W wielu natomiast przypadkach następuje poprawa siły widzenia, dzięki oczyszczaniu się rogówki.

Transplantacji błony śluzowej zwierząt poświęca autor cały rozdział, opisując 7 przypadków przeszczepienia błony śluzowej królika i psa oraz 2 przypadki, w których brano płaty z wargi małpy. We wszystkich przypadkach płaty niewątpliwie się przyjęły, lecz po 20—60 dniach, wskutek zmienionych warunków odżywiania, uległy wessaniu i zanikowi. Długi czas obserwowania chorych po operacji jest, zdaniem autora, przyczyną różnicy w zapatrywaniu się jego i wymienionych wyżej autorów na kwestyję przeszczepiania błony śluzowej zwierzęcej.

Praca SAPIEŻKI ilustrowana jest 8 tablicami, zawierającymi 20 fotografii operowanych oczów.

(*Wiestnik oftalmologii. 1891. Zeszyty 4, 5, 6.*

St. Popławska.

46. W. Sniegirew. *Restitutio vaginae per transplantationem ani et recti.*

Do nadzwyczaj pomysłowych i śmiałych zabiegów chirurgicznych w ginekologii bez zaprzeczenia zaliczyć można utworzenie sztucznej pochwy, co zostało po raz pierwszy skutecznie przez profesora Moskiewskiego Uniwersytetu Sniegirewa. W końcu roku zeszłego zgłosiła się do autora 17-letnia włościanka, od $\frac{1}{2}$ roku zamężna, która się uskarżała na brak miesiączki i niemożność spółkowania. Z wywiadów zanotowano, że miesiączki nigdy nie miała. Mając lat 15 pierwszy raz poczuła silny ból w dolnej części brzucha, w krzyżu i łamanie w kończynach górnych i dolnych. Objawy te zwykle trwały 3—4 dni i zniknęły, by znów po 2—3 tygodniach się zjawić. W końcu 16 roku życia wyszła za mąż i bóle wyżej wymienione znikły z wyjątkiem lekkiej bolesności w sutkach. Podczas pierwszego *coitus* chora czuła nadzwyczajny ból, co się i później w podobnych razach powtarzało, tak, że spółkowanie wywoływało u chorej strach i odragę. Tak się rozpoczął prawdziwy dramat małżeński, który niejednokrotnie był przepłatany zamiarem samobójstwa i co nareszcie skłoniło chorą do szukania pomocy lekarskiej. Przy badaniu okazało się: chora średniego wzrostu, dobrej budowy i odżywiania, przyjemnej powierzchowności; sutki dobrze rozwinięte, wzgórek łonowy pokryty gęstym włosem; wargi większe i łechtaczka rozwinięte, wargi mniejsze w stanie zanikłym. Cewka moczowa lejkowato rozszerzona. Cała przestrzeń od cewki do otworu stolcowego przedstawia krocze. Na samym środku krocza w miejscu, które by odpowiadało wejściu do pochwy, znaleziono gwiazdkowatą bliznę z niewielkim otworkiem we środku, który się zagłębia na $\frac{1}{4}$ cala. Blizna ta powstała od niejednokrotnych prób przebicia krocza szydłem. Badając *per anum* znaleziono, że kiszka prosta przylega do pę-

cherza na przestrzeni 3 cali. Ani macicy, ani przydatków wymacać nie było można. Powyższe badanie zniewoliło autora do postanowienia rozpoznania wrodzonego braku pochwy i macicy z prawdopodobną obecnością śladów jajników (ze względu na *molimina menstrualia*). Ponieważ chora, pogodziwszy się z losem niemożności zostania matką, koniecznie się domagała, by mogła przynajmniej pełnić obowiązki małżonki, autor, na zasadzie swoich badań anatomo-topograficznych, które go przekonały o nadzwyczajnej ruchomości dolnego odcinka kanału kiszkiowego, a także opierając się na danych kazuistycznych o wielkiej rozciągliwości kiszki prostej, tak, że nawet jest możebnem urodzenie donoszonego płodu *per rectum*, zdecydował się na wykonanie następującej operacji: po uspianiu chorej, w położeniu na prawym boku, przeprowadzono cięcie wzdłuż lewego brzegu dolnej części kości krzyżowej i ogonowej, aż do odbytu; przez utworzony w ten sposób otwór wypatroszono całą kość ogonową, za pomocą palca oddzielono odbytnicę od kości krzyżowej i od pęcherza moczowego, następnie sprowadzono do rany *rectum*, które między dwiema ligaturami pod *m. sphincter ani tertius* zostało przecięte; na górną część dolnego odcinka nałożono szew kuśnierski, zawinąwszy błonę śluzową do wewnątrz. W taki sposób utworzono ślepy worek, który miał zastąpić pochwę. Górny zaś odcinek odbytnicy ściągnięto na dół, wszyto w ranę na miejscu usuniętej kości ogonowej w taki sposób, aby włókna *m. levatoris ani*, otaczając odbyt, mogły podtrzymywać działanie *m. sphincteris ani tertii*. Była to pierwsza część zabiegu, poczem nałożono odpowiedni opatrunek, podano makowiec, pokarmy zaś tylko płynne. Po 8 dniach zdjęto opatrunek, przyczem okazała się *prima intentio*; przez cały ten czas chora, prócz bólu, na nic się nie uskarżała.

W dwa tygodnie po pierwszej operacji przystąpiono do utworzenia sztucznego sromu. Chorą znowu uspiono i ułożono, jak do litotomii; wprowadzono skalpel w pierwotny odbyt, przeprowadzono cięcie przez części miękkie aż do dolnego brzegu cewki moczowej. Błona śluzowa *recti* za pomocą szwu została przymocowaną do sąsiednich miękkich części i w taki sposób otwór stolcowy przyjął formę podłużnej szpary, otoczonej małemi wargami. Po 8 dniach zdjęcie szwów — *prima intentio*. W 23-im dniu po operacji zanotowano, że chora jeszcze nie może utrzymywać stolców, przez co przystąpiono do elektryzacji sztucznego odbytu prądem indukcyjnym. W 58-m dniu po pierwszej operacji chora nie jest jeszcze w stanie zatrzymywać stolców płynnych, ani gazów, twarde zaś stolec zostaje zatrzymywany. Po 4 miesiącach chora zostaje z kliniki wypisaną, przyczem skonstatowano, że chora doskonale gazy, jak również wypróżnienia zatrzymuje, a w 3 tygodnie później listownie donosi, że czuje się bardzo dobrze i jest zdolną *ad coitum*.

(*Medicina*. Nr. 10. 1892).

M. Zucker [z Kalisza].

47. M. Nencki. Badania chemiczne nad drobnoustrojami wywołującymi zapalenie wymion u krów i kóz.

Są to badania, dążące do wykrycia zmian, zachodzących w mleku pod wpływem zapalenia gruczołu mlecznego u krów i kóz, jako więc mające doniosłe znaczenie pod względem higienicznym, zasługują na streszczenie w Gazecie.

We wszystkich postaciach zapalenia wymion stale znajdowano w świeżem mleku bakteryje, które przeszczepione na wymiona zwierząt zupełnie zdrowych, wywoływały zapalenie [GUILLEBEAU]. Produkty przemiany materji tych drobnoustrojów, a więc produkty, pochodzące z rozkładu mleka pod działaniem bakteryj, mogą również wywołać zapalenie [Bong]. Stosownie do rozmaitych postaci zapalenia i zmiany w mleku bywają rozmaite. Głębokie zmiany w mleku spozstrzegać się dają przy *mastitis parenchymatosa*, której najczęstszą przyczyną jest *bacillus GUILLEBEAU a*, jako też przy chorobie wymion, noszącej w Szwajcaryi nazwę „*sporadischer Galt*“, którą wywołuje *streptococcus mastitidis sporadicæ*.

Wogóle GUILLEBEAU wyhodował 11 różnych postaci drobnoustrojów przy zapaleniu wymion. Dwie wyżej wspomniane i *bacillus* GUILLEBEAU c zostały szczegółowo zbadane pod względem chemicznym przez BISCHLER'a, MACFADYEN'a, DZIERZGOWSKIEGO i autora i te to badania podaje ten ostatni w pracy niniejszej. My ograniczyć się musimy na przytoczeniu wniosków jego. Wszystkie te trzy postacie drobnoustrojów, wywołujące zapalenie wymion, a zwłaszcza *bacillus* GUILLEBEAU a i c, są to saprofity fermentacyjne, które nie rozkładają w mleku ani białka ani tłuszczu, lecz jedynie glicerynę i wodany węgla, wywołując przytem silne wywiązywanie się gazu. Ich działanie chorobotwórcze jest nieznaczne: koty karmione mlekiem, zakażonem temi lasecznikami, zapadały tylko na niezbyt kiszek.

GUILLEBEAU przekonał się jednak, że drobnoustroje te nie są swoiste dla zapalenia wymion. Lasecznik kartofla i inne saprofity, wstrzyknięte do gruczołu, wywoływały również zapalenie. Z tem wszystkiem jednak nie każda postać drobnoustrojów, wprowadzona do gruczołu, jest w stanie wywołać zapalenie jego i rozkład mleka. Z tego też powodu autor postanowił przekonać się, jakie będą następstwa wprowadzenia do gruczołu mlecznego rozmaitych drobnoustrojów chorobotwórczych, człowiekowi szkodliwych, t. j. jak długo drobnoustroje te pozostaną w gruczołach przy życiu i jakie zmiany wywołają w mleku. W tym celu wybrał do doświadczeń: 1) *streptococcus pyogenem*, 5) tak zwane streptokoki szkarlatyny [czyli streptokoki, wyhodowane z ropnia u dziecka chorego na szkarlatynę i nie będące identycznymi ze streptokokami róży i ropotwórczym] i 3) streptokoki róży. Czystą hodowlę tych drobnoustrojów wstrzykiwał N. do gruczołów mlecznych zdrowych kóz i badał mleko pod względem chemiczno-bakteryjologicznym. Wyniki tych badań zestawili autor w czterech tablicach. *Streptococcus pyogenes* wywołał ostry, krótkotrwały niezbyt brodawki. Mleko zaś przedstawiało zmiany następujące: Ilość jego zmniejszała się, zmniejszała się też zawartość cukru i tłuszczu w mleku jako też stopień jego kwaśności. Mleko zawierało znaczną ilość ciałek ropnych. Po 9-ciu dniach z mleka tego udało się jeszcze wyhodować *staphylococcus pyogenem*.

„Streptokoki szkarlatyny“ nie wywoływały na wymieniu żadnych zmian widocznych. Mleko jednak silniej zmianie uległo: zabarwiło się na zielono, ścinało się przy wrzeniu; ilość cukru i tłuszczu jakoteż kwaśność uległy zmniejszeniu. Mleko zawierało dużo ciałek ropnych. Przebieg niezytu był krótkotrwały.

Streptokoki róży wywoływały ostry niezbyt ropny, który miał w tym razie jednak przebieg przewlekły. Miejscowych objawów również nie było żadnych. Mleko jednak uległo zmianie. Zawierało ropę, ścinało się przy wrzeniu; ilość cukru i tłuszczu jakoteż kwaśność uległy zmniejszeniu. Ilość związków białkowych znacznie się tu jednak powiększyła, tak, iż w ciągu 3 do 4-ch dni prawie się podwoiła.

Z badań swych autor wyprowadza wniosek, że nie ma mikrobów swoistych, wywołujących zapalenie wymion. Mleko, w żywym gruczołach zawarte, przedstawia doskonałą glebę odżywczą dla rozmaitych mikrobów. Między niemi najsilniejsze zapalenie wymion wywołują te, które posiadają w największym stopniu własność wywoływania fermentacji. Jakkolwiek gruczoł mleczny jest nadzwyczaj wrażliwy nawet na substancje obojętne, do niego wprowadzane, to jednak posiada pewną siłę odporności i jest w stanie odeprzeć słabą inwazyję mikrobów. GUILLEBEAU zrobił spostrzeżenie, że przy sztucznych próbach szczepień sprawa dochodziła do zapalenia wtedy tylko, gdy do gruczołu wprowadzono nie mniej niż 5 kropel płynnej hodowli. To samo dotyczy i wstrzykiwań mleka zarażonego. Tem się tłumaczy, dlaczego nie po każdym zanieczeniu lub uszkodzeniu wymienia lub brodawki występuje zapalenie. Z drugiej

jednak strony znane są przypadki zapalenia, które wywołane zostało przez wprowadzenie—jako cewnika—pióra gołębiego do brodawki, lub wskutek nieczystego utrzymania obory. Karmienie jest również przyczyną usposabiającą. Na zakończenie radzi autor więcej zwracać uwagi pod względem bakteriologicznym na choroby wymion u krów i kóz podczas epidemij: dyfterytu, tyfusu, szkarlatyny, odry i t. d., aby się przekonać, czy mleko podczas epidemij nie bywa przypadkiem roznosicielem zarazka.

M. Zweigbaum.

(*Archives de sciences biologiques, publiées par l'Institut Impérial de médecine expérimentale à St. Pétersbourg. Tome I. 1892*).

Wiadomości terapeutyczne.



21. O mechanicznem leczeniu rozedmy płuc. Nie rozporządzając odpowiedniami środkami farmaceutycznymi, pod wpływem których tkanka płucna mogłaby odzyskać utraconą sprężystość, a zanikłe ściany pęcherzyków płucnych powrócić do stanu prawidłowego, poczęto się oglądać za środkami mechanicznymi, za sprawą których możnaby było pomagać oddechać chorym, dotkniętym rozedmą płuc. I rzeczywiście, w chorobie, posiadającej tak wybitny charakter mechaniczny, jaką jest rozedma płuc, w chorobie, w której mechanizm oddechania tak głęboko zostaje naruszony, wszystko zdaje się przemawiać za tem, że jeśli uda się nam dojść w tym względzie do celu, to na tej drodze najwięcej szans się przedstawia. Niepodobna nawet na razie wyobrazić sobie, ażeby w inny sposób można było skuteczniej podzielać na pierwsze i najważniejsze zбочenie, cechujące rozedmę płuc, t. j. na utrudnione wydechanie. Natura sama zdaje się mieć tego środka: gdy chory doznaje większego braku powietrza i uczucia ściśnięcia [opresji] przywołuje natura do pomocy, bez świadomości nawet chorego, pomocnicze mięśnie wdechowe. *Mm. sterno-cleido-mastoidei i scaleni*, zostają w ruch wprowadzone, ztąd klatka piersiowa zostaje wydłużoną i ku górze wyciągniętą. Gdy napady duszności dochodzą wyższego jeszcze stopnia, wówczas stają do apelu dźwigacze żeber i łopatki, i wraz z całym aparatem mięśniowym, przyczepiającym się do klatki piersiowej, a wychodzącym od łopatki i ramienia, rozwijają energicznie swoją czynność. By zaś choć małą część powietrza wyprzeć z płuc, z całą solidarnością współdziałają w tej akcji mięśnie brzuszne. Kureczą się one, nie żałując siły, aby przez trzewa na przeponę podzielać.

Myśl mechanicznego leczenia rozedmy płuc oddawna już zajmowała umysły lekarzy. Pierwszy atoli GERHARDT zwrócił baczniejszą uwagę na uciskanie klatki piersiowej, stosowane jeszcze przez dawniejszych lekarzy. Manipulacja uciskania zasadza się na tem, że podczas wydechu uciska się klatkę piersiową rękami. Procedury jednak tej nie powinien sam chory wykonywać, a to żeby uniknąć znacniejszego natężenia mięśni ramieniowych. Metodę tę, która przez stetograficzne i pneumatometryczne badanie RIEGEL'a i WALDENBURG'a nowej i pewnej nabrała podstawy, GERHARDT zastosował w dwóch przypadkach rozedmy płuc z pomyślnym skutkiem, zalecając ucisk 2—3 razy dziennie. Po kilkotygodniowym, codziennem takim uciskaniu zauważył on zwiększenie żywotnej pojemności płuc, zmniejszenie częstości oddechania i uczucia braku powietrza, ułatwienie wykrztuszania, podniesienie przepony i zwiększenie stłumienia sercowego, skutkiem zmuśnięcia się granic płuc. Metoda ta, według GERHARDT'a, szczególnie jest wskazana w tych przypadkach, w których lepka wydzielina, zatykająca oskrzela, z powodu słabości mięśni nie może być wydaloną. Ciśnienie podczas wydechu, ułatwiając dowóz tlenu i wzmacniając przez to mięśnie, ułatwia znakomicie sam akt wykrztuszenia.

Wkrótce po tem zaczęły pojawiać się spostrzeżenia innych autorów, jak: DOWNARA, ROSSBACH'a, OERTEL'a i innych, potwierdzające pomyślne wyniki leczenia emfizematyków tą metodą. Połączenie leczenia pneumatycznego z uciskaniem klatki piersiowej metodą GERHARDT'a przynosiło chorym, jak powiada ROSSBACH, rzeczywistą korzyść, nawet przy starszej rozedmie płuc, powiklanej silnym nieżytem oskrzeli i astmą. Sposób ten jednak ręcznego uciskania klatki piersiowej

przedstawia wiele niedostatków, i dlatego nie mógł on znaleźć tak szerokiego zastosowania, jakby tego w interesie chorych, trapionych wysokim stopniem duszności, życzyć sobie należało. 1) Potrzebny jest tu odpowiedni pomocnik. 2) Żadna siła pojedynczego człowieka nie wystarcza, aby procedurę tę dłużej nad kwadras lub pół godziny przeciągnąć. 3) Pomocnik, nie może tak ściśle przystosować ucisku do ruchów oddechowych, jak tego potrzeba. 4) W chwili, kiedy chory skutkiem nagłego napadu duszności najbardziej potrzebuje ucisku, np. w nocy, nie ma pomocnika. 5) Pomocnik, może tylko mały odcinek klatki piersiowej na raz uciskać, a nie całą klatkę piersiową. Skutkiem takiego ograniczonego ciśnienia, działającego od zewnątrz, nieuciśnięte części płuc muszą się zastępczo rozciągać i t. p.. Prócz tego GERHARDT zauważył u chorych swoich lekkie krwotoki i drganie mięśni. Ten ostatni objaw ma, podług niego, powstawać skutkiem tego, że pod wpływem wywartego ciśnienia kwas węglany dostaje się z zamkniętych przestrzeni płuc do krwi i gromadzi się w niej w większej ilości.

Dla ułatwienia aktu wydechania u emfizmatyków D-r GEXER poleca kaftanik elastyczny, a FERIS¹⁾ przyrząd podobny do zwykłych opasek przepuklinowych. Przyrząd ten składa się z dwóch stalowych sprężyn, zakładających się pod pachami, i z dwóch pelot podbitych fanelką, które zakładają się na bokach piersi, na chrząstkach żebrowych. Ponieważ świeżym jest, ażeby opaska dobrze przylegała do ciała, a sprężyna lekki tylko ucisk wywierała, nie krępując swobodnego wdechu, w każdym więc pojedynczym przypadku musi być ona zrobiona podług miary. Opaskę taką chory może nosić cały dzień, nie dozając żadnych nieprzyjemnych sensacji. FERIS stosował opaskę tę u 13 emfizmatyków, i u wszystkich otrzymał wyniki mniej lub więcej pomyślne. Duszność zmniejszała się, oddech stawał się głębszym i mniej częstym, życiowa pojemność płuc zwiększała się, ogólny stan poprawiał się. Chorzy, którzy przedtem z trudem tylko mogli przejść niewielką przestrzeń, swobodnie wchodzili na schody i odbywali bez zmęczenia paro-godzinne wycieczki. Po nałożeniu opaski duszność szybko się zmniejsza, ale i szybko powraca, skoro opaskę zdejmujemy. Po powtórnej jej nałożeniu wkrótce znów ustępuje. O pomyślnem działaniu opaski FERIS'a u emfizmatyków przekonali się CONSTANTIN PARL w szpitalu Lariboisière, TREILLE i ROCHEFORT.

Wszakże jako rzeczywisty postęp w terapii rozedmy płuc i astmy uważany być musi przyrząd ROSSBACH'a²⁾ (*Athemstuhl*), opisany przezeń w r. 1887 i znakomicie ułatwiający akt wydechania przez ucisk całej, mniej więcej, klatki piersiowej, którego siłę stosuje w miarę potrzeby sam chory.

Przyrząd ROSSBACH'a składa się ze zwyczajnego krzesła o dosyć wysokiej poręczy, z tyłu której znajdują się dwie poziome deszczułki, między którymi mogą obracać się opatrzone w czopy z kutego żelaza 2 drewniane wałki, mające po 7 ctm. średnicy. Do każdego wałka jest przymocowany kolankowato drążek, którym siedzący na krześle chory może poruszać ku sobie i od siebie. Za pomocą gwintów i naciskających deseczek przymocowane są do wałków cztery konopiane taśmy odpowiedniej długości i szerokości. Trzy dolne taśmy przeciągnięte przez poręcz krzesła opatrzone są haczykami i pętelkami, za pomocą których zapinają się na piersi chorego; górną zaś taśmę, przechodzącą przez ramię, przypina się do taśmy tuż pod nią znajdującej się.

Krzesła tego używa się w następujący sposób: zwalnia się gwinty przytwierdzające taśmy, chory siada na krześle i zagina na piersi trzy dolne taśmy, najwyżej zaś znajdującą się taśmę przeciąga przez ramię i przypina do sąsiedniej taśmy. Następnie osoba druga naciąga wszystkie taśmy tak, ażeby one wszędzie dobrze przylegały do piersi chorego, nie utrudniając oddechu [wdechu], poczem taśmy przymocowuje się w tyle gwintami.

Wziąwszy do rąk końce drążków, które mniej więcej powinny mieć położenie poziome, chory wdech, jak zwykle, głęboko, pod koniec zaś następującego wdechu, zbliża drążki ku sobie. Wskutek takiego ich zbliżenia, taśmy naciągają się i klatka piersiowa uciska się. Następnie już w szybszym tempie dźwignie odsuwają się na zewnątrz do pierwotnego położenia. Ponieważ jednocześnie z drążkiem i ręce oddalają się od ciała, przeto ułatwionym zostaje następny wdech. Każdy wałek skracza taśmę przeciętnie 4,4 ctm., oba zaś razem 8,8 ctm..

¹⁾ Bulletin général de therapeut. médicale et chirurgicale. 1883.

²⁾ Illustrierte Monatsschrift der ärztlichen Polyt. Czerwiec. 1887.

Działanie więc krzesła ROSSBACH'a polega głównie na zmniejszeniu pojemności klatki piersiowej, *respective* na wzmocnieniu wydechu. Wskutek zaś wzmocnionego wydechu nagromadzony śluz łatwiej i w większej ilości zostaje wykrztuszany, część zapasowego obfitującego w kwas węglany powietrza wydaloną zostaje z płuc, prócz tego podczas uciskania klatki piersiowej zmniejsza się łożysko krwi w płucach, krew z płuc zostaje wypychana, i tym sposobem małe krążenie krwi staje się swobodniejszym, przepona zaś podnosi się ku górze, a rozciągnięte płuca zmniejszają swą objętość. Wszystko to daje możność przy następnym wdechu wprowadzenia do płuc większej ilości zawierającego tlen powietrza, następstwem zaś tego jest zmniejszenie częstości oddechów i zwiększenie życiowej pojemności płuc.

Bezpośrednio po posiedzeniu takim oddech i tętno tak u zdrowych, jako i emfizmatyków, zwiększają się nieco ilościowo. Przyczyną tego zdają się być ruchy mięśniowe kończyn górnych, niezbędne przy użyciu krzesła. Dlatego też należy przyjąć za zasadę, aby podczas posiedzenia robić przestanki dla wypoczynku, szczególnie zaś w początku leczenia, kiedy liczba oddechów jest jeszcze znaczna.

Że pojemność życiowa płuc podczas działania przyrządu i jakiś czas potem zwiększa się rzeczywiście u zdrowych i emfizmatyków i to kosztem zapasowego powietrza, wykazują próby, dokonane przy pomocy spirometru HUTCHINSON'a. Doświadczenie zaś z pneumatometrem WALDENBURG'a wykazały, że siła wdechu i wydechu zwiększa się, mianowicie zaś ta ostatnia.

Obwód klatki piersiowej przy dłuższym stosowaniu przyrządu ROSSBACH'a zwykle zmniejsza się o 0,5 do 1,5 ctm., ruchomość zaś klatki piersiowej wzmagą się. Na szczególną uwagę zasługuje zmniejszanie się liczby oddechów, które częstokroć z 38 redukują się do 24. Czem objaśnić takie obniżenie liczby oddechów?

Duszność u emfizmatyków powstaje głównie z powodu niedostatecznego wydechania, skutkiem czego powietrze w płucach nie odnawia się należycie, wymiana zaś gazów między krwią i powietrzem zewnątrzem niedostatecznie się odbywa. Przyrząd ROSSBACH'a, zwiększając w znacznym stopniu energię wydechu i wydając część zapasowego powietrza, obfitującego u emfizmatyków w kwas węglany, daje możność wprowadzenia do płuc większej ilości świeżego powietrza przy następnym wdechu. Tym sposobem umożliwia on prawidłową wentylację płuc, w następstwie czego częstość oddechów zmniejsza się.

Prócz tego pod wpływem mechanicznego tego leczenia ciśnienie krwi w naczyniach wzmagą się, ilość dzienna moczu zwiększa się, puchlina nóg ustępuje w zupełności, a z jej ustąpieniem i waga ciała zmniejsza się, chociaż w innych razach, wskutek lepszego odżywiania, wzmagą się, podobnie jak i siła mięśniowa. Niekiedy po kilku dniach leczenia chorzy czują znaczną poprawę, mniej się już skarżą na duszność, która czasami w zupełności ustępuje.

Ze względu, że krzesła ROSSBACH'a może używać każdy bez obcej pomocy i to w każdym czasie, tak we dnie jak i w nocy, że jest ono łatwo przenośnem, a z powodu tanioci, dla każdego przystępnem, znajdzie ono zapewne szersze zastosowanie w lecznictwie rozedmy płuc. Wprawdzie dotychczas brak nam jeszcze dostatecznej liczby obserwacji, aby stanowczo można już było wydać sąd o doniosłości terapeutycznej mechanicznego leczenia rozedmy płuc i astmy, te jednak dane, o których wyżej była mowa, mogą zachęcić do dalszego badania.

Winienem nadmienić, że krzesło ROSSBACH'a, z mego polecenia przez tutejszego mechanika p. Erlicha ¹⁾ przed dwoma jeszcze laty sporządzone, różni się nieco w częściach swych składowych od pierwiastkowo podanego pierwowzoru. Mając bowiem na uwadze, że pojedyncze taśmy nie mogą wywrzeć tak jednostajnego ucisku na klatkę piersiową, jaki byłby pożądanym, zastosowałem zamiast nich rodzaj gorsetu, lub, jeżeli kto chce, kaftanika lub kamizelki. Cel zamierzony osiągnięty został w zupełności.

D-r Ludwik Kadler.

22. Viburnum prunifolium. Kalina amerykańska (Boule de neige americaine). Jestto krzew, rosnący w Ameryce północnej między 32° i 40° szerokości północnej i według układu LINNEUSZA należący do klasy *Pentandria trigynia*. Z kory, korzenia i gałązek jego otrzymuje się przetwórn farmaceutyczny, który według H. VAN ALLEN'a zawiera następujące części składowe: substancję gorzką, bliżej nieokreśloną, która ma być jakoby identyczną z *wiburnin* a, już dawniej otrzy-

¹⁾ Cena krzesła ROSSBACH'a wynosi 15 rubli.

maną z Kaliny pospolitej (*Viburnum Opulus*), a następnie szereg kwasów: szczawiowy, cytrynowy, jabłkowy, waleryjanowy i garbnikowy, wreszcie brunatną żywicę, siarczany i chlorki wapnia, magnezu, potasu i żelaza. Przetwór ten bywa otrzymywany pod postacią wyciągów: płynnego i zgęszczonego (*extractum fluidum et spissum*) i nalewki. W użyciu głównie jest wyciąg płynny, barwy ciemno-brunatnej, zapachu kwaśnawego, smaku gorzko-kwaśnego. Wogóle chorzy znoszą go dobrze; niekorzystnego działania obocznego po nim nie spostrzegano.

Działanie *Viburni prunifolii* jest głównie przeciwkuczrowe, środek ten więc nadaje się przeciw kolkom i bólom kuczrowym. W ostatnich latach znalazł szerokie zastosowanie przeciwko miesiączkowaniu bolesnemu (*dysmenorrhoea*), okazał się bowiem nader skutecznym. JOSEPH, pracy którego (*Deutsche Medicinal-Zeitung*. 1892. Nr. 39) notatkę tę zawdzięczamy, stosuje *extr. fluid.* od dwu lat wyłącznie u dziewic, cierpiących na miesiączkowanie bolesne (*dysm. virginalis*). Jestto po największej części *dysmenorrhoea mechanica*, zależąca od wrodzonego lub też nabytego ostrokaźnego przodozgięcia macicy. W tych przypadkach *Viburnum prunif.* oddaje usługi nieocenione: miesiączkowanie staje się niebolesnem i odzyskuje przebieg zupełnie prawidłowy, a silne krwawienie, towarzyszące niekiedy miesiączkowaniu bolesnemu, znacznie się zmniejsza. Środek ten rzadko kiedy zawodzi, zdarza się to jednak, gdy obok przodozgięcia macicy istnieje jednocześnie sprawa zapalna okołomaciczna lub okołojajnikowa.

Extr. fluid. Viburni prunif. bywa podawane do wewnątrz 4 razy dziennie w ilości 20-u do 25-ciu kropel na raz. JOSEPH, przypisujący szczególne znaczenie działaniu kumulacyjnemu tego środka, zaleca rozpoczynać leczenie już na 10—14 dni przed pojawieniem się miesiączki.

Wspomnieć tu jeszcze należy, że przetwór ten już od 1877 roku stosowano w Ameryce z powodzeniem przy skłonności do poronienia jako środek przeciwporonny, a więc zwłaszcza w przypadkach t. zw. *abortus habitualis*, a niedawno AUVARD (*Gaz. hebdom.* 1887. Nr. 34) i SCHATZ [na zjeździe w Halli. 1888 r.], polecali go w tym celu na nowo. AUVARD wspomina jeszcze o doskonałym działaniu *Vib. prunif.* przeciwko biegunkom, którym towarzyszy kolka kiszkowa, jakoteż przeciwko krwotokom maciecznym. AUVARD przepisuje do wewnątrz nalewkę (*tinctura*) w ilości 10-ciu kropel co godzina aż do ustąpienia bólów. M. Zweigbaum.

Wiadomości bieżące.



— Od 3 tygodni pisma codzienne podają cyfrę osób, umierających na choleryę w guberniach południowo-wschodnich Rosyji, nad Wołgą leżących [Astrachań, Saratów, Samara, Carycyn] i na Kaukazie, dokąd zawleczoną ona została z portów morza Kaspijskiego [Baku, Petrowsk i t. d.]. Choć brak dotąd poszukiwań bakteriologicznych stwierdzających, iż jest to epidemija, wywołana łeciecznikiem KOCH'a, to jednak ze względu na charakter epidemiczny i powolne rozszerzanie się choroby państwa sąsiednie [Persyja, Turcyja, Grecyja, Austryja] ogłosiły już kwarantannę dla towarów i osób przybywających z miejsc zarażonych. W Rosyji potworzyły się różne komitety sanitarne na drogach żelaznych i w różnych miastach, głównie kwestyję assenizacyi i doraźnej pomocy na wypadek zawleczenia cholery na celu mających. W Warszawie władze również krzątają się. Rozciągnięto ścisły dozór nad targami, a obecnie starają się zrobić to samo nad wszystkimi domami, ku czemu ma być powołana znaczna liczba lekarzy miejscowych, którym będzie poręczoną władza czuwania nad higieną domów. W Warszawie bywają przypadki śmiertelne choleryny, w żadnym z nich nie wykryto łasecznika KOCH'a.

— Dzienniki francuzkie donoszą o istnieniu cholery i w Paryżu. O ile mogliśmy się dowiedzieć, to od 5 Kwietnia r. b. w 20 gminach (*communes*) zachodnich i północno-zachodnich [Villejuif, Saint-Ouen, Clichy, Courbevoie, Nanterre, Suresnes, Colombes, Argenteuil, Saint-Denis i t. d.] departamentu Sekwany i w kilku cyrkulach samego Paryża panuje „*épidémie cholériforme*“. W kilku przypadkach D-r NETTER w wypróżnieniach znaleźli łasecznika przecinkowatego. Jako najważniejszą przyczynę tej epidemii podają używanie niezdrowej wody z rzek: Sekwany i Oisy, gdyż przypadki cholery dotyczyły osoby zamieszkujące okolice, zaopatrywane w wodę przez te rzeki, a nie ma cholery tam, gdzie ludność używa wody ze studzien artezyjskich. Śmiertelność, jak dotąd,

jest niewielka, gdyż przez 3 miesiące ubiegłe zmarło na cholerynę i cholerę w 20 gminach: w Paryżu 159 osób. Znacznie więcej umiera z innych przyczyn, jak przekonywa następująca lista śmiertelności w Paryżu za 3 miesiące u osób powyżej 5 lat życia mających.

Umarło.	Tyfus.	Dyfteryt.	Biegunka.
Kwiecień	31	113	16
Maj	47	146	34
Czerwiec	64	100	48
Razem	142	359	88.

— W Londynie panuje silna epidemia szkarlatyny.

— W połowie b. m. prof. HENOCH w Berlinie obchodził jubileusz 50-lecia doktorstwa.

— Wiadomo, iż około 400 osób odbyło w Czerwc u r. b. pieszo w ciągu 10 dni przestrzeń dzielącą Paryż od Belfortu, a wynoszącą 496 kilometrów. D-r LÉVY, badając ich po przybyciu na miejsce, przekonał się: 1) że długość ciała zmniejszyła się o kilka centymetrów, 2) na wadze stracili 6—7 kilogramów, 3) wbrew wszelkim przypuszczeniom bicie serca zostało normalne, 4) tętno średnio wynosiło 85—90 uderzeń, 5) odparzeń na nogach było niewiele u tych, którzy posługiwali się pantoflami a nie butami, 6) rozszerzenie żył nie zwiększyło się, 7) najlepszem pożywieniem było mięso, jaja, herbata i dużo kawy. Coca nie okazała zalet, jakie jej przypisywano. Wynik ten badania nie pozbawiony jest interesu fizjologicznego.

— W d. 12, 13 i 14 b. m. odbył się w Krakowie czwarty zjazd chirurgów polskich, w którym przyjęło udział około 60 uczestników. Największą ich ilość dostarczył Kraków, Lwów i inne miasta Galicyi. Prócz tego przybyli chirurdowie z Poznania, Wrocławia, Raciborza, Wilna, Warszawy i innych miast. Odczytów łącznie z demonstracyjami zapowiedziano ogółem 41, z tych jednakże kilka spadło z porządku dziennego z powodu braku czasu. Zjazd wogóle, zarówno ze względu na treść odczytów, jakoteż i samej dyskusyi, przedstawił się wielce dodatnio. Szkoda, że Warszawa zarówno pod względem ilości prac, jakoteż i uczestników, nie dopisała. Ponieważ dokładniejsze sprawozdanie z naukowej strony zjazdu podamy w przyszłym numerze, ograniczamy się tu tylko zawiadomieniem, że wyznaczono dwa tematy do referatów przyszłorocznych: 1) sprawa leczenia gruźlicy stawów i kości, i 2) sprawa leczenia zapalenia opłucnej wysiękowego. Co do pierwszego tematu, podanego przez prof. OBALIŃSKIEGO, zjazd zaprasza do współudziału w zbieraniu danych wszystkich chirurgów i ma zamiar rozesłać w tym celu odpowiednie szematy. Drugi temat, wybrany przez prof. RYDYGIERA, ma być rozpatrywany także i ze strony medycyny wewnętrznej, odośnie której podjął się korreferatu prof. GLUZIŃSKI.

Zjazd zajmował się także sprawą Pamiętnika zjazdów, którego wydawnictwo pociągnęło za sobą dość znaczne niedobory. Po długiej dyskusyi postanowiono starać się utrzymać nadal to wydawnictwo, stanowiące rodzaj archiwum chirurgicznego. Ostateczną decyzją pod tym względem ma powziąć komitet wydawniczy w ciągu miesiąca. Cenę dwóch wydanych dotąd tomów obniżono do połowy.

Zmarł: w Marburgu w 85 roku życia były profesor fizjologii HERMANN NASSE, znany z badań nad krwią, limfą i *chylus*.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych w wykonaniu warunku, w testamentie ś. p. D-ra JANA BĄCEWICZA zastrzeżonego, ogłasza nazwiska 5-ciu wdów po lekarzach, które w dniu 24 Czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, otrzymały wsparcia z jego legatu, każda po rs. 90, mianowicie: Pp. Bystrzycka Anna, Libkind-Lubodziecka Stefanija i Szczepkowska Helena w Warszawie; Grekowicz Klementyna w Kaliszu i Szalay Florentyna w Nowo-Radomsku.

Z upoważnienia Komitetu Członek zarządzający Kasą Wsparcia D-r J. Rogowicz.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł” księgarni W-go E. Wendego i S-ki za miesiąc Czerwiec, oraz prospekt na wydawnictwo Chemii prof. ZEISEL’a.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава, 10 Июля 1892 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska 29.