

# GAZETA LEKARSKA.

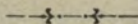
Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH D-RA W. GAJKIEWICZA W SZPITALU STAROZAKONNYCH.

## I. O HISTERYI, SYMULUJĄCEJ ORGANICZNE CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO.

Podał

**Konstanty Stróżewski,**

asystent oddziału



SYDENHAM w 1681 roku wyraził się o histeryi w następujący sposób: „histerya nie tylko spotyka się często, ale przejawia się nadto pod nieskończoną liczbą różnorodnych postaci i jeżeli lekarz nie posiada dużo bystrości umysłu i doświadczenia, omyli się łatwo i przypisze chorobie organicznej i właściwej jakiemuś narządowi objawy, zależne jedynie od histeryi“. Wiemy, że dzisiejsze pojęcia o histeryi pod tym względem nie tylko nie uległy zmianie, lecz przeciwnie rozwinęły się w tymże kierunku; w literaturze znajdujemy opisy histeryi, symulującej najróżnorodniejsze choroby nie tylko układu nerwowego, lecz i cierpienia innych układów, np. histeryę, symulującą gruźlicę, wrzód okrągły żołądka, zapalenie otrzewnej <sup>1)</sup> i wiele innych.

Histerya charakteryzuje się zmianami: ruchowemi, czuciowemi i troficznemi. Między zmianami ruchowemi znajdujemy: drgawki, bezwładny, drżenie, brak koordynacji; między czuciowemi: znieczulenie, nadczułość, parestezye; z pomiędzy troficznych wymienimy różnorodne wysypki skórne i zaniki mięśni, którym nieraz towarzyszy odczyn zwyrodnienia. Przy histeryi spostrzeganą była i gorączka [z ciepłotą ciała 41° C.] trwająca nieraz długi czas<sup>2)</sup>. Przy organicznych cierpieniach układu nerwowego spotykamy się z tymi samymi objawami w dziedzinie ruchu, czucia i odżywiania, charakteryzującymi cierpienia pochodzenia histerycznego; nie więc dziwnego, że objawy histeryczne układają się nieraz w taki sposób, że doskonale symulują cierpienia organiczne. Przy tem częstokroć nie tylko na pierwszy rzut oka, lecz i przy dokładnem badaniu znajdujemy wielkie trudności przy różniczkowem rozpoznaniu.

Symptomatologia chorób organicznych układu nerwowego przy dzisiejszym stanie neuropatologii jest tak dobrze poznana, że rzadko istnieje wątpli-

<sup>1)</sup> LEGRAND DU SAULLE. Les hystériques. 1891.

<sup>2)</sup> Ibidem i SOUQUES. Syindr. hystér. simulateurs des mal. org. de la moelle épin.

wość co do rzetelnego rozpoznania między pojedynczemi postaciami cierpień organicznych. Nie możemy tego powiedzieć o różniczkowem rozpoznaniu pomiędzy histeryą a organicznemi cierpieniami układu nerwowego; omyłki pod tym względem bywają częste. Przeto przy każdym rozpoznaniu powinniśmy myśleć o histeryi i starać się albo ją wykryć, albo dowieść jej nieobecności, gdyż rokowanie i leczenie ściśle są połączone z rozwiązaniem tego problemu. Rokowanie w większości organicznych cierpień układu nerwowego jest fatalnem, a w histeryi, przeciwnie, w większości przypadków dobrem.

Częściej cierpienie histeryczne bywa rozpoznane jako cierpienie pochodzenia organicznego, jednakże bywają błędy i w przeciwnym kierunku; dowodem tego jest przypadek, ogłoszony przez KNUD PONTOPPIDAN'a<sup>1)</sup>, a w którym za życia rozpoznano histeryę, po śmierci zaś znaleziono glejaka (*glioma*), zajmującego cały zraz skroniowy lewy i rozszerzającego się na podstawę mózgu aż do środkowej linii. To, że histerya może symulować organiczne cierpienia układu nerwowego, nie dowodzi, że obok histeryi nie może rozwinąć się i cierpienie pochodzenia organicznego; przeciwnie, w ostatnich latach dzięki szkole salpetrierskiej kwestya asocyacji histeryi z cierpieniami organicznemi wystąpiła na porządek dzienny<sup>2)</sup>. W przypadku asocyacji dwa cierpienia rozwijają się równolegle, jedno obok drugiego, bez widocznego wpływu jednego na drugie. Bardzo często na tle organicznego cierpienia rozwija się czynnościowa nerwica, przy czem choroba organiczna prawdopodobnie występuje jako moment wywołujący (*agent provocateur*) i istnieniu tych połączeń przypisać możemy łatwą uleczalność niektórych jakoby objawów cierpień organicznych, a rzeczywiście tylko objawów nerwicy, która się przyłączyła do cierpienia organicznego.

Ważnem jest pamiętać, że, ponieważ można być histerykiem i jednocześnie dotkniętym cierpieniem, niezależnem od histeryi, więc niedostatecznem jest dowieść, że dany osobnik dotknięty jest histeryą, lecz że dany objaw zależnym jest od histeryi.

### I. Histerya, symulująca choroby mózgu.

#### 1. Nowotwór mózgu.

Spostrzeżenie własne.

S. W..., panna lat 19, zapisała się na oddział dnia 25. XI. 1891 r. Od chorej dowiedziano się następujących szczegółów. 15 lat temu umarła matka chorej po połogu, ojciec i 3 siostry żyją i cieszą się zupełnem zdrowiem; chorób nerwowych w rodzinie niema, według słów chorej.

Chora 5—6 lat temu miała w przeciągu 2—3 miesięcy czkawkę i różnorodne bóle w całym ciele, zresztą zawsze była zdrowa. Teraźniejsza choroba zaczęła się 4—6 miesięcy temu bólem głowy, wymiotami, czkawką i bólem w kończynach. Przy zapisaniu się chorej na oddział znaleziono stan następujący: chora dobrze zbudowana, skarży się na ból głowy, silną czkawkę od czasu do

<sup>1)</sup> Neurolog. Centrbl. Nr. 2. 1894.

<sup>2)</sup> BABIŃSKI. Les associations hystéroorganiques [Soc. méd. des hôpit]. 11 novembre 1892.

czasu uczucie duszenia w piersiach i gardle, na występujące po jedzeniu wzdęcie brzucha, na ogólne osłabienie, bicie serca. W ruchowej sferze oprócz zataczania się w tył i w bok przy chodzeniu nie ma nic nieprawidłowego. Po całym ciele rozrzucone są miejsca (*plaques*), w których zniesione jest czucie na dotyk, ból i ciepłość; czucie stawowe i mięśniowe zachowane dobrze; *ovarialgia dextra*; *irritatio spinalis*; pole widzenia dośrodkowo zwężone szczególnie w prawym oku najwięcej na niebieski kolor, mniej na czerwony, a najmniej na biały; *diplopia monocularis dextra*; odruch kolanowy nie zwiększony; brak odruchu z błony śluzowej gardzieli i łącznicy; słuch dobry, dno oka normalne.

Przebieg choroby w szpitalu.

Dnia 28. XI. 1891. Wczoraj chora cały dzień skarżyła się na ból głowy; wieczorem straciła przytomność w łóżku; według słów sąsiadek piana szła jej z ust około godziny, i chora całą noc była nieprzytomna [nie odpowiadała na pytania]. Dnia 8. I. 1892. nieznaczny zez zbieżny [*strabismus convergens (spasmus recti int. dextri et sin.)*]. Dnia 11. I. zez dobrze wyrażony; oprócz tego prawa gałka oczna podnosi się w górę mniej, aniżeli lewa; ruch lewej gałki na zewnątrz zmniejszony.

Dnia 14. I. przy badaniu oczu chorej zez zbieżny zmienił się w rozbieżny (*divergens*), a po 5 minutach później ruchy i ustawienie gałek ocznych było prawidłowe. Dnia 16. I. lewe kończyny słabsze od prawych; dynamometr pokazuje: prawa ręka 55, lewa ręka 10; czucie na dotyk, ból, ciepłość i strumień elektryczny przerywany słabsze z lewej strony; *plaques d'analgésie* rozrzucone po całym ciele; słuch, smak, zapach i wzrok słabsze z lewej strony (*hemiparesis et hemihypaesthesia sensitivo-sensoriellis sinistra*); czasem dwoi się chorej przy patrzeniu w lewo, przedmiot jest nad przedmiotem; *strabismus convergens i subvergens* po dawnemu; ból głowy stały; wymioty po każdym jedzeniu. Dnia 29. I. wylewy krwi (*sugillationes*) na nogach w symetrycznych miejscach w okolicy stopy; prawa stopa w pozycji *pes varus*. Dnia 20. IV. dynamometr pokazuje: prawa ręka 45, lewa ręka 15; *hemianaesthesia et hemianalgesia sinistra*; czucie mięśniowe osłabione szczególnie z lewej strony; osłabienie wzroku (*amblyopia*) szczególnie w lewym oku; odruch rzepkowy wzmożony z obu stron; zez i podwójne widzenie po dawnemu; ból głowy; chód chwiejny, jak przy cierpieniach mózdzku; brodawki zastoinowej (*Stauungspapille*) niema. Dnia 5. V. Od pewnego czasu bywają bardzo bolesne napady, przypominające dusznicę bolesną (*angina pectoris*), trwające od kilku minut do godziny; tętno wtedy 76; oddech 92 na minutę. Wymioty bez przerwy; od czasu do czasu napady bezgłosu (*aphonia*) i niemoty (*mutismus*).

Dnia 8. VII. wymioty trwają ciągle; ból głowy silny. Dnia 1. IX. częste napady *pseudoanginae pectoris*; od kilku dni *aphonia, astasia et abasia*. Dnia 19. X. osłabienie kończyn dolnych. Dnia 19. X. badanie ruchów gałek ocznych: prawa—osłabienie ruchu na zewnątrz, przy ruchu do góry gałka idzie do góry i na wewnątrz; lewa gałka: osłabienie ruchu na wewnątrz; przy ruchu w górę idzie gałka do góry i na zewnątrz; przy jednoczesnym patrzeniu obu oczami, ruch w prawo bardzo osłabiony, w inne strony prawidłowy; osłabienie kończyn dolnych, znieczulenie gardzieli i nagłośni, bezgłos. Badanie laryn-

goskopem wykazało niedomykalność strun głosowych (*paresis abductorum laryngis*) *oto* i *rhinoscopia* [kol. SZUMLAŃSKI] nie wykazują nic nieprawidłowego; tętno 108; oddech 68; wymioty i ból głowy po dawnemu. Dnia 17. XI. osłabienie mięśni prostych zewnętrznych oczu, czucie na dotyk na całym ciele bardzo osłabione; na lewej połowie ciała czucie na ból zniesione; czucie mięśniowe i stawowe z lewej strony również zniesione; ból głowy silny; tętno 100. Dnia 28. XI. ból głowy chora umiejscawia z prawej strony na granicy kości ciemieniowej z potylicową, gdzie znajduje się blizna.

Według słów chorej około  $\frac{1}{2}$  roku przed zapisaniem się do szpitala ciężka deska uderzyła ją w to miejsce, wskutek czego chora upadła, straciła przytomność, lecz później kilka tygodni jeszcze była zupełnie zdrową, nim rozwinęła się obecnie choroba.

Od czasu do czasu chora czuła ból w tem miejscu, od pewnego zaś czasu ból stał się stałym. Źrenice równomiernie rozszerzone, oddziałują na światło, akomodację i konsensualnie; *strabismus convergens* i *subvergens*; ruch gałek ocznych tylko nadół prawidłowy, inne ruchy ograniczone; prawem okiem na odległości 4 ctm. odróżnia pióro od palca, lewem na odległości 2 ctm. nie może odróżnić; ogólna *hypoesthesia et hypalgesia*; na lewej nodze *analgesia completa* i zniesione czucie mięśniowe i stawowe; chora nie podnosi się z łóżka, gdyż przy wstawaniu dostaje silnych zawrotów głowy. Dnia 15. XII. w nocy chora miała napad z utratą przytomności i drgawkami w kończynach górnych. Dnia 21. XII. wycięto bliznę ze skóry czaszki [kol. BOREL] pod chloroformem; znaleziono kość gładką; trepanacyi nie robiono; cały tydzień po operacyi chora bólu głowy nie doznawała.

Dnia 30. XII. ból głowy i inne objawy po dawnemu, tętno 104; chodzić ani siedzieć na łóżku nie może. Stan taki trwał jeszcze 3—4 miesiące później zaczął się poprawiać; chora powoli nabierała sił, mogła siadać na łóżku, potem zaczęła chodzić, w początku zataczając się w lewo i w tył, a później prosto. Przy wypisaniu się z oddziału 3. IX. 1893. z objawów zostały: czkawka oraz rozsiane miejsca na całym ciele, pozbawione czucia.

W danym przypadku istniały dwojakiego rodzaju objawy, właściwe nowotworom mózgu: 1) objawy ogólne i 2) objawy ogniskowe. Do ogólnych należały: stały ból głowy, umiejscawiany na miejscu blizny, która powstała od uderzenia chorej deską, przy tem ból zwiększał się przy opukiwaniu okolicy blizny; wymioty bez widocznej przyczyny po kilka razy dziennie naczczo i po jedzeniu; zawroty głowy, nie pozwalające chorej w przeciągu kilkunastu miesięcy podnieść się z łóżka; napady podobne do padaczkowych; zmiany w tętnie [od 24 do 108 na minutę], zmiany oddechu [do 68 na minutę]. Objawy te przemawiały za rozpoznaniem nowotworu wewnątrz-czaszkowego. Objawy zaś ogniskowe, spostrzegane u naszej chorej: przykurczenia i porażenia mięśni ocznych, chód „mózdkowy“, osłabienie wzroku przemawiały za umiejscowieniem nowotworu w tylnej części mózgowia. Zdziwił nas jedynie stały brak brodawki zastoinowej, objawu najstalej spostrzeganego przy nowotworach mózgu, lecz znajdując się w literaturze opisy nowotworów mózgu bez tego obja-

wu, np. przypadek PEL'a<sup>1)</sup>); więc i w naszym przypadku brak brodawki zastoinowej nie mógł wykluczać możliwości nowotworu. Oprócz objawów, właściwych nowotworem mózgu istniały i objawy, charakterystyczne dla histeryi, mianowicie: *hemianæsthesia sensitivo-sensoriellis*, czkawka, znieczulenie łącznicy i gardła, dośrodkowe zwężenie pola widzenia, niemota i bezgłos. W danym więc przypadku istniały objawy niewątpliwe, właściwe histeryi i objawy, właściwe nowotworom mózgu; przeto mowa może być o asocyacji histeryi z cierpieniem organicznem. Dla dokładnego rozpoznania przypatrzmy się bliżej objawom, które przemawiały za obecnością nowotworu mózgu, czy i one nie są histerycznego pochodzenia.

Blizna, jaką znajdujemy na głowie naszej chorej, zupełnie ruchoma; pod nią nie znajdujemy żadnej nierówności, pozwalającej nam przypuścić zgrubienie kości. Ból głowy, aczkolwiek stale dolegał chorej, jednakże niejednokrotnie pod wpływem jednej elektryzacji znikał na pewien czas, po którym znowu się zjawiał. Dla usunięcia bólu głowy uciekliśmy się raz do sugestyi operacyjnej; namówiliśmy chorą, aby poddała się operacji pod chloroformem dla wycięcia nowotworu, który rośnie w głowie. Chora zgodziła się i pozwoliła usnąć się chloroformem; wtedy przecięto bliznę, kość znaleziono gładką i nałożono opatrunek; wynikiem operacji było zupełne zniknięcie bólu i zawrotów głowy, chociaż nie długotrwałe, już bowiem po kilku dniach wystąpił znowu ból głowy.

Zawroty głowy i chód chwiejny wystąpiły u chorej przypadkowo. Na oddziale znajdowała się wówczas chora dziewczynka z nowotworem mózdzku, objawiającym się między innymi i zataczaniem się przy chodzeniu. Wkrótce wystąpiła epidemia zataczania się; wszystkie histeryczki na oddziale, w tej liczbie i chora opisywana zaczęły w taki sam sposób chodzić.

Co się tyczy amblypii, jaką spostrzegaliśmy u naszej chorej, to, gdyby ona zależała od nowotworu, uciskającego włókna czuciowe „*carrefour sensitif*“, to mielibyśmy wówczas głuchotę jednostronną i zniesienie jednostronne zmysłu smaku, węchu i powonienia, a nadto objawy porażenia połowicznego z właściwym mu charakterystycznym chodem, z porażeniem nerwu twarzowego, wzmożeniem odruchu rzepkowego z lewej strony; u naszej zaś chorej w początkach nie obserwowaliśmy żadnych zmian ruchowych, później, aczkolwiek notowaliśmy *hemiparesim sensitivo-motoriam sinistr.*, lecz nie mieliśmy udziału nerwu twarzowego; odruch rzepkowy był jednakowy z obu stron, chód charakterystyczny dla histeryi (*démarche traînante de Todd*), a później, „mózdkowy“.

Porażenia i przykurczenia niektórych mięśni ocznych odznaczały się zmiennością; częstokroć notowaliśmy podczas badania przejście zezu zbieżnego w rozbieżny lub nawet zupełne jego zniknięcie. W celach leczniczych chora była parokrotnie przypalana aparatem PAQUELIN'a; otóż podczas jednego z takich przypałów nagle u chorej wystąpił zez zbieżny, zależny od spazmu mięśni prostych wewnętrznych, który po kilku minutach zniknął. Zmiany w oddechaniu i tętnie, łudząco naśladujące napad *anginae pectoris*, zjawiały się napadami, zastępując napady histeryczne.

<sup>1)</sup> Berlin. Klin. Woch. 1894. Nr. 5.

Wszystkie objawy, spostrzegane u naszej chorej uważaliśmy za zależne jedynie od histeryi, a rozpoznanie to potwierdziły wyniki leczenia; różne zabiegi, jak: ogólna faradyzacja, galwanizacja głowy, oczu, hydroterapia i środki apteczne dawały wyniki bardzo nikłe; hypnoza nie udawała się, dopiero maszyną statyczną, której sprowadzenia chora z niecierpliwością oczekiwała, wywarła dodatni skutek, tak, że wszystkie nieomal objawy zniknęły i chora wypisała się zdrową ze szpitala z zachowaniem jedynie niektórych stygmatów histerycznych. W kilka miesięcy po wypisaniu się ze szpitala widzieliśmy chorą; skarżyła się ona na kaszel z krwiopluciem; badanie nie wykazało zmian w płucach, a zarazem skonstatowano obecność niektórych stygmatów histerycznych.

2. Choroby mózgu, zależne od zmian cyrkulacyjnych [wylew krwawy, krzepnięcie krwi (thrombosis) i innej].

A. Spostrzeżenie własne. U. G. ..., panna lat 20, zapisała się na oddział doktora GAJKIEWICZA, 2. II. 1892 r. Od chorej dowiedzieliśmy się, że pochodzi ze zdrowej rodziny; sama nieraz miewała czkawkę, wymioty, uczucie ściskania w piersiach. Przy badaniu znaleziono: sfera ruchowa nienaruszona, oprócz lekkiego zataczania się w tył przy chodzeniu i nieznacznego drżenia we wszystkich, kończynach zmniejszenie czucia na całej skórze (*hypaesthesia*) a prócz tego rozrzucone na całym ciele miejsca, pozbawione czucia na dotyk i ból; znieczulenie łącznicy; ból głowy, czkawka, brak łaknienia, kaszel suchy, bez zmian w płucach; tętno 90; oddechów 44.

Po kilku tygodniach wypisała się z poprawą. W kilka miesięcy potem chora zapisała się po raz drugi na oddział D-ra GAJKIEWICZA, dnia 7. XI. 1893 r. Chora skarży się, że od 2 tygodni uczuwa ból i trudność ruchów w lewych kończynach; przytomności nie straciła ani razu; wymiotów, bólu głowy niema. Przy badaniu znaleziono: Sfera ruchowa: ruchy w kończynie górnej lewej wszystkie możliwe, tylko znacznie osłabione; bierne—swobodne; kończyna dolna lewa zgięta w kolanie, stopa lewa w położeniu *pes equinus*; ruchy nią ograniczone; *tonus* mięśniowy nie wzmożony; w twarzy, języku, oczach zmian żadnych; przy chodzeniu lewa noga wspiera się na palcach, na pięcie stąpać nie może, przy tem ciągnie lewą nogę (*démarche traînante*). Sfera czuciowa: *hemihypaesthesia sinistra* na wszystkie bodźce; znieczulenie łącznicy lewej i gardzieli. Odruchy, mowa, przytomność zachowane. Przebieg choroby w szpitalu: dnia 16. XI. w nocy drżenie w porażonych kończynach; silne pragnienie: chora wypija dziennie 20 szklanek wody i herbaty, moczu oddaje 4—5 litrów.

Dnia 25. XI. *polydypsia* i *polyuria* w dalszym ciągu; białka ani cukru w moczu niema; w osłabionych kończynach objawy spastyczne i drżenie, *anaesthesia completa sinistra*; pole widzenia dośrodkowo zmężone nieznacznie. Dnia 1. I. 1894. przykurczenia w kończynie górnej lewej. Dnia 8. II. napad drgawek klonicznych we wszystkich kończynach w przeciągu  $\frac{1}{2}$  godziny z zachowaniem przytomności; bóle w lewej nodze. Dnia 4. V. bólu głowy, wymiotów,

czkawki niema; brak łaknienia; widzi dobrze; smaku soli, *chinini mur.* na języku nie odróżnia; zapach *assae foetidae* z prawej strony odróżnia lepiej, aniżeli z lewej; pole widzenia znacznie zwężone [do 20°]; łącznica lewa znieczulona więcej, niż prawa; odruch języczka i gardzieli osłabiony. Czucie na czole prawidłowe; na twarzy i tułowiu osłabione z lewej strony; na lewych kończynach *anaesthesia, analgesia* i *termanaesthesia completa*; *tonus* mięśniowy w kończynach porażonych zwiększony; palce lewej ręki przykurczone z trudem dają się wyprostować; ręka lewa porażona zupełnie, nie może wykonać najmniejszego ruchu; w lewej nodze ruchy zachowane wszystkie, ale bardzo ograniczone; odruch rzepkowy z lewej strony silniejszy, chód paretycznospastyczny. Po kilku tygodniach chora bez widocznej poprawy wypisała się ze szpitala.

W danym przypadku mamy do czynienia z porażeniem lewych kończyn, które rozwinęło się nie nagle, bez napadu apoplektycznego; zaczęło się ono z początku osłabieniem ruchów i bólem, a później stopniowo postępowało aż do zupełnego bezwładu. Zachodzi pytanie, czy porażenie owo jest natury organicznej, czy czynnościowej. W pierwszym przypadku przypuścić musielibyśmy zmiany cyrkulacyjne w prawej tętnicy SYLWIUSZA, mianowicie, zakrzep krwi w zmienionych naczyniach (*thrombosis*) z następczem rozmiękczeniem tkanki mózgowej (*ramollitio cerebri*); krwotok zaś mózgowy dałby się wyłączyć z powodu braku napadu apoplektycznego. Serce chorej zdrowe, badanie naczyń krwionośnych obwodowych nie wykazuje żadnych zmian patologicznych; więc jedynie syfilis mógłby w tak młodym wieku wywołać zmiany w naczyniach mózgowych. Co zaś do syfilisu, to ani wywiady, ani badanie szczegółowe chorej nie wykryło żadnego śladu omawianego cierpienia. Przypatrzmy się samym objawom, spostrzeganym u chorej, może one pozwolą nam odnaleźć jakieś cechy charakterystyczne, z których moglibyśmy rozpoznać ich pochodzenie histeryczne.

Według FREUD'a porażenia histeryczne wiotkie nie dotyczą nigdy jednego oddzielnego mięśnia, z wyjątkiem, jeśli ten mięsień jest jedynem narzędziem jakiejś funkcji; przy histeryi częściej mamy do czynienia z porażeniami *en masse*. Przy porażeniach organicznych pochodzenia mózgowego, odcinki kończyn, więcej oddalone od tułowia, są więcej porażone, aniżeli mniej oddalone; przy histeryi jest to bardzo rzadkiem, przykładem może służyć charakterystyczny chód przy połowicznym bezwładzie. Przy bezwładzie histerycznym chory ciągnie za sobą całą dolną kończynę (*démarche traînante de Todd*), przy organicznym zaś chory przy chodzeniu zatacza kończyną chorą półkole, ponieważ najmniej dotkniętym jest górny odcinek kończyny. Porażenia organiczne od porażen histerycznych odróżniają się dysocjacyą; przy porażeniach organicznych dotkniętymi są bezwładem obie kończyny i nerw twarzowy. Jako przykład dysocjacyi służyć może także astazyja i abazyja. Dalej porażenia histeryczne bywają zwykle zupełne, gdy tymczasem przy organicznych organ zachowuje niektóre ruchy. Porażenia histeryczne zazwyczaj połączone bywają z uczuciami zmianami, nadzwyczaj trwałymi i silnie wyrażonemi. U naszej chorej mieliśmy do czynienia z porażeniem lewych kończyn: 1) bez udziału nerwu twarzowego, 2) porażenie ręki było zupełne [chora nie mogła wykonać najmniejszego ruchu], 3) porażenie połączone było ze znieczuleniem na ból, dotyk i ciepłość, 4) chora nogę ciągnęła za sobą

(*démarche traînante*); więc wszystkie cechy porażenia w danym przypadku były zupełnie charakterystyczne dla histeryi; wreszcie anamneza chorej i obecność stygmatów histerycznych potwierdzają nasze rozpoznanie.

B. Spostrzeżenie własne. R. K., lat 40, służąca, zapisała się na oddział 7. II. 95 r. O ile można wnioskować ze słów chorej, w rodzinie chorych nerwowych nie było; chora kilkanaście lat temu przechodziła tyfus, zresztą zawsze była zdrowa; miała 3 dzieci, poronień nie było. 2 dni przed zapisaniem się do szpitala chora, położwszy się spać zupełnie zdrową, przebudziła się w nocy i zauważyła, iż straciła władzę w lewych kończynach, przytomna była zupełnie [zawołała o ocet i sama wycierała porażone kończyny]. Przy zapisaniu się chorej do szpitala znaleziono: chora uskarża się na ból głowy w czole; w nerwach czaszkowych niema nic nienormalnego. Pole widzenia niezwązone. Sfera ruchowa: w prawych kończynach zmian niema, w lewej górnej ruchy czynne zachowane są tylko w palcach, najlepiej zginanie; w lewej dolnej ruchy czynne zachowane także tylko w palcach; bierne ruchy możliwe wszystkie. *Tonus* mięśniowy wzmożony. Chód w lewej nodze spastyczny. Dynamometr: prawa ręka = 60, lewa ręka = 12. Sfera czuciowa: czucie na wszystkie bodźce osłabione w kończynie górnej lewej na przestrzeni od połowy ręki (*manus*) do połowy ramienia, na dolnej lewej kończynie od połowy stopy do kolana. Prócz tych miejsc czucie zachowane prawidłowo na całym ciele. Odruch rzepkowy z lewej strony zwiększony. W danym przypadku mieliśmy nagłe porażenie lewych kończyn bez udziału nerwu twarzonego i bez utraty przytomności. Forma bezwładu [zachowanie ruchów w palcach obu kończyn] i forma znieczulenia są tak charakterystyczne dla histeryi, iż nie potrzebują żadnego bliższego omawiania. Chora po jednej franklinizacji odzyskała zupełną władzę w kończynach i wypisała się ze szpitala zdrową. Ciekawym jest w naszym przypadku brak stygmatów histeryi, jak np. zwążenia pola widzenia.

Dla pełniejszego i jaśniejszego przedstawienia kwestyi symulacji histerycznych, nie mając dość własnych obserwacji, pozwolę sobie przytoczyć niektóre z licznych obserwacji, ogłoszonych w dostępnej mi literaturze.

C. Przypadek apopleksyi mózgu z oddziału doktora W. GAJKIEWICZA, opisany przez kol. HIGIERA w Gazecie Lekarskiej <sup>1)</sup> [streszczenie].

B. B., lat 18, z rodziny nerwowej, miewał wymioty, trwające bez przerwy 5 miesięcy bez ogólnego wyniszczenia, bez objawów cierpienia żołądka, pół roku trwającą czkawkę, objawy moczówki cukrowej w przeciągu 7 miesięcy; bezgłos (*mutismus*), trwający od pół roku, połączony z uczuciem ściskania w gardzieli, bez wszelkich objawów chorobowych ze strony krtani i jamy nosogardzielowej, i na wiele innych objawów, przemawiających za istnieniem oddawna u chorego histeryi. Przed trzema tygodniami chory nagle bez zwiastunów upadł, straciwszy przytomność; po 2½ godzinach odzyskał przytomność, lecz nie był w stanie mówić, rozumiejąc zapytania; po 4—5 godzinach nastąpił bezwład lewych kończyn. Mowa po 5 dniach powróciła, kończyna dolna poprawiła się znacznie

<sup>1)</sup> Gaz. Lek. 1892. Nr. 20.



w przeciągu kilkunastu dni. Przy zapisaniu się na oddział skonstatowano: zupełne porażenie ruchu lewej kończyny górnej oprócz wskaziciela; skurcz mięśnia kapturowego lewego; kończyną lewą chory wykonywa wszystkie ruchy, lecz ograniczone; zupełne zniesienie czucia na dotyk, ból i ciepłość na lewej połowie ciała; zmniejszenie czucia na łącznicy; dośrodkowe zwężenie pola widzenia; brak porażenia nerwu twarzowego, połowiczny skurcz języko-wargowy (*hemispasmus glossolabialis*). Podczas snu hypnotycznego chory wykonywał wszystkie ruchy porażonemi kończynami. Opierając się na braku zupełnym zmian w naczyniach krwionośnych, na braku wyniszczających cierpień [syfilis, gruźlica i inne], pozwalających przypuszczać zmiany w mózgu, niezbędne dla wywołania krwotoku lub zatoru (*thrombosis*), a także opierając się na anamnezie chorego, na rozwoju choroby, na obecności stygmatów historycznych, na wynikach hypnozy, wreszcie na istnieniu charakterystycznych dla histeryi niektórych objawów, spostrzeganych u chorego, np. skurcz mięśnia kapturowego lewego przy jednoczesnem porażeniu innych części lewej połowy ciała, nagłe zniknięcie niemoty, można było wykluczyć zmiany organiczne w danym przypadku, a przyjąć jedynie za przyczynę choroby histeryę.

D. Przypadek niemoty ruchowej (*aphasia motoria*), zapożyczony u BARDOL'a <sup>1)</sup> [streszczenie].

M. D., lat 11, pochodzi z rodziny nerwowej. 6 miesięcy przed zapisaniem się do szpitala przestraszyła się, w 3 tygodnie potem ataki drgawek klonicznych ogólnych; jeden z nich zakończył się przykurczeniem prawego ramienia. Pewien czas chora miała trudność mówienia, nagle przestała mówić. Z objawów historycznych notowano: znieczulenie skóry wysepkami, *ovarialgia dextra*; zmysł mięśniowy osłabiony z prawej strony; zboczenie smaku i węchu; pole widzenia dośrodkowo zwężone w prawem oku; *achromatopsia*. Mimika żywa; wymawiać może zwykle wykrzykniki: ah, oh, a, o. Gdy jej CHARCOT zadał pytanie: „powiedz mi, czego sobie życzysz“, odpisała na papierze: „lalkę, która wymawia słowa papa, mama, to, może, nauczy mnie mówić“. Język jest przykurczony i zbacza na prawo i na dół. Od czasu do czasu ataki, charakterystyczne dla histeryi. Po 18 dniach pobytu w szpitalu wskutek kłótni, jaka wszczęła się na sali między dwiema sąsiadkami, chora zaczęła biegać po sali, wykrzykując: „zła, ja się obawiam“; od tego czasu bardzo szybko liczba słów wzrosła i chora zaczęła mówić doskonale.

### 3. Cierpienie opon mózgowych.

E. Przypadek GUINON'a, podany przez BARDOL'a <sup>2)</sup> [streszczenie].

M. D., lat 14, w dzieciństwie ataki nerwowe; pierwsza menstruacja przed 8 dniami. *St. praesens*: chora bardzo osłabiona, pozornie śpiąca lecz ma powieki na wpół otwarte; leży na prawym boku „*en chien de fusil*“, z głową zwróconą do ściany, aby uniknąć światła; jednakże światłowstręt jest lekki, gdyż, jeżeli podnieść powiekę, chora jej nie zamyka; a jeżeli skierować głowę chorej w stronę światła, chora nagle odwraca ją do ściany. Powieki opadają w chwili ich puszczenia; lekki zez zbieżny prawego oka; źrenice równe; sztywności karku ani przy-

<sup>1)</sup> BARDOL. Del'hystérie simul. des mal. org. de l'encephale chez les enfants. 1893.

<sup>2)</sup> Op. cit.

kurczeń w górnych kończynach niema, w dolnych zaś uczuwamy wyraźną sztywność. Zwieracze pęcherza i kiszki nie zajęte; odruchy rzepkowe zachowane; czucie na skórze normalne. Chora odpowiada zaledwie monosylabami, inteligencya, zdaje się, przyćmiona. Chora uskarża się na silny ból głowy bez wyraźnego umiejscowienia, stan bezgorączkowy, tętno 104, równe; język suchy; brzuch wciągnięty, bolesny; brak łaknienia zupełny; zaparcie stolca; oddech nieregularny, głęboki; wymiotów niema.

Z objawów, przemawiających za rozpoznaniem cierpienia opon mózgowych mieliśmy: ogólne osłabienie, ból głowy, zaparcie stolca, lekki światłowstręt, przyspieszenie tętna, lekki zez, sztywność dolnych kończyn i przede wszystkim ułożenie chorej. Przeciw temu rozpoznaniu przemawiały: równość źrenic i tętna, brak prawdziwego światłowstrętu, wymiotów i gorączki. Autor, opierając się na anamnezie, na niezawodnej obecności stygmatów histerycznych (*anaesthesia pharyngis*, oraz *ovarialgia dextra*, ataki nerwowe) ina fakcie, że chora na rozkaz podniosła się o własnej sile i zaczęła chodzić, rozpoznał histeryę, symulującą zapalenie opon mózgowych. Rozpoznanie to wkrótce zostało potwierdzone przez nagłe zniknięcie wszystkich objawów zapalenia opon mózgowych; pozostało tylko połowiczne znieczulenie czucia i zmysłów.

Dr. REYNAUD <sup>1)</sup> opisał przypadek *pseudomenigitidis histericae* z następującymi objawami: wymioty, bredzenie, ból głowy, stan gorączkowy [ciepłota 38,3°], brzuch zapadnięty, zaparcie stolca, ból w dolnych kończynach; nierówność źrenic.

## II. Cierpienia mostu Warola (*pons Waroli*).

Przy cierpieniach tej części mózgowia grupowanie się objawów bywa za-  
zwyczaj dwojakiego rodzaju, mianowicie: 1) jeżeli cierpi górna część mostu, to objawia się to porażeniem nerwu okoruchowego wspólnego (*n. oculomotorius comm.*) i porażeniem kończyn po drugiej stronie ciała t. z. *syndrome de Weber*; 2) jeśli zaś ognisko chorobowe dotyka most w dolnej części, to porażenie dotyka nerw twarzowy z jednej strony i kończyny z drugiej strony t. z. *syndrome de Millard-Gubler*. W jednym i drugim przypadku mamy t. z. *hemiplegiam alternantem*. W literaturze dotychczas ogłoszono zaledwie 2 przypadki histeryi, symulującej *hemiplegiam alternantem*, które pozwolę sobie podać w streszczeniu.

A. Zbiór objawów MILLARD-GUBLER'a. Spostrzeżenie G. TAURANT'a.

H., lat 34, stolarz. Ojciec jego był gwałtownego usposobienia, sam chory łatwo unosi się gniewem i z wielką łatwością płacze; w 1883 r. wskutek kłótni stracił przytomność, a po odzyskaniu jej czuł się źle przez jeden dzień; w 1884 r. ratował tonącego pod lodem, przyczem sam nieomal nie utonął. Wyratowano go nieprzytomnego; po 24 godzinach odzyskał przytomność, lecz zauważył osłabienie prawych kończyn z utratą czucia w tychże kończynach. W 1886 r. wskutek żywej dyskusyi z żoną i w 1888 r. wskutek kłótni z jednym z krewnych doznał uczucia ściskania w gardle i potem stracił przytomność, na drugi dzień osłabienie ogólne; 1887 r. syfilis; 1892 r. 7/I chory bez widocznej przyczyny uczuł ból w kończynie

<sup>1)</sup> La Loire médicale 1886. Nr. 3.

górną lewą i znieczulenie w niej zupełne. Przy badaniu znaleziono: niezupełne porażenie kończyny górnej lewej, *tonus* mięśniowy niezwiększony, brak przykurczeń; dynamometr: lewa ręka=10, prawa ręka=15; czucie na dotyk, ból i ciepłość znacznie osłabione w porażonej kończynie; zmysł mięśniowy i stawowy zupełnie zniesiony; ataksyi niema; porażenie gałęzi dolnych nerwu twarzowego prawego; czucie na lewym policzku zmniejszone; zwięźlenie pola widzenia i niedoślep (*amblyopia*) w lewym oku. Po kilkunastu dniach ruchy w porażonej kończynie powróciły, zaburzenia czuciowe zniknęły. Porażenie nerwu twarzowego (*facialis inf.*) było bardzo zmienne, to poprawiało się, to się pogarszało. Autor, opierając się na anamnezie, a mianowicie: na istnieniu ataków utraty przytomności z połowicznym porażeniem, na charakterystyce samych objawów porażenia, wyklucza możliwość organicznej przyczyny danego cierpienia.

B. Zbiór objawów WEBER'a (*Syndrome de Weber*). Spostrzeżenie CHARCOT'a <sup>1)</sup> [streszczone].

J. N., panna lat 18, pochodzi z rodziny nerwowej. Od lat 4 cierpi na migreny, nerwoból twarzowy, bicie serca, ataki ściskania w gardle, zawroty głowy. Pośród tych objawów stopniowo wystąpiło opadnięcie powieki górnej lewej (*ptosis sin.*), które od tego czasu nie ustępuje. W 2 lata potem wystąpiło nieznaczne osłabienie i ból w kończynach prawych; nadczułość w stawach łokciowym, barkowym i stopowym z prawej strony. W 8 dni później osłabienie zamieniło się na porażenie zupełne kończyn prawych, z przykurczeniami; twarz nie była dotknięta; znieczulenie porażonych kończyn; bolesność kręgosłupa. Po 10 miesiącach popowrót stopniowy ruchu w kończynach porażonych i chód ciągnący (*démarche traînante de Todd*). *Status praes.* Chora uskarża się na bóle w prawej połowie ciała, migreny, uderzenia do głowy. Sfera ruchowa nienaruszona. Odruchy niezmienione. Czucie na wszystkie bodźce zniesione na prawej połowie ciała, z wyjątkiem twarzy i głowy; znieczulenie łącznicy i rogówki; na skórze dużo miejsc, których ucisk wywołuje zjawiska aury bez drgawek. Opadnięcie powieki górnej lewej. Źrenice równocześnie rozszerzone; ruchy gałek ocznych normalne. Uderza w oczy asymetrya położenia brwi, mianowicie: lewa znacznie stoi niżej i nie tworzy łuku, jak prawa; przytem przeryniają ją 2 lub 3 zmarszczki prostopadłe, nadające fiziognomii wyraz smutku i cierpienia. Na rozkaz „zamknąć oczy“, chora robi to z łatwością i energią; na rozkaz „otworzyć oczy“, chora podnosi normalnie tylko prawą powiekę, lewa zaś i odpowiednia brew zostają nieruchome. Podczas ruchu podnoszenia powiek prawy mięsień czołowy działa energiczniej, aniżeli lewy, tak, że czoło pokrywa się zmarszczkami poprzecznymi tylko z prawej strony, podczas gdy lewa połowa czoła pozostaje gładką. Badanie elektrycznością nie wykryło zaburzeń w oddziaływaniu.

Widocznem więc jest, że tylko na pierwszy rzut oka można było przypuścić porażenie mięśnia podnoszącego powiekę, gdy tymczasem opadnięcie powieki lewej zależało nie od porażenia mięśnia, unoszącego powiekę lewą górną, lecz od skurczu mięśnia okrężnego i marszczącego pochodzenia histerycznego.

<sup>1)</sup> Clin. des mal. du syst. nerv. t. I. 1892.

### III. Choroby rdzenia.

#### A. Myelitis.

Spostrzeżenie własne. P., lat 18, panna, przepisana została z oddziału infekcyjnego na oddział doktora GAJKIEWICZA. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że pochodzi ze zdrowej rodziny, sama miewała nieraz bóle głowy, czkawkę, ściskanie w piersiach; zachorowała przed 6 tygodniami na szkarlatynę, którą przebyła w szpitalu, a ponieważ w okresie zdrowienia zaczęła uczuwać ból opasujący w połowie tułowia, częste i mimowolne oddawanie moczu, przeszła na nasz oddział.

*Status praesens.* Chora, dobrze zbudowana, uskarża się na osłabienie w kończynach dolnych, uczucie obręczy w pasie, utrudnione lub też częste i mimowolne oddawanie moczu; w nerwach czaszkowych zmian nie wykryliśmy; dośrodkowe zwężenie pola widzenia; znieczulenie łącznicy, języczka i gardzieli, na skórze ciała miejsca pozbawione czucia bólu; w górnych kończynach zmian ruchowych niema, w dolnych kończynach wszystkie ruchy czynne i bierne zachowane, tylko osłabione dość znacznie; *tonus* mięśniowy zwiększony; odruch rzepkowy silny z obu stron; *clonus pedis*, znikający przy zabiegu BROWN-SÉQUARD'a; chód spastyczny; zaników mięśniowych niema. W sercu, płucach żadnych zmian. Przebieg choroby w szpitalu: Chora leżała około 3 miesięcy, w ciągu których miewała nieraz typowe ataki histeryczne; chód spastyczny zamienił się wkrótce na mózdkowy [panowała wtedy pośród histeryczek na naszym oddziale wzmiankowana wyżej przezemnie epidemia zataczania się przy chodzeniu]; objawy zajęcia rdzenia zniknęły nagle, a zjawily się wymioty i czkania. Przy wypisaniu się ze szpitala chora czuła się dobrze, chodziła doskonale, ani śladu nie zostało z objawów rdzeniowych, pozostały tylko niektóre stygmaty histeryczne.

W danym przypadku mieliśmy do czynienia z osłabieniem dolnych kończyn, które rozwinęło się w przebiegu szkarlatyny. Jak wiemy przy chorobach zakaźnych nierazdko spostrzeganymi bywają różne porażenia ruchowe (*hemiplegiae, monoplegiae, paraplegiae*) wskutek zmian w naczyniach krwionośnych mózgu lub rdzenia. Więc i w tym przypadku możliwem wydawało się przypuszczenie zmian w naczyniach rdzenia wskutek szkarlatyny; ale przypatrzmy się objawom, spostrzeganym u naszej chorej, czy one nie noszą cech charakterystycznych dla histeryi. Przy rozpoznawaniu różniczkowem między paraplegiami histerycznymi i organicznymi, powinniśmy zwracać uwagę na: 1) anamnezę, rozwój choroby; 2) zmiany czuciowe: przy organicznych cierpieniach sensacje subiektywne [jak uczucie mrowienia, drętwienia] są prawidłem; przy histeryi zaś rzadziej się spotykają. Zmianom ruchowym histerycznym często towarzyszy znieczulenie skóry, które odznacza się osobliwem ugrupowaniem [wysepkami lub połowicznym], różniącym ją od znieczulenia, wywołanego cierpieniem organicznem rdzenia kręgowego; to ostatnie znajduje się w granicach pewnego nerwu lub jest odgraniczone przez linię prostopadłą do osi ciała; 3) zmiany ruchowe, zwiększenie odruchów, *epilepsia spinalis* zarówno spotyka się przy cierpieniach rdzenia, jak i przy histeryi; 4) badanie elektrycznością: przy paraplegiach organizacyjnych znajdujemy dość szybko występujący odczyn zwyrodnienia; przy paraplegiach histerycznych spostrzega się to rzadko; 5) zmiany zanikowe; owrzodzenia, zaniki mięśni-

we, a szczególnie odleżyny z objawami ciężkimi ogólnymi, przemawiają raczej za pochodzeniem organicznem cierpienia; 6) objawy ze strony pęcherza, jak zatrzymanie lub bezwiedne oddawanie moczu spotykamy zarówno przy jednych, jak i przy drugiej; cierpienia ropne pęcherza zaś spotyka się przy porażeniach organicznych.

U naszej chorej przemawiały za histeryą wszystkie spostrzegane u niej objawy, mianowicie: *analgesia par plaques*; zamiana chodu spastycznego na mózdkowy; brak odczynu zwyrodnienia; brak zmian troficzných; nieznaczne i szybko przemijające zaburzenia ze strony pęcherza; obecność stygmatów historycznych, obecność typowych ataków historycznych, wreszcie nagłe zniknięcie osłabienia kończyn dolnych. [D. c. n.].

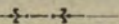
## II. EPIDEMIA CHOLERY AZYATYCKIEJ

z r. 1894 w Warszawskim szpitalu starozakonnych.

(STATYSTYKA I SYMPTOMATOLOGIA).

Opisał

St. Pechkranc.



W niniejszem sprawozdaniu będzie mowa przeważnie o cholery z r. 1894, dane zaś, dotyczące epidemii z r. 1893 i 1892, będą pokrótce omówione w miarę potrzeby w różnych miejscach. Oddział dla chorych cholerycznych otwarty został [w r. 1894] 17 lipca, ostatnie zaś przypadki mieliśmy 1 października, tak, że nasz okres sprawozdawczy obejmuje  $2\frac{1}{2}$  miesiąca. Przez ten czas zapisanych chorych było 449, między nimi: mężczyzn 244, kobiet 205 [54,3% i 45,7% ogólnej liczby chorych]. Śród 449 chorych było podejrzanych [resp. niecholerycznych] 32. Mówiliśmy już w innem miejscu, że większa część tych ostatnich dotknięta była histeryą. Wobec tego, że w r. z., z przyczyn od nas niezależnych, nie mogliśmy dokonywać bakteryologicznego badania wypróżeń chorych, zmuszeni więc byliśmy opierać rozpoznanie cholery głównie na przebiegu klinicznym i danych epidemiologicznych. Wogóle podczas epidemii cholery bardzo trudno przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe między choleryą indyjską z jednej strony, a choleryą swojską, jak również ostrym nieżytem przewodu żołądko-kiszczowego — z drugiej strony. Przy rozpoznawaniu cholery azyatyckiej korzysta się zwykle z danych klinicznych, epidemiologicznych, bakteryologicznych i anatomo-patologicznych. Żaden z tych dowodów nie jest przekonywający. Co się tyczy danych klinicznych, to, jak wiadomo, cholera *nostras* i różnego rodzaju otrucia mogą w ciężkich przypadkach wywołać obraz chorobowy, łudząco podobny do cholery azyatyckiej w jej postaci zamartwiczej, z drugiej znów strony bywa wszak wielkie mnóstwo stopniowań w obrazie klinicznym cholery azyatyckiej. Dane epidemiologiczne mają znaczenie li tylko w związku z klinicznymi. Przypadki, uważane podczas epidemii za chole-

rę azyatycką, bywają zaliczane w czasie zwykłym do cholery swojskiej. Latem 1892 r., gdy jeszcze u nas mowy nie było o epidemii cholery azyatyckiej, przybywało do szpitala Starozakonnych, przez kilka tygodni z rzędu, w soboty i niedziele, po kilku [czasem do 10] chorych z objawami cholerycznymi. Przypadki te [ryżowe stolce, wodniste wymioty, kurcze, niska ciepłota obwodowa, bezmocz i t. d.], z których kilka zakończyło się śmiercią, były tego rodzaju, że w czasie epidemii nikt nie wahałby się ochrzcić je mianem cholery azyatyckiej, podczas gdy wówczas nikomu i na myśl nie przyszło upatrywać w nich tę chorobę. Jeszcze wcześniej, bo na kilka miesięcy przed ukazaniem się cholery azyatyckiej w Europie, mieliśmy jeden nadzwyczaj ciężki przypadek z następczym okresem tyfoidalnym i wysypką pokrzywkową, zakończony śmiercią. Gdyby ten przypadek, rozpoznany jako *cholera nostras*, zdarzył się był o kilka miesięcy później, nie zawahałbym się, pomimo nieznaledzenia w wypróbnieniach laseczników Koch'a, odnieść go do cholery azyatyckiej. Czy możliwym jest, żebyśmy się w wyżej przytoczonych przypadkach mylili w rozpoznaniu? Pozostawiam to pytanie bez odpowiedzi; zauważę tylko, że dane epidemiologiczne wnoszą czasem zamęt w pojęciach.

Przypomnijmy tu epidemię cholery 1892 r. w okolicach Paryża. Nie mogąc przez długi czas dojść, którędy mógłby się tam dostać zarazek, lekarze francuscy kontentowali się takimi rozpoznawaniem, jak *diarrhée cholériforme*, aż nareszcie znaleźli w stolcach kilku chorych prątki choleryczne i zdecydowali, że panującą tam chorobę uważać należy za cholere azyatycką. Z drugiej strony, są lekarze, którzy nie wahają się obecnie rozpoznawać cholery azyatyckiej w sporadycznym przypadku, gdy tylko w stolcach znajdują się przecinkowce Koch'a; w danym razie epidemiologia nie ma już żadnego znaczenia. Co się tyczy danych bakteriologicznych, to Koch i jego zwolennicy utrzymują, że znalezienie przecinkowców w stolcach chorych zupełnie nas upoważnia do rozpoznawania cholery azyatyckiej, choćby dany osobnik miał być pod wszystkimi innymi względami zdrowym i oddawać stolce uformowane. Taki sposób zapatrywania się na rzeczy, opieranie rozpoznawania choroby na jednym — jedynym objawie, sprzeciwia się, jak słusznie utrzymuje LEYDEN, głównemu prawidłu kliniki. Lecz bywa wszak dość spora liczba przypadków niewątpliwej cholery azyatyckiej, w których spirylli Koch'a znaleźć nie można, że przypomnimy poszukiwania LESAGE'a i MACUAIGNE'a, którzy na 198 przypadków znaleźli laseczniki przecinkowate 20 razy w dużej ilości, 107 razy w ilości umiarkowanej, 24 razy bardzo skąpe, tak, że je bardzo trudno było odszukać; w pozostałych 45 przypadkach laseczników wcale nie znaleziono i zamiast nich stwierdzono 15 razy *bacillum colli commune* i 30 razy ten ostatni drobnoustrój razem z łańcuszkowcami, gronkowcami i czasem z lasecznikiem błękitnej ropy [*bac. pyocyaneus* <sup>1)</sup>].

Jak mamy tu radzić sobie z rozpoznaniem w takich przypadkach? Sam Koch odpowiada, że podczas panowania epidemii cholery należy zaliczać do

<sup>1)</sup> Patrz także wyniki naszych badań: „O etyologii i leczeniu cholery“. Gazeta Lekarska. 1894. Nr. 46.

tej ostatniej wszystkie przypadki ostrych biegunek z wymiotami i kurczami, jakiegokolwiek są wyniki badania bakteriologicznego wypróżnień.

Dodajmy tu jeszcze, że, według słów MIECZNIKOWA, lasecznik KOCH'a pod wielu względami tak jest podobny do innych pokrewnych mu drobnoustrojów, że przy rozpoznawaniu częstokroć napotykaemy wielkie trudności. Z tego widać, jak małą pomoc znajduje często rozpoznawanie w badaniu bakteriologicznem. Jeszcze mniejszej wagi dla rozpoznania cholery są dane badania anatomopatologicznego <sup>1)</sup>. Oddzielnie wzięte nie pozwalają one nawet w najcięższych przypadkach na kategoryczne postawienie rozpoznania; nadto w wielu przypadkach zmiany narządów i wygląd odchodów nie przedstawiają nic typowego. Ze wszystkiego, co się wyżej rzekło, przekonywamy się, że żaden rodzaj dowodów, oddzielnie wzięty, nie jest przekonywający i że pewność rozpoznania zwiększa się w miarę wzrastania liczby dowodów, przyczem szczególnie ważne są takie kombinacye, jak obecność danych klinicznych i epidemiologicznych lub klinicznych i bakteriologicznych i t. d..

Po tych ogólnych uwagach wracamy do części statystycznej naszego sprawozdania.

Z ogólnej liczby 449 chorych zmarło 166, co stanowi 36,9% śmiertelności, a jeżeli odliczyć 32 chorych podejrzaných, to otrzymamy cyfrę śmiertelności 39,8%. Aby dać pojęcie o przebiegu epidemii, przytoczymy najsamprzód tabelicę zachorowań i zejść śmiertelnych podług dni:

Lipiec.	Przybyło.	Zmarło.	Sierpień.	Przybyło.	Zmarło.
17	1	0	5	7	0
18	2	1	6	17	5
19	2	2	7	13	6
20	4	2	8	10	3
21	6	1	9	9	2
22	8	3	10	15	4
23	14	6	11	10	1
24	7	1	12	13	1
25	12	7	13	11	2
26	5	7	14	19	1
27	11	2	15	6	4
28	8	2	16	12	6
29	6	2	17	15	4
30	6	1	18	15	3
31	8	3	19	16	2
			20	13	5
Sierpień.	Przybyło.	Zmarło.	21	18	4
1	6	3	22	8	6
2	13	5	23	11	2
3	10	0	24	5	1
4	1	0	25	1	1

<sup>1)</sup> Prof. PRZEWOŃSKI przypisuje wartość rozpoznawczą silnie wyrażonej lepkości błon surowicznych.

Sierpień.	Przybyło.	Zmarło.	Wrzesień.	Przybyło.	Zmarło.
26	9	0	16	0	0
27	7	2	17	3	0
28	3	1	18	2	0
29	5	2	19	0	0
30	7	1	20	0	0
31	4	0	21	1	0
			22	0	0
Wrzesień.	Przybyło.	Zmarło.	23	0	0
1	3	0	24	0	0
2	7	0	25	0	1
3	4	0	26	0	0
4	3	0	27	0	0
5	1	0	28	0	1
6	1	1	29	0	0
7	1	0	30	0	0
8	1	1			
9	1	0	Paźdz.	Przybyło.	Zmarło.
10	1	0	1	3	2
11	2	0	2	0	0
12	2	0	3	0	1
13	3	0			
14	0	0			
15	1	1			

[W tej tablicy, po pierwszych 12 dniach, przytoczone są w rubryce „zmarło“ dwa rzędy cyfr: liczba zmarłych z pomiędzy chorych przybyłych w tym samym tygodniu + [za nawiasem] liczba zmarłych z pomiędzy tych chorych, którzy przybyli przed tym tygodniem].

Z powyższych liczb widzimy, że, z wyjątkiem kilku wahań, zachorowania wogóle idą dość równomiernie do 5 sierpnia. Od tego dnia liczba zachorowań znacznie wzrasta i trzyma się, z niewielkimi wahaniami, na wysokich cyfrach do 21 sierpnia. Od 22 sierpnia do 4 września liczba zachorowań zbliża się do tej, jaka była w ciągu pierwszych 3 tygodni; następnie spada ona znacznie, tak, że w ciągu dnia przebywa 0, 1, 2, *maximum* 3 chorych. Z tej samej tablicy widzimy jeszcze, że w każdym tygodniu *maximum* zachorowań przypada na pierwsze 3 dni, szczególnie na niedziele i poniedziałki, choć czasem i w inne dni liczba zapadnięć znacznie się wzmaga. *Minimum* zachorowań przypada na sobotę, lecz z tego nie wynika, aby w sobotę rzeczywiście mniej osób zapadało na cholere, aniżeli w inne dni; przeciwnie, liczba zachorowań w sobotę jest największą, lecz liczba chorych, przybywających tego dnia do szpitala, jest małą, gdyż żydzi niechętnie odsyłają chorych w sobotę do szpitala.



Rozgrupujmy teraz naszych chorych podług tygodni:

			Przyb.		Zmar.		Z przybyłych.	
			Mężcz.	Kobiet.	Mężcz.	Kobiet.	Mężcz.	Kobiet.
1 tydzień [niecały]	od 17. VII. do 21. VII		15	6	6		36	44
2 "	" 22. VII. " 28. "		65	82				
3 "	" 29. " " 4. VIII.		50	20			27	23
4 "	" 5. VIII. " 11. "		81	25			49	32
5 "	" 12. " " 18. "		91	31			48	43
6 "	" 15. " " 25. "		72	32			44	28
7 "	" 26. " " 1. IX.		38	10			20	18
8 "	" 2. IX. " 8. "		18	5			9	9
9 "	" 9. " " 15. "		10	3			6	4
10 "	" 16. " " 22. "		6	1			5	1
11 "	" 23. " " 29. "		0	2			—	—
12 "	[niecały] " 30. " " 3. X.		3	3			0	3
			449	166	244	205		

Przyglądając się tej tablicy, widzimy, że *maximum* zachorowań przypada na 5-ty tydzień [91 chorych] od pojawienia się u nas pierwszego chorego, następnie idą 4-ty i 6-ty tydzień. Dalej widzimy, że wzrastanie liczby zachorowań postępuje wolniej, aniżeli zmniejszanie się jej. Powolność, z jaką powiększała się liczba zachorowań w naszym oddziale, tłumaczy się tem, że już przed otwarciem u nas oddziału dla chorych cholerycznych istniała przez pewien czas cholera w okolicach Warszawy, tak, że właściwie z naszych danych nie można wyprowadzać żadnych wniosków o przebiegu u nas początkowego okresu epidemii cholery. Co do śmiertelności podług tygodni, to ta idzie równolegle do krzywej zachorowań, choć niezupełnie: w 2-im tygodniu na 65 zachorowań mieliśmy 28 zejść śmiertelnych, podczas gdy w 4-tym — na 81 zachorowań 25 zejść śmiertelnych. Zjawisko to można objaśnić tem, że w pierwszych 2-ach tygodniach funkcyonowania naszego oddziału chorzy przybywali do nas w późnym okresie choroby, później zaś we wcześniejszych okresach <sup>1)</sup>. Drugie zboczenie równoległego przebiegu zachorowań i śmiertelności spostrzegamy, porównując 5-ty tydzień z 6-ym: podczas gdy w 5-ym tygodniu na 91 zachorowań było 31 zejść śmiertelnych, w 6-ym na 72 zachorowań — 32 zejść śmiertelnych. Objasnić to nietrudno, wiedząc, że w 5-tym tygodniu, zwłaszcza w końcu tego tygodnia, przybyło do nas wielu chorych [35] w rozpaczliwym stanie z miast prowincjonalnych i odległych wsi <sup>2)</sup>.

Liczba przybyłych i zmarłych podług miesięcy przedstawia się tak:

	Lipiec [od 17].	Sierpień.	Wrzesień.	Październik.
Przybyło	99	310	37	3
Zmarło	43	109	11	3

<sup>1)</sup> Patrz Gazeta Lekarska Nr. 31. 1894.

<sup>2)</sup> Patrz Gazeta Lekarska. Nr. 34 i 35. 1894.

Jak widzimy, największy ruch przypada na sierpień. Co się tyczy śmiertelności, to ta z biegiem czasu stopniowo się zmniejsza: jeżeli osobno w każdym miesiącu weźmiemy stosunek liczby zmarłych do liczby przybyłych, to otrzymamy następujące cyfry: 43,% [lipiec], 35,16% [sierpień], 29,72% [wrzesień].

O wpływie wieku na zachorowanie i śmiertelność w choleryze poucza następująca tablica:

	Z a c h o r o w a ł o .				Z m a r ł o .				% zmarłych do chorych w tej samej grupie.
	M.	K.	Razem.	%	M.	K.	Razem.	%	
Od 5 mies. do 5 l.	20	13	33	7,9	9	6	15	9,0	45,4
" 6 lat " 10 "	25	20	45	10,6	13	8	21	12,7	46,6
" 11 " " 20 "	46	39	85	20,0	14	11	25	15,0	29,4
" 21 " " 30 "	47	42	89	20,9	20	11	31	19,0	34,7
" 31 " " 40 "	38	31	69	16,3	10	8	18	10,9	26,0
" 41 " " 50 "	27	20	47	11,0	18	7	25	15,0	53,2
" 51 " " 60 "	18	11	29	6,8	9	5	14	8,9	48,3
" 61 " " 70 "	11	10	21	5,0	7	6	13	8,0	61,9
" 71 " " 80 "	2	3	5	1,1	1	2	3	1,8	60,0
Powyżej 80 "	—	1	1	0,2	—	1	1	0,6	
	233	191	424		101	65	166		

[Do tej tablicy nie weszli chorzy, u których z całą ścisłością można byłoby wykluczyć choleryę azjatycką].

Przypatrując się tej tablicy, widzimy, że cholera nie szczędzi ani jednego wieku—od najmłodszego do najbardziej podeszłego. Podczas epidemii z r. 1894 znaczny kontyngens chorych stanowiły dzieci: niemowląt było 8, w wieku do 10 lat mieliśmy 78 [18,5% ogólnej liczby chorych]; do 15 lat—105 dzieci, co wynosi 25% wszystkich chorych. Dzieci do 5 lat rzadziej zachorowują na choleryę, aniżeli dzieci 6—10 lat pierwszych było 33 [7,9%], drugich 45 [10,6%]. To samo utrzymuje większość autorów. *Maximum* zachorowań przypada na 3-ie dziesięciolecie [89 chorych=20,9%], następnie idzie 2-ie dziesięciolecie [85 chorych=20%] i 4-e [69 chorych=16,3%]. Co się tyczy wpływu płci, to okazuje się, że we wszystkich grupach wiekowych mężczyźni mają liczebną przewagę nad kobietami.

Odnosnie do śmiertelności podług wieku, zauważyć należy, że idzie ona niezupełnie równolegle do zachorowań, choć *maxima* śmiertelności i zachorowań po większej części zbiegają się: w 4-iej grupie wiekowej, gdzie było najwięcej zachorowań, śmiertelność również okazuje się największą, następnie w 3-iej grupie—drugie *maximum* zachorowań i jednocześnie drugie *maximum* śmiertelności. Znaczne zboczenie od równoległego przebiegu zachorowań i zejść śmiertelnych widzimy w 6-iej grupie wiekowej [5-e dziesięciolecie], gdzie pomimo, że liczba zachorowań jest prawie o 1/2 mniejsza, aniżeli w 3-iej grupie [2-ie dziesięciolecie], odsetka śmiertelności [w stosunku do ogólnej liczby zejść śmiertelnych] jest ta sama, innymi słowy, w 5-em dziesięcioleciu śmiertelność jest 2 razy większa, aniżeli w 2-em. Badając ostatnią kolumnę cyfr powyższej tablicy [% śmiertelności w stosunku do zachorowań w tej samej grupie wieko-

wej], przekonywamy się, że *maximum* śmiertelności przypada na 5 ostatnich grup, t. j. od 40 lat do 80 i więcej; drugie miejsce zajmują 2 pierwsze grupy wiekowe [t. j. 1-sze dziesięciolecie]; najmniejszą śmiertelność dają 3-cia, 4-ta i 5 ta grupa, t. j. okres od 11 do 40 lat. Na ten właśnie okres przypada, jakśmy wyżej widzieli, *maximum* zachorowań. Widzimy więc, że jeżeli ten okres życia okazuje największą predyspozycję do zachorowania na cholere, to rozporządza on zarazem najbardziej skutecznymi środkami do walki z zarazą.

Ażeby otrzymać śmiertelność podług płci i wieku, obliczmy w każdej grupie wiekowej stosunek zejść śmiertelnych do zachorowań dla każdej płci z osobna.

	M.	K.		M.	K.
I dziesięciolecie	49,0 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	42,4 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	V dziesięciolecie	66,6 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	35,0 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
II „	30,4 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	28,2 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	IV „	50,0 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	45,4 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
III „	42,5 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	27,0 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	VII „	63,6 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	60,0 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
IV „	26,3 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	25,8 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>			

Tak więc, we wszystkich grupach wiekowych śmiertelność między mężczyznami jest większą, aniżeli między kobietami, szczególnie uderza różnica śmiertelności w 3-em i 5-em dziesięcioleciu.

Rozpatrzmy jeszcze 2 punkty, dotyczące się statystyki śmiertelności w cholery: śmiertelność w rozmaitych postaciach cholery i czas, upływający od początku choroby do chwili śmierci.

Co się tyczy pierwszego punktu, to przedewszystkiem zauważymy, że chorzy przybywali do nas głównie z 2-ma postaciami cholery: średnią (*cholera*) i ciężką, bardzo rzadko jedynie tylko z rozwolnieniem. Chorzy z ciężką postacią cholery znajdowali się po większej części w okresie zamartwicznym, rzadziej w tyfoidalnym. Nie wchodząc w zbyteczne w tem miejscu szczegóły, obliczmy śmiertelność w biegunce cholerycznej, w cholerynie i w cholery rozwinętej, niezależnie od okresów tej ostatniej.

Postać choroby	Liczba zachorow.	Liczba zejść śmier.
<i>Cholera algida (et typhoid.)</i>	238	155
<i>Cholera</i>	167	8
<i>Diarrhoea chol.</i>	12	3
<i>Suspect</i>	32	0

Na cholerynę i biegunkę choleryczną razem zmarło wszystkiego 11 osób, co wynosi 6,6<sup>o</sup>/<sub>o</sub> ogólnej liczby zejść śmiertelnych. Cyfry te mogą wydać się dziwnymi, wypada przeto nadmienić, że pod nazwą „*cholera*“ figurują tu tylko te przypadki, którym do samego końca choroby można było dać tę nazwę [wymioty, rozwolnienie z ryżowymi lub żółtą zabarwionymi stolcami, kurcze mięśniowe]; przeciwnie zaś, wszystkie te przypadki choleryny, które następnie przeszły w cholere zamartwiczą [znaczące zmniejszenie lub zniknięcie fali tętna, spadek ciepłoty zewnętrznej, sinica, bezmocz. i t.d.] zaliczone zostały do tej ostatniej. Przypadków takich było bardzo dużo. Wobec tego, że jedna postać cholery [łżejsza] bardzo często przechodzi w drugą [cięższą], przyjęty tu przez nas

punkt widzenia zdaje się być najracjonalniejszym. Wszak „cholera zamartwiczka“ w ogromnej większości przypadków nie od razu występuje jako taka, lecz rozwija się po dłuższym lub krótszym okresie, nie mającym żadnych cech *algiditatis*. Innemi słowy, wszak nazwy: „*diarhoea cholericca*“, „*cholericina*“, „*cholera algida*“ nie określają rozmaitych postaci jednej i tej samej choroby, lecz rozliczne jej okresy. Racjonalnem jest przeto każdemu danemu przypadkowi nadawać nazwę tego okresu, do którego sprawa w końcu doszła,

Co się tyczy ostatniej kwestyi, t. j. czasu trwania choroby do chwili zejścia śmiertelnego, to jest ona dla nas bardzo ważną, gdyż daje pojęcie o stopniu ciężkości, o większej lub mniejszej złośliwości epidemii w danym okresie czasu. W r. z., jakieśmy już rzekli, mieliśmy na 449 przypadków cholery 166 śmiertelnych.

Te ostatnie grupują się w sposób następujący:

Śmierć nastąpiła: od początku choroby.	Od 17 lipca do 13 sierpnia.		Od 13 sierpnia do 13 września.		Od 13 września do października.		Razem.		Razem.	%
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.		
Przed upływem doby	13	6	2	6	0	0	15	12	27	16,2
W dobę	4	3	8	1	0	0	12	4	16	9,6
„ 1 1/2 doby	6	7	3	5	0	1	12	13	25	15,0
„ 2 „	5	1	11	1	0	0	16	2	18	10,9
„ 3 „	4	4	2	3	2	1	8	8	16	9,6
„ 4 „	0	3	6	2	0	1	6	6	12	7,2
„ 5 dob	1	2	6	2	0	1	7	5	12	7,2
„ 6 „	3	1	4	3	0	0	7	4	11	6,9
Kilka [niewiadoma liczba]	5	5	1	0	0	0	6	5	11	6,9
W 8 dob	0	0	4	1	1	1	5	2	7	4,2
„ 9 „	0	2	0	0	1	0	1	2	3	1,7
„ 10 „	1	1	0	0	0	0	1	1	2	1,2
„ 12 „	0	0	2	1	0	0	2	1	3	1,7
„ 14 „	3	0	0	0	0	0	3	0	3	1,7
	45	35	52	25	4	5	101	65	166	—

Jeśli do liczby zmarłych przed upływem doby [27] dodać liczbę tych, którzy zmarli w dobę od początku choroby [16], to okaże się, że w ciągu 1-szej doby zmarło 43 osób, co wynosi przeszło 25% wszystkich zejść śmiertelnych. Odsetka ta nie jest wielką, jeśli ją porównać z innymi epidemiami, podczas których odsetka ta dochodzi do 35—40 i nawet do 50%. Jeśli więc będziemy uważać tę cyfrę za kryterium ciężkości epidemii, to epidemię r. z. trzeba będzie zaliczyć do rzędu nieciężkich. W ciągu 2-giej doby zmarło tyleż osób, co w przeciągu pierwszej, tak, że przeszło połowa wszystkich zejść śmiertelnych przypada za pierwsze 2 doby. Ogólnie biorąc, w miarę oddalania się od początku choroby odsetka śmiertelności zmniejsza się. Liczba zmarłych w ciągu całego 2-go tygodnia = 18, co wynosi 1/10—1/10 ogólnej liczby zejść śmiertelnych. Najpóźniej śmierć następowała 12—14-go dnia od początku choroby. Przyczy-

nę wszystkich tych późnych zejść niepomysłnych stanowił tyfoid w rozmaitych postaciach.

Co się tyczy szybkości zgubnego działania jadu cholerycznego, to płeć nie odgrywa tu wielkiej roli, wiek natomiast ma znaczenie niepoślednie: w wieku podeszłym [powyżej 50] zabójcze działanie tego jadu przejawia się szybciej, aniżeli w wieku dojrzałym.

Dla osób, zmarłych w ciągu 1-szej doby zanotowaliśmy również, po upływie ilu godzin od początku choroby następowała śmierć.

	Od 17 lipca do 13 sierpnia.		Od 13 sierpn. do 13 wrześn.		Od 13 wrześn. do 3 paźdz.		Razem.		Razem
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Przed upływem 6 godz.	2	0	0	0	0	0	2	0	2
Od 7 do 12 „	5	1	1	2	0	0	6	3	9
„ 13 „ 18 „	3	4	0	2	0	0	3	6	9
„ 19 „ 24 „	3	1	1	2	0	0	4	3	7
	13	6	2	6	0	0	15	12	27

Przed upływem 6 godz. zmarło 2 chorych: mężczyzna średniego wieku i 6-letnie dziecko. W ciągu 2-gich 12-tu godzin zmarło o  $\frac{1}{2}$  więcej, aniżeli przez pierwsze 12 godz. [16 i 11]. W ciągu pierwszych 4 tygodni mieliśmy prawie 3 razy tyle piorunujących przypadków, co w ciągu następnych 4-ech tygodni.

[C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 60. Emil Senger. Próby wypłowania bezkrwawego szczęki górnej przy pomocy ucisku czasowego obnażonej tętnicy szyjowej (*a. carotis*).

Ujemną stroną rozmaitych sposobów wypłowania szczęki górnej stanowi z jednej strony obfite krwawienie, trudne do zatamowania, z drugiej — ściekanie krwi do gardła i krtani, co zagraża czynności narządów oddechania. Starano się zapobiedz, temu, już to przez operowanie w pół-uśpieniu, już to przez zwieszanie głowy, już wreszcie przez przecięcie uprzednie tchawicy i założenie rurki TRENDLENBURG'a. Każdy z tych środków zapobiegawczych ma swoje wady, a najczęściej stosowana tracheotomia nie może być ideałem dla chirurga.

Myśli takie przesuwały się autorowi po głowie, gdy zgłosił się do niego kiedyś chory, kwalifikujący się do wypłowania szczęki górnej z powodu raka, przytem niezwykle wyniszczony, a nie zgadzający się na przygotowawczą operację przecięcia tchawicy. Przyszło wtedy autorowi na myśl, czy nie możnaby w tym razie użyć sposobu, zbliżonego do ucisku za pomocą opaski ESMARCH'a. Szczękę górną zaopatruje w krew tętnica szyjowa; gdyby więc ją obnażyć i podwiązać czasowo, moglibyśmy osiągnąć wymarzony cel.

Nim jednakże autor przystąpił do tej operacji na człowieku, dokonał szeregu prób na zwierzętach [psach i królikach]; obnażał u nich t. szyjową wspólną, podkładał pod naczynie mały zwitek gazy i przewiązywał je opaską gumową, zaciskając dopóty, dopóki nie ustawało tętno na obwodzie, lub gdy po przecięciu jakiegoś naczynia usznego nie otrzymano wcale krwawienia. W ten sposób uciskał autor obie tętnice szyjowe i jedną podobojczykową — jednocześnie, a zwierzęta znosiły to doskonale w przeciągu 1—3 godzin. Na tętnicach, badanych później, nie znajdowano żadnych wybitnych zmian.

Doświadczeniami powyższemi stwierdził przeto autor, że zwierzęta rzeczzone znoszą bezkarnie podwiązywanie bezpośrednio tętnicy szyjowej w ciągu 1—3 godzin. Nawiasem dodaje SENGIER, że spostrzegł przy tem dwukrotnie u królików pewien objaw, nieznanym dotychczas w literaturze, mianowicie pojawienie się, po zdjęciu opaski z tętnicy, mocnych drgawek klonicznych, które później przeszły w rodzaj porażenia tylnych kończyn; po kilku godzinach porażenie ustąpiło i zwierzęta czuły się jaknajlepiej.

Aczkolwiek podwiązywanie czasowe t. szyjowej u zwierząt nie wywierało złych skutków, postanowił autor u chorego swego poprzestać na podwiązaniu tylko t. szyjowej zewnętrznej, której gałązki unaczyniają okolice szczęki górnej; krwawienie z tętnic, biorących początek z t. szyjowej wewnętrznej, daje się już wówczas z łatwością zatamować. Nie przytaczam historii choroby danego pacjenta, i wyjmuję tylko niektóre szczegóły z opisu operacji, dokonanej w uspieniu chloroformowem. Po odszukaniu t. szyjowej zewnętrznej i wyosobnieniu jej, otoczono ją zwitkiem gazy jodoformowej i podłożono opaskę gumową  $\frac{1}{2}$  ctm. szerokości mającą, której jednakże jeszcze nie związywano. Dopiero, gdy autor wykonał pierwszą część właściwej operacji [cięcie skórne, oddzielenie policzka i t. d.] i miał przystąpić do wypilowywania kości, zacisnął opaskę na tętnicy szyjowej, krwawienie rzeczywiście miało bardzo małe i tylko żyłne. Opaskę zdjął autor wtedy, kiedy chory już zaczynał się budzić, i w ten sposób starał się zapobiedz ściekaniu krwi do tchawicy. W czternaście dni po operacji rana zagoiła się; ze strony mózgu i t. szyjowej żadnych zбоczeń nie dało się zauważyć.

Autor radzi wypróbować opisany sposób czasowego ucisku tętnicy i w innych okolicach ciała i obiecuje ogłaszać dalsze swoje spostrzeżenia nad tem.

*Deut. med. Woch. N. 22. 1895.*

*W. Żurakowski.*

---

## Wiadomości bieżące.

---

— D-r THEODOR FESSLER w Braunau nad Innem opisuje następujący przypadek ropnia opłucnowego (*empyema*), wywołanego przez posocznicę w okresie poporodowym. U 34 l. położnicy, nazajutrz po ciężkim, samoistnie ukończonym porodzie wystąpiły objawy zakażenia, mianowicie wysoka gorączka i cuchnący wypływ z narządów płciowych. Przy oględzinach chorej [12-go dnia po rozwiązaniu], narzekającej na kaszel i ból dotkliwy w lewej polowie klatki piersiowej, stwierdzono oprócz wzdęcia, bolesności brzucha, umiarkowanego obrzęku kończyn dolnych i duszności—

objawy lewostronnego zapalenia opłucnej, t. j. szerokie na trzy palce stępienia z tyłu i u dołu, powyżej odgłos wypukowy bębniasty oraz liczne rzyżenia wilgotne. Uprzedziwszy otoczenie o stanie prawie beznadziejnym, autor zalecił chorej środki wykrztuśne i podniecające. W ciągu następnych dni dziesięciu wysokość wysięku, który, jak wykazało przekłucie próbne, był ropnym, podniosła się znacznie, obrzęk kończyn dolnych sięgał do kolan, a w moczu znalezioną została obfita ilość białka. Uważając się za zgubioną, chora kazała odwieźć się do rodzinnego o dwie godziny drogi odległego miasteczka, by tam, jak mówiła, umrzeć. Nazajutrz w obec coraz bardziej wzmagającej się duszności dokonano przekłucia opłucnej lewej i przy pomocy pompki [aspiratora] DIEULAFOY wypuszczono z jamy do 2 litrów ropy. Gdy jednak z upływem dni pięciu wysięk w opłucnej zebrał się znowu i duszność powróciła też sama, wyresekowano w lekkim odurzeniu chloroformem kawałek V-go żebra lewego, otworzono opłucną i wypuszczono wysięk powtórnie. Po operacji duszność i kaszel zmniejszyły się znacznie, jakkolwiek obrzęk kończyn dolnych i ilość białka w moczu długo jeszcze pozostawały bez zmiany. W końcu drugiego miesiąca wyjęto dren z rany, poczem ta ostatnia zagoiła się wkrótce, chora poprawiała się szybko i ostatecznie wyzdrowiała zupełnie. Brak w danym przypadku wrodzonej albo nabytej gruźlicy oraz sam przebieg cierpienia, poprzedzonego przez wybuch ropnicy poporodowej, upoważnia, zdaniem autora do postawienia sprawy zapalnej w opłucnej w zależności od zarazka ropnicowego, który był tu również czynnikiem wywołującym co do spostrzeganych u chorej objawów ze strony nerek. (*Wien. klin. Woch. Nr. 11. 1895*).

Niedzielski.

— D-r HOWARD KELLY w *Journ. of Obstetrics* zaleca własny swój sposób badania macicy i jej przydatków. Po ułożeniu chorej na kolanach i łokciach, wprowadza się do odbytu (*anus*) rurę i pozostawia tamże czas jakiś. Napływające do kiszki stolcowej powietrze znacznie rozciąga tę ostatnią, wskutek czego cienkie cienkie ustępują z miednicy do jamy brzusznej, na macicy zaś i lewym więźcie szerokim układa się powierzchnia przednia rozdętej prostnicy. Gdy jelito to zostanie wypełnione powietrzem, należy wyjąć rurkę z odbytu, chorą, jak zwykle, ułożyć na plecach, poczem badanie, dokonywane przez odbytnicę i powłoki brzuszne, daje co do macicy i przydatków wyniki, zadziwiająco ściśle, nie tylko bowiem zmiany w położeniu i spójności narządów, lecz i najmniejsze szczegóły, tychże narządów tyczące, dają się wyczuć niezwykle łatwo. (*Wien. klin. Wochenschr. Nr. 11. 1895*). K. N.

— HILDEBRAND, BAYER i MUSCATELLO omawiają w ogłoszonych niedawno pracach anatomię i leczenie operacyjne tarni dwudzielnej (*spina bifida*). Z badań tych wynika, że: a) W przypadkach przepukliny rdzenia i jego opon (*rhachimeningocele* i *myelomeningocele*) stwierdza się zwykle rozszczepienie kręgowych oraz części skladowych przepukliny, podczas gdy pokrywające z zewnątrz części miękkie niejednokrotnie zachowują w tych razach całkowitą swą łączność. b) W drugim szeregu spostrzeżeń rozszczepiona była jedynie kość i opona twarda, pajęczna zaś opona miękka i rdzeń pozostawały nietknięte. c) W przypadkach nagromadzenia się cieczy w przestrzeni podpajęcznej lub podoponowo-twardej (*spatium subdurale*) obok wypuklenia się opon (*meningocystocele*) znajdował HILDEBRAND rozszczepienie samej tylko kości przy zamkniętej oponie twardej, MUSCATELLO zaś, zgodnie z poglądem RECKLINGHAUSEN'a uważa znów w tych razach rozejście się opony za objaw stały. Zauważono dalej, że możliwym jest: d) Zebranie się płynu w kanale środkowym (*canalis centralis*), wywołujące w ten sposób powstanie przepukliny rdzenia-torbielowej (*myelocystocele*), która przechodzi niekiedy w postać powiklaną. e) Opono-rdzenio-torbielową (*myelocystomeningocele*). Wreszcie zdarzają się przypadki: f) Tarni dwudzielnej ukrytej (*spina bifida occulta*). Co do leczenia — przekłucie, lub używanie podwiązki sprężystej zaniechanem dziś zostało stanowczo; zaleca się jedynie cięcie z obnażeniem i wyluszczeniem worka przepuklinowego oraz następczem zeszcyciem mięśni i skóry. Przy *myelocystocele* kierować się należy stanem ścian torbieli; jeżeli te ostatnie są cienkie,

jak papier, wówczas ze względu, że żadna ważniejsza część rdzenia zawierać się w nich nie może, worek wyluszcza się całkowicie; jeżeli zaś wyczuwa się w ścianach pasma twarde, wówczas po opróżnieniu worka z cieczy odprowadza się go do kanału rdzeniowego, poczem zaszywa się powłoki zewnętrzne, stosując przytem niekiedy rękoczynny wytwórcze w celu zamknięcia kanału, t. j. pokrycia braku sklepienia kręgowego. W tych razach czerpano zwykle z umięśnienia grzbietowego; w jednym zaś przypadku BAYER wykonał z powodzeniem przeszczepienie małych blaszek chrzęstnych. Autor ten miał wyniki szczęśliwe nawet w przypadkach przepukliny rdzeniowej (*myelocoele*), w których po obnażeniu i ostrożnem otwarciu worka odpreparowywał koniec rdzenia wraz z dochodzącymi i odchodzącymi odciami nerwami i odprowadzał je następnie do kanału pacierzowego. Tam, gdzie postępowanie to nie jest wykonalne, odprowadza się obcięty rdzeń i nerwy wraz z częścią worka, resztę zaś tego ostatniego — wycina. Powikłane *myelocystocoele*, o ile doświadczenie poucza, do operacji nadaje się nie zawsze, ukryte nakoniec odmiany tarni wymagają cięcia rozpoznawczego oraz rękoczynów odpowiednich względnie do stanu zmian chorobowych, które wykrywa się podczas operacji. (*Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 8. 1895.*)

Niedzielski.

## O G Ł O S Z E N I E.

— **Komitet Kassy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych**, w wykonaniu warunku, w testamencie ś. p. D-ra JANA BĄCEWICZA zastrzeżonego, ogłasza nazwiska 5-ciu wdów po lekarzach polakach, którym na posiedzeniu Komitetu w dniu 20 Czerwca r. b. przyznane zostały wsparcia z legatu D-ra BĄCEWICZA, każdej po rs. 90, a mianowicie: Bystrzyckiej Annie, Różyckiej Józefie, i Wierzbickiej Maryi w Warszawie zamieszkałym, oraz Grzybowskiiej Paulinie, w Lublinie i Ambrożewiczowej Ludwice we Włodawie.

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

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

**Sprostowanie.** W Nr. 27 Gaz. Lek. w art. D-ra MALINOWSKIEGO: na str. 691 wiersz 8 od góry — opuszczono: wstrzyknałem 10 ctm. sz. surowicy warszawskiej.

W N-rze 28, w tymże artykule, na str. 720 wiersz 11 od góry powinno być: „u młodszego będzie dostateczną, u starszego — za małą“; na str. 723 wiersz 1 od góry powinno być „w 12 przypadkach krpu i 19 błonicy gardła“.

— W N-rze 28 Gaz. Lek. w art. D-ra FLATAU, na str. 682 wiersz 2 od dołu zamiast „nerwowe odżywcze“ winno być: „nerwowe“; na str. 683 wiersz 7 od góry: zamiast „dwubiegunowego“ winno być: „wielobiegunowego“; na tejże str. wiersz 9 od dołu zamiast „cała“ winno być: „ciała“.

— W N-rze 28 w tymże artykule na str. 709 wiersz 8 od góry, zamiast: „nerwu“ winno być „neuronu“; na str. 710 wiersz 14 od góry zamiast „nerwach i nerw“ winno być: „neuronach i neuron“; na str. 714 wiersz 6 od góry zamiast „AZONLAY“ winno być: „AZOULAY“.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. czerwiec 1895.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дов. Ценаурою, Варшава 7 Юля 1895 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.



# E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska № 27 róg Kruczej

W WARSZAWIE,

ma honor podać do wiadomości, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy podawania leków pod postacią win, przygotowała cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

**Wino Kakaowo-chinowe** (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, flaszka 1.10 kop.

**Wino chinowe czyste** na Maladze, flaszka 1.50 kop.

„ „ z żelazem zawiera 1% żelaza, flaszka 1,75 kop.

**Wino Condurango czyste** na Xeresie, flaszka 1.75 kop.

„ „ z żelazem zawiera 2% żelaza, flaszka 2 ruble.

**Wino Coca** (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, flaszka 1.50 kop.

**Wino goryczkowe** (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

**Wino Kola** (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny, flaszka 2.25 kop.

**Wino Kwasyjowe** na winie węgierskiem wytrawnem, flaszka 1.50 kop.

**Wino Kwasyjowe** na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

**Wino pepsynowe słodkie** na francuzkiem desserowem, zawiera 2% pepsyny flaszka rs. 2.

**Wino pepsynowe wytrawne** na Xeresie zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

**Wino przeczyszczające** z korą *Cascaræ Sagradae* na Maladze, flaszka rs. 2

**Wino rabarbarowe czyste** na Maladze, flaszka 1,75 kop.

**Wino rabarbarowe z korą chin królewskiej** na Maladze, flaszka 1.75 kop.

**Wino senesowe** (*fol. Sen. alex. sine resina*) na Xeresie, flaszka 1.75 kop

**Wino manganowo-żelazne z peptonem** (*Vinum ferro-mangani peptonati*) Xeresie, zawiera 1% *ferro-mangani peptonati*, flaszka rs. 2.

**Wino peptonowe** na Maladze, zawiera 5% peptonu, flaszka rs. 2.

**Wino piołunowe** (*Vin de Vermuth*) na białem francuzkiem winie, flaszka 1.50 kop.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0.

**D-r M. Jakowski** b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich mikroskopowych głównie bakteriologicznych rozbiórów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna № 26.

## NOWE DZIEŁO

wyszło staraniem i nakładem

Wydawnictwa Dzieł Lekarskich Polskich w Krakowie

pod tytułem

Nauka o chorobach kobiecych (Ginekologia)

opracował

**D-r WŁADYSŁAW BYLICKI**

(z 131 rycinami w tekście) cena 6 zlr. 40 kr. w. a.

Nabyć można we wszystkich księgarniach krajowych oraz zagranicznych jak również w Administracji Wydawnictwa w Krakowie ul. Florjańska 3.

**WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.**

WYSZŁA Z DRUKU:

**DYAGNOSTYKA CHIRURGICZNA.**

NAPISAL

**ROMAN JASIŃSKI**

chirurg szpitala dla dzieci w Warszawie.

Cena **rs. 3**, z przesyłką **rs. 3 k. 50**.

nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej [Marszałkowska 119] oraz we wszystkich księgarniach w Warszawie.

DO NABYCIA:

*Wesener Feliks.* Dyagnostyka kliniczna chorób wewnętrznych. Wykład o metodach badania w chorobach wewnętrznych dla słuchaczy medycyny i dla lekarzy. Przełożył według wydania z r. 1892. *St. Markiewicz.* Warszawa 1894 Cena rs. 2.

**D-r W. MAYZEL** Asyst. Uniw. wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteriologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteriologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkołna 7 (od Marszałkowskiej 142).

**W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich** w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich. **Dr. L. Nencki** dokonywa wszelkich rozbiórów wchodzących w zakres dyagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory chemiczno-mikroskopowe moczu kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi, mleka kobiecego i t. p. materiałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku, oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie

rozpoczęło wydawać

**SERYJ I 2 II-ga**

## ROZPRAWY Z ZAKRESU MEDYCyny PRAKTYCZNEJ.

Dotąd wyszły:

- Zeszyt I. „O dziedziczeniu kiły“ przez D-ra E. Fingera, docenta chorób wenerycznych w Wiedniu. Cena 25 ct.  
 Zeszyt II. „Reme poracyjn leczenia chrób płuc i optucnej“, przez doc. D-ra O. Trzebieckiego. Cena 80 ct.  
 Zeszyt III. „O marskości płuc“, przez D-ra Biegańskiego. Cena 40 ct.  
 Zeszyt IV. „antiseptyka i septyka“, przez D-ra Bogdanika. Cena 25 ct.  
 Zeszyt V. „O sposobach badania lic sądowo lekarskich“, D-ra E. Wachhola. Cena 30 ct.  
 Zeszyt VI. „O leczeniu biegunki przewlekłej“, przez Prof. D-ra Jaworskiego. Cena 25 ct.  
 Zeszyt VII. „Zapalenie sympatyczne oka“, monografia kliniczna przez D-ra F. Sroczyńskiego. Cena 55 ct.

Cena całej seryi II-giej (20 ark. druku) 3 złr.

Nabyć można we wszystkich księgarniach krajowych i zagranicznych, oraz w Administracyi Wydawnictwa u **Dra Surzyckiego (Kraków, Floryjańska 13).**

STARANIEM WYDAWNICTWA DZIEŁ LEKARSKICH POLSKICH WYSZŁY W KRAKOWIE

dalsze Zeszyty Seryi II-ej

## Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej:

- Zeszyt 19-ty. **Choroba Basedowa** napisał D-r Ludomił Korczyński—cena 35 kr.  
 Zeszyt 20. **Sekcyja Sądowo lekarska.** Protokół i orzeczenie podał D-oc D-r Leon Wachholz — cena 35 kr.

Cena całej seryi II (20 ark. druku) — 3 złr.

Nabyć można we wszystkich księgarniach krajowych i zagranicznych oraz w Administracyi Wydawnictwa u **D-ra Surzyckiego, (Kraków Floryjańska 13).**

WYSZEDŁ Z DRUKU

## PODREĆCZNIK CHIRURGII SZCZEGÓŁOWEJ

Prof. L. RYDYGER,

Dyrektora kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

**TOMU II-go ZESZYT I**

(Choroby kręgosłupa i klatki piersiowej).

Składy główne: w księgarn. I. Leitgebra w Poznaniu, Gebethnera i Wolfa w Warszawie i u Autora. Cena 15 Mk. czyli rs. 2 kop. 50, a flor. 3 ct. 25.

W CHEMICZNO-MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI

dla celów dyagnostyki lekarskiej

**D-ra E. PRZEWOSKIEGO**

Prosektora Anatomii patologicznej w Cesarskim Warszawskim Uniwersytecie.

Dokonywa się wszelkich rozbiórów mikroskopowych i chemicznych, mocz, krwi, śluzu, nasienia kału i t. d. (Chmielna 32).

**Prywatny zakład leczniczy dla chorych chirurgicznych i wewnętrznych**  
urządzony według wszelkich wymagań nowoczesnych i zaopatrzony we wszelkie środki pomocnicze.  
**Wiedeń, Schmidgasse 14 (dawniej D-r Eder).**

Staranna opieka.

Ceny umiarkowane.

Wszelkich wiadomości udziela Właściciel i Dyrektor Zakładu

**D-r Julius Fürth.**

## H. KUCHARZEWSKI

**Skład Wód Mineralnych Naturalnych**  
przy aptece

ulica Miodowa № 4, dawniej Senatorska wprost Miodowej.

Z tegorocznych czerpań nadeszły bezpośrednio wprost od wszystkich Europejskich źródeł, jak również i krajowe wody mineralne naturalne, wraz z produktami leczniczymi z tychże źródeł, jako to: Szlamy, Ługi, Wyciągi, Mydła, Sole i Pastyłki, również i przetwory do robienia Serwatki. Co pewien czas ekspedycya świeżemi transportami zaopatrywana będzie. Broszury, cennik, wskazówki zachowywania się przy wodach dołączane będą na żądanie bezpłatnie.

O czem mam honor zawiadomić WW. PP. Doktorów i Szanowną Publiczność Wody z mego składu znajdują się w zakładach kąpielowych i w wielu aptekach tak Królestwie jak i Cesarstwie.

**H. Kucharzewski, Mag. farm. 12—5**

## J. RUTKOWSKI

**Apteka i Pracownia Chemiczno-farmaceutyczna**

w Warszawie, ulica Długa Nr. 16. Telefonu Nr. 155,

poleca:

Przetwory chemiczno-farmaceutyczne specjalnie Ekstrakty lecznicze (*Extracta fluida, spissa et sicca in vacuo paratse*), wyrabiane przez perkolację i wyparowanie w próżni.

Nowe środki lekarskie sprowadzane z pierwszych źródeł z chwilą pojawienia się w handlu.

Czyste przetwory chemiczne do celów analitycznych.

Barwniki Dra G. Grüboera w Lipsku do badań mikroskopowych.

Różne przyrządy pomocnicze do robót mikroskopowych, jako to: szkiełka przedmiotowe i pokrywkowe, miseczki, fiaski, igły, szpadle, pincety i t. p.

(dla aptek i szpitali ceny hurtowe).

26—11

## DOM ZDROWIA D<sup>ra</sup> K. DOBRSKIEGO.

**Warszawa. Aleja Róż 10**

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem chorych obłąkanych), mieści się w osobnym, odpowiednio do celu urządzonym domu.

O warunkach pobytu wiadomość u K. Dobrskiego, Królewska 10. 0—8