

GAZETA LEKARSKA.

Z PRYWATNEGO ZAKŁADU LECZNICZEGO DLA DZIECI PRZY ULICY LESZNO.

I. Z DZIEDZINY ZBOCZEŃ WRODZONYCH.

Podaj

Bronisław Wilhelm Sawicki.

I. Przypadek amputacji samodzielnych.

W dniu 23 czerwca r. p. przyniesiono mi do lecznicy kilkodniową dziewczynkę, Emilię B., posiadającą wrodzone braki palców na rękach i na nogach. Przy badaniu znalazłem: dziecko prawidłowo i dość dobrze zbudowane, z umiarkowaną ilością tkanki tłuszczowej, przedstawia mocne zaczerwienienie skóry, pokrytej przytem znaczną ilością brunatnych łusek z oddzielającego się naskórka. Na piersiach i na przedniej powierzchni kończyn górnych znajdujemy nadto rozsiane bez porządku niewielkie pęcherzyki z zawartością mętną. Prawa rączka posiada duży i mały palec wykształcone prawidłowo. Natomiast trzy palce środkowe posiadają braki, a mianowicie: wskazicielowi brak 3-go i 2-go członka. Na pozostałym 1-m członku stawowym siedzi, łącząc się z nim za pomocą szypułki, okrągła, twarda, jakby bliznowata kulka, mająca na swym wierzchołku wyraźne zagłębienie. Na palcu środkowym brak 3-go członka; 2-gi członek kończy się stożkowato i posiada na wierzchołku stożka niewielkie owrządzenie o gładkiej, szarej powierzchni. Czwartemu palcowi braknie także 3-go stawu, 2-gi zaś kończy się zgrubieniem, posiadającym na swej powierzchni poprzeczną bliznę. Paznogieć dużego palca przedstawia przy nasadzie swej wyraźne zakarbowanie. Lewa rączka ma wszystkie palce zniekształcone. Pierwszy, drugi, trzeci i czwarty połączone są ze sobą, piąty zaś jest wolny. Przytem drugi i trzeci palec zrosły się ze sobą bocznymi powierzchniami na całej przestrzeni, tymczasem pierwszy i czwarty palec przyrastają do dłoniowych powierzchni drugiego i trzeciego tylko końcami swoich kikutów. Wszystkie cztery zrosnięte ze sobą palce są mocno przygięte do dłoni i posiadają niewielką ruchomość w stawie dłoniowo-palcowym. Oglądając każdy palec poszczególnie, znajdujemy: duży palec posiada tylko pierwszy członek, który jest cienki, mizerny, jakby niezupełnie rozwinięty. Zamiast drugiego, t. j. paznogiowego członka, widzimy tylko niewielką kuleczkowatą narośl, łączącą się z sąsiednimi palcami. Drugi i trzeci palec przedstawiają brak

członków paznogiowych, a nadto, jak już mówiłem, zrastają się ze sobą zupełnie powierzchniami bocznymi. Łącząca je pletwa jest gruba i skórzasta, podobna do tej, jaka zwykle łączy palec przy syndaktylii. Na tylnej powierzchni zrosniętych palców znajdujemy niekształtną masę, składającą się jakby z czterech zlewających się ze sobą kulek. Masa ta przedstawia się jako narośl skórna i zajmuje tylną powierzchnię 2-go oraz znaczną część tejże 1-go członka obu zrosniętych palców. Czwarty palec lewej rączki jest silnie przygięty do dłoni i posiada rozwinięte dokładnie dwa pierwsze człunki. Zamiast członka paznogiowego, znajdujemy tylko okrągłą kulkę, łączącą się za pomocą sypuły z 2-im członkiem palcowym i posiadającą na swej dłoniowej powierzchni drugą podobną, lecz mniejszą od niej, kulkę. Koniec 2-go członka czwartego palca przy pomocy niewielkiego zrostu łączy się z palcem trzecim. Mały palec przedstawia brak członka paznogiowego; 2-gi członek kończy się pod postacią stożka, na wierzchołku którego leży blizna. Prawa stopa posiada paluch prawidłowy. Drugi palec jest pozbawiony członka paznogiowego i zakończony blizną; 2-gi członek jego jest mocno zgrubiały i za pomocą znacznego przewężenia oddziela się od 1-go. Trzeci palec posiada wszystkie trzy człunki, lecz ostatni z nich pozbawiony jest paznogią; nadto pomiędzy 1-m i 2-m członkiem znajdujemy znaczne przewężenie, 2-gi i 3-ci członek są zgrubiałe. Drugi i trzeci palec na wysokości 1-go stawu łączą się za pomocą zrostu bliznowatego. Czwarty palec posiada tylko 1-szy członek, który przy wierzchołku łączy się z trzecim palcem. Na tylnej powierzchni tego palca przy jego końcu znajdujemy niewielką twardą kulkę, podobną do opisanych wyżej. Piąty palec prawidłowy. Lewa stopa przedstawia, co następuje: paluch ma 2-gi członek zgrubiały, pozbawiony paznogią, zamiast którego znajdujemy bliznowate zagłębienie. Drugi, trzeci i czwarty palec zrastają się ze sobą, przyczem trzeci palec odchyła się ku tyłowi, natomiast drugi i czwarty podwijają się niejako pod niego. Drugi palec posiada tylko 1-szy członek, na końcu którego znajdujemy bliznę. Trzeci palec ma 1-szy i część drugiego członka; na wierzchołku kikutu siedzi mała, kulkowata narośl. Czwarty palec posiada także tylko 1-szy i część 2-go członka. Wreszcie piąty palec posiada wszystkie człunki, lecz z nich ostatni jest zgrubiały.

Blizny, znajdujące się na wierzchołkach kikutów, miały przeważnie wygląd miejsc świeżo zagojonych. Akuszerka, która mi dziecko przedstawiła, objaśniła mnie, iż rzeczywiście niektóre z tych blizn zaciągnęły się dopiero po porodzie.

Dla możności czynienia dalszych spostrzeżeń zaleciłem, by pokazywano mi dziecko co dni kilka. Ilość pęcherzyków na skórze początkowo się powiększała, lecz po upływie dwóch tygodni, przy stosowaniu tylko kąpeli, znikły one zupełnie. Natomiast zjawily się na tułowiu i na kończynach liczne guziczki, wielkości ziarnka prosa i mniejsze. Guziczki te, brunatnawe, żółtawe lub żółto-białawe, miały połysk wosku i były obwiedzione wąziutką, różową lub czerwonałą otoczką. Przeważnie były one rozsiane bez porządku, niekiedy jednakże tworzyły linie. Na twarzy było ich niewiele. Kol. ELSENBERG, któremu dziecko pokazywałem, postawił rozpoznanie „*lichen ruber planus*“. W tym sa-

mym czasie miałem możność widzieć matkę dziecka i zebrać nieco danych odnośnie ciąży. Kobieta, 30-letnia, małokrwista, średnio zbudowana, rodziła już przedtem pięć razy, przyczem tak ciąża, jak i porody bywały prawidłowe. Wszystkie dzieci są zdrowe. Co się tyczy ostatniej ciąży, to pacjentka opowiada, że w połowie 8-go miesiąca przycisnęła sobie bardzo mocno brzuch balią, poczem uczuła silny ból, taki, że na razie musiała zaprzestać pracy. W kilka dni później wystąpiło obrzmienie nóg i twarzy, które trwało z małemi zmianami do końca ciąży. Nadto bardzo często od tej pory chora doświadczała bólów brzucha. Dziecko urodziło się w swoim czasie, bez powikłań. Łożyska i błon płodowych nie badano. Okres poporodowy nic szczególnego nie przedstawiał. Zbadawszy mocz matki, nie w nim nieprawidłowego nie znalazłem.

Opisana wyżej wysypka na skórze dziecka trwała około trzech miesięcy, poczem znikła.

W dniu 1 października przystąpiłem do operacji w celu rozdzielania zrosniętych palców lewej rączki. Duży, jakoteż czwarty palec oddzieliłem, rozciąwszy niewielkie zrosty, łączące je z palcami środkowymi. Dla rozdzielenia drugiego i trzeciego palca trzeba było na całej przestrzeni rozciąć spajającą je grubą pletwę. Obnażone powierzchnie pokryłem płatkami ТИЕРСОНА. Niekształtną narośl skórnią, znajdującą się na tylnej powierzchni drugiego i trzeciego palca, przepołowiłem tylko przy rozdzielaniu palców. Natomiast z pomiędzy opisanych wyżej kuleczkowatych narośli, siedzących na kikutach, usunąłem trzy na rączce i jedną na nóżce. Zagojenie ran było zupełne, palce jednakże miały skłonność do układania się w pozycji zgiętej, wskutek czego zaleciłem systematyczne ich gimnastykowanie. Niedawno miałem możność widzieć dziecko znowu. Wygląda ono dobrze; rozdzielone palce lewej rączki straciły swą sztywność i wykonywają ruchy dość swobodnie. Odcięte narośle przy badaniu makroskopowem przedstawiały się pod postacią białawych, twardych kulek. Dwie z nich, siedzące blisko siebie, usunąłem razem z podstawą, wskutek czego otrzymałem na preparacie obok kulek jeszcze pasek tkanki, łączącej je ze sobą u podstawy.

Sądząc z wyglądu makroskopowego przypuszczałem, że mam do czynienia z tkankami bliznowatemi. Tymczasem przy badaniu drobnowidzowem znalazłem, że kulki miały typową budowę skóry na rękach. Powierzchnią warstwę kulek tworzyła skóra z dobrze wykształconemi brodawkami i typowym naskórkiem, w którym można było rozróżnić sprężystą blaszkę pograniczną, pokład zarodkowy, pokład ziarnkowy i t. d.

Środkową część kulek stanowiła tkanka podskórna, zawierająca liczne, zupełnie prawidłowe gruczoły potowe, a nadto w dwóch kulkach większych obfitą ilość komórek tłuszczowych. Tkanka łączna przedstawiała się zupełnie prawidłowo. Nieco odmienną budowę miały szypułki kulek, a zwłaszcza opisany wyżej pasek tkanki, jak się zdawało bliznowatej, który przebiegał pomiędzy szypułkami dwóch obok siebie siedzących kuleczek. Warstwa naskórka stawała się tu cieńszą, brodawki ginęły; jednakże tkanka łączna i tu ze względu na ilość komórek i naczyń, jakoteż ze względu na układ włókien miała

wygląd zupełnie prawidłowej tkanki łącznej. Budowy tkanki bliznowatej nie znalazłem nigdzie.

Cierpienie, z którym mieliśmy do czynienia w powyżej opisanym przypadku, nosi nazwę amputacji samodzielnej lub wewnątrz-maciczej (*amputatio spontanea v. intrauterina*).

Spostrzeżenia tego rodzaju były znane już starym autorom. ALDROVANDE w swem dziele o potwornościach u ludzi i zwierząt [r. 1642] opisuje następujący przypadek, spostrzegany w r. 1497: dziecko urodziło się z brakiem lewego przedramienia; na karku znajdował się guz wielkości małego orzecha. Trzy palce prawej ręki były zrosnięte.

Nie wszyscy jednakże autorowie uważali takie zбочenia za wynik amputacji samodzielnej. ALBRECHT VON HALLER np. stanowczo odrzucał możliwość amputacji, objaśniając wszystko niezupełnem rozwinięciem lub potwornością. Jednakże prace późniejszych autorów, zwłaszcza z bieżącego stulecia, stanowczo wykazują, że tak jedno, jak drugie może mieć miejsce. To też w każdym przypadku braku całych kończyn lub ich części należy przedewszystkiem rozstrzygnąć, czy brak ten powstał wskutek zбочen rozwojowych, czy też wskutek oddzielenia wytworzonej już kończyny, t. j. wskutek amputacji samodzielnej. W praktyce jednakże nie zawsze bywa to łatwe do rozstrzygnięcia.

Dla postawienia rozpoznania różniczkowego w tych razach SIMPSON radzi się kierować następującym objawem: jeżeli zniekształcenie powstało wskutek zatrzymania w rozwoju, to zawsze na wykształconym odcinku danego narządu znajdziemy zawiązki części nierozwiniętych [np. na prawidłowo rozwiniętym ramieniu, lub przedramieniu znajdziemy palec lub część słabo rozwiniętej ręki]. Natomiast tam, gdzie mamy do czynienia z amputacją samodzielną, kończyna będzie miała postać zwykłego amputacyjnego kikuta. Podana przez SIMPSON'a cecha rozpoznawcza nie zawsze jednak rozstrzyga sprawę. Obok amputacji samodzielnych, zupełnych, jak później zobaczymy, mogą mieć miejsce i niezupełne, przy których dana część kończyny nie oddzieliła się od reszty, lecz słabiej tylko się rozwija wskutek upośledzonego odżywiania. SCANZONI był zdania, że symetryczne braki na kilku kończynach przemawiają przeciw amputacji samodzielnej, lecz i to twierdzenie późniejsze spostrzeżenia obaliły. Ważny objaw przy rozpoznawaniu amputacji samodzielnych i niedokształceń rozwojowych stanowi obecność blizn na końcu kikuta i przewężeń na członku, które przemawiają na korzyść amputacji [SCANZONI, AMMON].

Przyczyny, wywołujące powstawanie amputacji wewnątrz-maciczych, dotąd nie są nam dokładnie znane. Zestawiając wszystkie teorie, pod tym względem wypowiedziane, możemy przyjąć głównie cztery rodzaje przyczyn: 1) zapalenie, powodujące zgorzel lub bliznowate kurczenie się tkanek płodu; 2) uraz, wywołujący złamanie powikłane kończyny; 3) ucisk ze strony pępowiny lub też powrózków owodniowych; 4) nerwice troficzne kończyn.

1) Pierwszy CHAUSSIER w r. 1812 wyraził pogląd, że amputacje samodzielne powstają wskutek zapalenia i obumarcia części kończyny. Pogląd ten znalazł wielu zwolenników [BILLARD, MURAT, DESORMEAUX i inni], którzy jednak żadnego faktu na poparcie tego twierdzenia nie przytaczali.

BARKOW w r. 1859 podał opis płodu, który przedstawiał brak całej prawej górnej kończyny i dolnej połowy lewej goleni. Powstały kikut goleni pokryty był na końcu blizną. Ponieważ pępowina przedstawiała przy pępku znaczne przewężenie, B. przypuszczał, że wskutek tego powstało utrudnienie krwioobiegu, poczem wytworzył się zakrzep w tętnicy goleniowej, a następnie zgorzel goleni. Tenże sam płód jednak obok powyższych zmian przedstawiał jeszcze inne zбочenia, jako to: przyrośnięcie opon mózgowych do błon płodu, obecność nici skórzastych, połączonych z nierozwiniętymi członkami paznogiowymi niektórych palców i t. p..

Wobec tego zarówno brak goleni, jak i inne braki w przypadku BARKOW'a o wiele prościej można wytłómaczyć za pomocą teorii zrostów owodni z płodem.

Teorię powstawania amputacyi samodzielnych wskutek spraw zapalnych dokładniej rozwinął KRISTELLER w r. 1859. Według niego, amputacye powstają wskutek zapaleń skóry płodu (*dermatitis*). Zapalenia takie sprowadzają napięcie skóry i ucisk tkanek pod nią leżących, w następstwie czego tkanki te zostają zatrzymane w swym rozwoju. Na miejscu, gdzie było zapalenie skóry, powstają nierówności, zagłębienia, wyniosłości; jeżeli zaś sprawa zapalna spowoduje wytworzenie się wysięków, lub blizn, pierścieniowato otaczających dany narząd, to wskutek tego odsznurowana blizną część narządu odżywia się gorzej, a zatem rozwija się słabiej lub zupełnie marnieje. Przytem obok zmian powyższych też sama sprawa zapalna może powodować wytwarzanie się nitkowatych wysięków, zrastanie się palców i inne potworności płodu. Jeżeli zatem obok braku części kończyny znajdujemy nici, z kikutem połączone, to nie można ztąd wnioskować, by nici te powodowały odsznurowanie braknącej części. Przeciwnie, nici te, zdaniem KRISTELLER'a, stanowią tylko produkt tegoż samego zapalenia, które wywołało amputację, a zatem przedstawiają tylko objaw współrzędny. Teoria KRISTELLER'a, jak to później zobaczymy, stanowi zupełne przeciwieństwo teorii MONTGOMERY'ego.

Przypadek, na mocy którego KRISTELLER wyprowadził swą teorię, dotyczył dziecka donoszonego, dobrze rozwiniętego, które przedstawiało następujące braki: na prawej ręczce brak 3-go członka czwartego palca, oraz 2-go i 3-go członka trzeciego palca. Obadwa te palce za pomocą bliznowatego mostka zrastają się z drugim palcem. Na dużym palcu znajduje się jedno, na drugim zaś trzy przewężenia, pomiędzy którymi palec tworzy grube obrzmiałości. Zresztą palce pokryte są skórą. Lewe przedramię amputowane w odległości 2" od wyrostka łokciowego, końce kości zlane ze sobą zaokrąglone. Na kikutcie siedzi połączona z nim cienką szypułką kuleczkowata narośl, którą K. uważa za zawiązek przedramienia i ręki, chociaż nie można w niej wyczuć kawałków kości. Szypułka ma w średnicy 3" i jest pokryta mocną, bliznowatą skórą. Czwartemu palcowi prawej nogi brak 2-go i 3-go członka, trzeciemu zaś i piątemu ostatniego członka. Nadto na piątym i drugim palcu znajdujemy głębokie przewężenie. Na lewej nodze wszystkim palcom, z wyjątkiem dużego, brak dwóch członków. Trzeci i czwarty palec są zrośnięte; stopa szpota.

Opis powyższego przypadku przytoczyłem szczegółowo dlatego, że przedstawia on wielkie podobieństwo z moim przypadkiem. Ponieważ, omawiając bliżej swój przypadek, powrócę raz jeszcze do tego przedmiotu, powiem przeto na tem miejscu tyle tylko, że dotąd nie mamy żadnego dowodu, któryby przekonywająco na korzyść KRISTELLER'a przemawiał. Przypadki owrzodzeń na skórze płodu nie stanowią rzadkości, lecz pochodzenie ich jest inne, niż tego wymaga teoria KRISTELLER'a. Zwykle owrzodzenia te bywają wywołane przez ucisk, przez tarcie, powstają wskutek oderwania się zrostów i t. p. Znany jest np. przypadek, w którym pępowina, otaczająca tułów wokoło, wywołała na skórze koliste owrzodzenie.

OLLIVIER spostrzegł płód, którego stopy przylegały swą tylną powierzchnią do przedniej powierzchni goleni. Przylegające do siebie części skóry były owrzodzone, co powstało prawdopodobnie wskutek tarcia lub ucisku. Być może, że skóra płodu w pewnych razach ulega i pierwotnym zapaleniom, które prowadzą do wytworzenia owrzodzeń. Na korzyść tego twierdzenia, o ile się zdaje, przemawia przypadek OLDHAM'a; widział on płód, którego skóra była pokryta błoną, podobną do błon krupowych. OLDHAM przypuszcza ztąd, że skóra płodu zachowuje się przy zapaleniu w ten sposób, jak błony śluzowe. Bądź co bądź, jeżeli nawet uznamy możliwość pierwotnych zapaleń skóry, to nie mamy jednak żadnego pewnego dowodu, by zapalenia te mogły wywoływać na członkach rozwiniętych zmiany, o jakich pisze KRISTELLER. Przypadki, które podaje w swej pracy REUSS, a które mają odpowiadać teorii KRISTELLER'a, mogą być w sposób zupełnie wystarczający objaśnione inaczej.

Przyczynowy związek pomiędzy zapaleniem i amputacjami samodzielnymi przyjmuje także VIRCHOW, lecz tłumaczy go inaczej, aniżeli to uczynił KRISTELLER.

Na posiedzeniu lekarzy berlińskich w r. 1862 demonstrował VIRCHOW preparat płodu z brakiem palców u rąk i nóg, oraz z jednym palcem w stanie zawiązkowym. Przytem wyraził on zdanie, że amputacje samodzielne powstają nie wskutek oddzielenia wytworzonych już narządów, lecz wskutek powstrzymanie rozwoju tychże narządów, spowodowanego sprawą zapalną. Sprawa taka, powstając na miejscu wytwarzania się pewnych części ustroju, sprowadza bliznowate kurczenie się tkanek w kierunku dośrodkowym, co powstrzymuje rozwój tych części, podczas gdy sąsiednie narządy mogą się rozwijać prawidłowo. Ścisłe zatem biorąc, nie jest to podług teorii VIRCHOW'a amputacja, lecz tylko zaburzenie w rozwoju, spowodowane sprawą zapalną we wczesnym okresie życia płodowego.

Zanim przejdziemy do teorii złamań, wypada nadmienić, że w r. 1874 wygłoszony przez VIRCHOW'a pogląd starał się zmienić nieco MENZEL. Opierając się na zbadanych przez siebie dwóch przypadkach wrodzonych przewężeń na palcach, wypowiada on pogląd, że zmiany takie mogą powstawać bądź to wskutek bliznowatego kurczenia się tkanki łącznej z następczem wciąganiem skóry do brózdki, bądź też wskutek pierwotnego zagłębienia się naskórka w tkanki, pod nim leżące. Ostatni pogląd uważa on za prawdopodobniejszy. Na korzyść tego poglądu, zdaniem MENZEL'a, przemawiają w rozmaity sposób

ukształtowane wyrostki naskórka, które on znajdował pomiędzy brodawkami skóry, a nadto fakt fizyologiczny, że w tenże sam sposób wskutek zagłębienia się naskórka (*Epitheleinsenkung*) mają się kształtować palce.

Powyższą teorię słusznie krytykuje MIRAM, twierdząc, że nawet pod względem fizyologicznym wcale nie jest jeszcze dowiedzionem, by rozdzielanie się palców miało następować wskutek wrastania naskórka.

2) Drugi rodzaj teorii uważa uraz za przyczynę, wywołującą amputacje samodzielne. Mam tu na uwadze starą teorię LEMERY'ego i późniejszą MARTIN'a. LEMERY twierdził, że długotrwały ucisk, działający zewnątrz na prawidłowo nawet ułożone części płodu, może je niszczyć, jeżeli te części są jeszcze miękkie, śluzowate. Dalej jeszcze poszedł MARTIN, który starał się dowieść, że nawet w późniejszym okresie życia płodowego uraz może wywoływać amputacje wewnątrz-maciczne. Powstają one, podług teorii MARTIN'a, w ten sposób, że uraz powoduje złamanie kończyny płodu, powikłane rozerwaniem naczyń i nerwów. W następstwie takiego złamania występuje obumarcie kończyny. Jako na dowód swej teorii, wskazuje MARTIN na przypadek MAEDER'a: zupełnie dobrze ukształtowane dziecko urodziło się z amputowaniem lewym ramieniem. Pozostały kikut był nieco mniejszy, niż połowa ramienia. Na końcu kikuta znajdowała się czerwono-brunatna, nie krwawiąca i nie ropiejąca rana, ponad powierzchnie której wystawała nieco kość. Poza tem dziecko nie przedstawiało żadnych braków. Rana wprędce się zagoiła. W 4 miesiące po urodzeniu długość kikuta wynosiła 1 $\frac{1}{4}$ " , przytem kikut był ruchomy i przedstawiał podługowato-okrągłe, pofałdowane wciągnięcie skóry, z którego wystawała zupełnie pokryta skórą, czerwona, mała wyniosłość. Podczas porodu razem z łóżyskiem wyszła amputowana część kończyny. Składała się ona z dolnej połowy ramienia, przedramienia i ręki. Paznogie na palcach były dokładnie wykształcone. Wogóle kończyna odpowiadała 8-mio lub 9-cio miesięcznemu płodowi. Skóra na niej, jakby po znacznym uprzednim rozciągnięciu, była pofałdowana, zmarszczona, szaro-brunatna, palce nieco wyschnięte [preparat zresztą przechowywany był w spirytusie]. Po rozcięciu skóry znaleziono, że tkanka podskórna ramienia i przedramienia była zabarwiona na czerwono i zgęszczona wskutek wylewów krwi. Mięśnie dobrze zachowane. Na dłoni wylewów krwawych nie znaleziono; skóra przylegała tu mocno do ścięgien i mięśni. Na miejscu oddzielenia skóra była wokoło wciągnięta i zlaną w mocną jednolitą masę z leżącymi pod nią częściami miękkimi. (*An der Absetzungsstelle ist die Haut rundlich eingezogen und mit den unterliegenden Weichtheilen zu einer homogenen Masse verschmolzen, aus deren Mitte das Humerusstück hervorragt*). Ze środka tej masy wystawało około 1" kości górnego ramienia. Powierzchnia złamania tej kości przedstawiała się zębatą. Zebrane wywiady wykazały, że na 8 tygodni przed porodem matka spadła z drabiny i jakiś czas pozostawała na ziemi bez przytomności. W ciągu następujących kilku dni potem wydzielala się krew, a później krwawo zabarwiona woda. Przytem matka stale uczuwała bóle w brzuchu; ruchy dziecka trwały dalej. Poród odbył się w czasie prawidłowym.

Opierając się na powyższym przypadku, MARTIN twierdzi, że wskutek wewnętrznego urazu [upadnięcie, uderzenie w brzuch matki], lub też wskutek gwałtownych wstrząśnień mogą powstawać złamania kości, wylewy krwawe do tkanki podskórnej i rozerwania nerwów. Wskutek takich uszkodzeń odżywianie dolnego odcinka złamanej kości ulega upośledzeniu, co w końcu powoduje jego zgorzel i oddzielenie się. Zupełnie taki sam pogląd przed MARTIN'em jeszcze wypowiedział SIMPSON, lecz nie poparł go odpowiednim przykładem. Teorię swoją rozszerzył MARTIN na wszystkie amputacje samodzielne, całkowite. Przyznaje on wprawdzie, że i pępownina oraz powrózki patologiczne mogą spowodować amputację, lecz ta bywa wówczas zawsze niezupełna; nadto w przypadkach amputacji niezupełnych, wywołanych powrózkami, znajdziemy najczęściej inne jeszcze zбочenia płodu, a poród bywa przedwczesnym. Taki krańcowy pogląd MARTIN'a znalazł wielu przeciwników [HECKER, BRAUN i inni]. Zwrócono uwagę na to, że wiele faktów nie zgadza się z teorią MARTIN'a, jako to: częstość amputacji w stawach; amputacje palców, gdzie przecież trudno przypuścić działanie urazu; obecność sznurków, które oczywiście spowodowały odgniecenia i t. p..

Pomimo to nie odrzucono teorii urazu, lecz tylko zmniejszono jej granice. Zarówno REUSS, jak i nowsi autorowie przyjmują teorię MARTIN'a, lecz jednocześnie twierdzą, że amputacje mogą powstawać w ten sposób tylko w końcu ciąży, względnie najwcześniej w 7 miesiącu; w tym czasie bowiem dopiero kończyny dosięgają odpowiedniej wielkości i układają się powierzchowniej, co pozwala urazowi wywoływać złamania powikłane. Wywiady powinny w tych razach wykazywać silne uderzenie. Nadto tylko tam można przyjąć urazową przyczynę amputacji, gdzie przy porodzie znajdujemy członek oddzielony i gdzie mamy do czynienia z odpadnięciem większych kości, nigdy zaś palców. Chociaż trudno zupełnie odrzucać możliwość powstawania amputacji wewnątrzmacicznych, to jednakże trzeba przyznać, że przytaczane przez MARTIN'a i przez innych autorów przypadki nie przedstawiają ścisłych dowodów, któreby na korzyść omawianej teorii przemawiały. Za najbardziej pewny i przekonujący uważają zwykle przytoczony przez nas wyżej przypadek MARTIN-MAEDER'a, lecz i ten, zdaniem mojem, sprawy nie rozstrzyga. Dziwi mnie to mocno, że wszyscy zwolennicy teorii złamań przywiązują tak wielką wagę do nierównej, zębatej powierzchni kości w oddzielnej kończynie, a nikt przytem nie zwraca uwagi na to, że skóra była na amputacyjnej powierzchni części oddzielonej wciągnięta i złana w jedną bliznowatą masę z tkankami, pod nią leżącemi. Przecież, gdyby w danym przypadku złamanie wywołało takie uszkodzenie naczyń i nerwów, któreby spowodowało zgorzel, toby nie mogło być mowy o zabliznianiu się rany na oddzielającej się części kończyny. To, co uległo takim zaburzeniom krążenia, że musi zamrzeć, nie ma przecież skłonności do gojenia się. To też w drugim przypadku można, co najwyżej, przypuścić, że jakaś inna przyczyna spowodowała oddzielenie się części miękkich, t. j. amputację niezupełną, uraz zaś wywołał tylko złamanie kości, a zatem uzupełnił działanie innej przyczyny. Oprócz przypadku MARTIN-MAEDER'a przytacza w swej pracy REUSS jeszcze pięć innych, które jakoby można było podciągnąć pod teo-

ryę MARTIN'a. Dość będzie jednakże powiedzieć, że sam REUSS, wierzący zupełnie w urazowe pochodzenie amputacji w przypadku MAEDER'a, odzywa się z wielkimi zastrzeżeniami co do innych. Rzeczywiście nie znajdujemy tam ani jednego objawu, któryby stanowczo przemawiał na korzyść złamań. W żadnym np. przypadku nie wspomniano o urazie, a musiałyby on przecież być znaczny i wywołać niemałe zmiany w ustroju matki, jeżeli był w stanie złamać kończynę dziecka.

Poza tem jeden tylko RTGBY w swym opisie dziecka z amputowanem ramieniem podaje, że oddzieloną część, nieco tylko mniejszą od części odpowiedniej na drugiej ręce, znaleziono podczas porodu. Sam jednakże R. tej amputowanej części nie widział.

W ostatnich czasach PESTALOZZA opisał przypadek wrodzonej amputacji, jakoby urazowego pochodzenia, który wraz z rysunkiem KLIX przytacza w swej pracy.

Przypadek był następujący: kobieta w początku 5 go miesiąca ciąży, gdy już czuła ruchy dziecka, została ugodzona kamieniem w prawą okolice pachwinową, poczem w ciągu dwóch miesięcy, t. j. aż do porodu, uczuwała bóle mięśniowe (*myalgische Schmerzen*). Przepuszczalnie na 2 tygodnie przed porodem nastąpiła śmierć dziecka. Urodzony płód odpowiadał 7-miesięcznemu rozwojowi i był zmacerowany. Płodowi brakło lewego ramienia, z którego niewielka tylko część pozostała. Woda płodowa była ciemno-brunatna w niewielkiej ilości. Czy po urazie miało miejsce odchodzenie wód płodowych, w opisie przypadku nie wspomniano. Ani na sznurku pępkowym, ani na błonach płodowych nie znaleziono żadnych znaków patologicznych, żadnych kawałków oderwanych.

Opisany wyżej przypadek ze względu na brak wszelkich zmian w błonach płodowych możnaby podciągnąć pod teorię MARTIN'a, gdyby nie ta okoliczność, że uraz miał miejsce w początku 5-go miesiąca. Trudno sobie wyobrazić, jak mogło nastąpić złamanie kończyny płodu w tym okresie jego rozwoju bez znacznych uszkodzeń macicy, a przynajmniej błon jajowych. Prawdopodobniejszem mi się wydaje oderwanie się kawałka błony i okręcenie jej około kończyny, jak to miało miejsce w przypadku KUESTNER'a, o czem później wspomnimy.

Wobec tego, że płód po obumarciu pozostał na miejscu co najmniej kilka tygodni, tak on, jak i błony same uległy takim zmianom, że śladów byłego uszkodzenia tychże błon nie znaleziono. Bądź co bądź, teorię urazowego powstawania amputacji samodzielnych uważam za mniej jeszcze uzasadnioną od teorii zapalnej.

[C. d. n.]

II. PRZYPADEK POSTĘPUJĄCEGO ZWYRODNIENIA MIĘŚNI

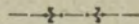
(*Dystrophia musculorum progressiva*).

Odczyt wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem,

przez

R. Jasińskiego,

chirurga Warszawskiego szpitala dla dzieci.



Na jednym z poprzednich posiedzeń ośmieliłem się przedstawić Wam, Szanowni Panowie, chłopca, który zjawił się w mojem ambulatoryum domowem z niezbyt często spostrzegać się dającą postacią chorobową.

Przyprowadziłem go do Towarzystwa, raz dlatego, żeby się przekonać, czy w danym przypadku nie mylę się w rozpoznaniu, a powtórę dlatego, żeby dać możność obejrzenia *in vivo* tych zjawisk, które, jak powiadam, dość rzadko widzieć się dają.

Nie miałem jednak zamiaru wygłaszać odczytu na ten temat, gdyż ani czas, ani siły moje nie wystarczyłyby na podjęcie się opracowania gruntownego przedmiotu dość z daleka sąsiadującego ze specjalnością moją. Podejmować pióro w tej sprawie po COHNHEIM'ie, KNOLL'u, BERGER'ze, ERB'ie, SCHULTZ'em, SINGER'ze, LANDOUZY et DEJERINE, BABES'ie, BLOCQ et MARINSCO, HITZIG'u, HIGIERZE i t. d. i t. d., to zadanie nie lada, którego sobie codziennie stawiać niepodobna, o ile się prac swoich nie chce nożycami redagować, lub na gołosłownej mniej lub więcej zjadliwej, a zawsze niesprawiedliwej krytyce kończyć.

Przypomnę tylko Szanownym Panom chorego, któregom Wam przedstawiłem; poproszę o Wasz pogląd na moją dyagnozę w tym przypadku i o krytykę tego, com postanowił, by choremu pomocy dostarczyć.

Ka... Mojsie ma lat 11, pochodzi z rodziny ludzi wątłych, nerwowych, ale nie gruźliczych i nikt z przodków takiej, jak jego słabość, choroby nie posiadał.

Od kilku lat ma on ręce coraz cieńsze, a nogi coraz grubsze i coraz gorzej chodzi, a coraz więcej słabnie. Onanizmowi się nie oddawał; o przyczynie choroby nikt w domu nie wie.

W narządach wewnętrznych nic fizykalnie wykryć nie mogę. Sprawność pęcherza i kiszek są niezmienione. Żadnych bólów chory nie doznaje. Wrazenie czucia na wszelkiego rodzaju bodźce wszędzie ma normalne.

Po rozebraniu chłopca widzimy uderzający brak równomierności, w rozwoju umięsienia górnej i dolnej połowy ciała. Kończyny górne wychudły do *maximum*. Niepodobna dopatrzeć się mas mięśniowych pod skórą, a macanie wykazuje nadzwyczajną wiotkość części miękkich, skąpą warstwą pokrywających chudy kościec, z dziwnie wyraźnymi obrysami wyrostków, nasad, stawów

i trzonów kostnych. Żebra na klatce piersiowej z tyłu i z przodu przeświecają przez cienką i bladą skórę. Taki charłaczy tułów, wykonywający jednak stosunkowo niezłe wszystkie swe ruchy fizyologiczne, osadzony jest na miednicy, już mniej ubogiej w mięśnie, ale co dziwniejsza, na kończynach dolnych istotnie a tletycznych.

Na kończynach tych widać nietylko wyraźne bryły potężnych grup mięśniowych, ale i obrysy ich tak są wybitne, że zdawać by się mogło, iż mamy przed sobą jakieś przeanatomizowane studium rzeźbiarskie. Macanie tych mięśni kazałoby przypuszczać, że są one z brązu odlane.

Jednocześnie muskulatura łydek obu jest przy chodzeniu w stanie nadmiernego skurczu, co nadaje całemu aktowi poruszania się cechę chodu kurczowego, spastycznego, przy ustawieniu stopy w położeniu końsko-szpotawem (*pes equino varus*).

Odruchów mięśniowych na pobudzenia mechaniczne nigdzie niema. Mogliśmy tylko znaleźć odruch w prawem ścięgnię Achillesa. Odczyn na pobudzenia elektryczne skóry na łydkach normalny. Oba nerwy strzałkowe (*nervi peronei*) dają skurcz mięśni przy zmianach kierunku prądu stałego o $\frac{1}{2}$ MA. Tak samo normalnie odpowiadają oba nerwy łokciowe. Wszędzie wykryć można zmniejszenie pobudliwości mięśniowej znaczne. I tak: wszystkie mięśnie łydkowe, oba naramienne i oba trójgłowe ramienia oddziałują dopiero przy $2\frac{1}{2}$ miliampera.

Dotykanie mięśni łydkowych sprawia ból dosyć przykry. Jeżeli chorego położymy na ziemi, to mimo wielu bezowocnych bardzo charakterystycznych wysiłków w żaden sposób podnieść się on nie może.

W obec wyżej przytoczonych danych, w obec wykluczenia stanowczego cierpienia ośrodkowych i obwodowych układu nerwowego, w obec fatalnie powtarzającego się kolejnego nabrzmiewania skurczowego mięśni, a później postępowego ich zaniku, postawiłem w danym przypadku rozpoznanie: „postępujące zwyrodnienie mięśni“ (*dystrophia musculorum progressiva*). Na zasadzie dawniej zdobytego doświadczenia zaleciłem choremu duże dawki jodu, wcierania słabe rtęciowe, a następnie kąpiele siarczane i natryskowe. To dawniej zdobyte doświadczenie polega na dokładnem zbadaniu jednego przypadku, a otrzymaniu dobrego wyniku leczenia w drugim, następnym, leczenia opartego na teoretycznych wnioskach wysnutych z pierwszej obserwacji.

Muszę tu w krótkości przytoczyć historję tego mojego doświadczenia.

Pierwszy chory, którego opisywałem w roku 1889 w Krakowie na Zjeździe chirurgów polskich, miał lat 16, był także żydem, jak i dwaj, a raczej 3-ej iinni chorzy, gdyż czterech ich bliżej obserwowałem, a wszystkich wspólnie z kol. GAJKIEWICZEM, do którego w końcu zawsze uciekałem się po światłą radę. We wszystkich przypadkach kol. GAJKIEWICZ potwierdził mój pogląd na istotę sprawy chorobowej.

Otóż chory Nr. 2, ten mianowicie, którego w Krakowie opisywałem, miał przedewszystkiem prostą po ojcu dziedziczność, tak jak Nr. 1, wówczas gdy chorzy 3 i 4 dziedziczności takiej nie posiadali. Przed laty 5-ciu, a więc w 11-ym

roku życia zauważono u tego chłopca tak samo utratę sił i niezwykle chudnienie obu kończyn górnych. Chudnienie to rozpoczęło się od barków i zstępowało coraz niżej bardzo powolnie. Poprzednio zawsze był zdrowy. Ojciec jego od 15 lat choruje na „to samo“, kończyny górne jednak ma zdrowe, chudną mu tylko kończyny dolne i tułów.

W narządach wewnętrznych nic nie znalazłem. Odruchy kolanowe i brzuszne dość żywe. Wrażenie czucia na wszelkie bodźce na całym ciele prawidłowe.

Kończyny górne przedstawiają bardzo ważne i charakterystyczne zmiany, a mianowicie: widocznym jest zanik wszystkich mięśni ramienia, wskutek czego np. zginanie w łokciu możliwym jest tylko w bardzo słabym stopniu, a wyprostowanie możliwe tylko przy pronacji (działaniem *supinatoris longi*). Wskutek zaniku mięśnia naramiennego (*deltoides*), który podnosi abduktowane ramię do linii poziomej, ruch ten jest niemożliwy. Widocznym jest dalej zanik mięśni: piersiowego wielkiego i mniejszego, mięśni kapturowych i mostko-obojęczykowo-sutkowych. Ten ostatni przedstawia się ze strony lewej już jako jeden tylko wążutki paseczek, pęczek mostkowy, a po stronie prawej jeszcze nieco mniej zanikły złożony jest z dwóch oddzielnych pasemek, funkcjonujących bardzo słabo.

Wskutek zaników mięśniowych kształty zewnętrzne klatki piersiowej bardzo się zmieniły. Oba stawy mostko-obojęczykowe wystają tak, jak na skielecie odpreparowanym, pod nimi widać 2 głębokie doły. Doły MORENHEIM'a wcale nie istnieją. Patrząc dalej z przodu na chorego widzimy po nad barkami i obojęczkami [z obu stron] zupełnie niezwykle wyniosłości: są to górne kąty i grzebień obu łopatek, oraz akromialne końce obojęczków. *Processus sternales clavicularae*, o których wystawianiu już mówiliśmy, są bezwarunkowo bardzo znacznie powiększone, z zachowaniem prawie zupełnym swego kształtu (*hypertrophia*), a stawy są tak rozszerzone i rozluźnione, że przy podrzucaniu ramienia odsiebnem można wygodnie między końce stawowe obojęczka i mostka pomieścić mały palec. Objaśnienie tej zmiany łatwe: zanikły najpierw mięśnie wokół stawu ramieniowego; wyręczały je te, które bark wraz z łopatką i zewnętrznym końcem obojęczka dźwigają, staw więc mostko-obojęczykowy wyszlifował się nienormalnie. Z „zetknięcia siodełkowatego“ (*diarthrosis par emboitement réciproque*) dorósł do wartości dużego stawu „kłykiowego“ (*diarthrosis, condylarthrosis*), jak np. staw żuchwowo-skroniowy. Przedramiona i dłonie żadnych zmian chorobowych nie przedstawiają i przez to rażąco nieproporcjonalnymi się wydają.

Klatka piersiowa przyjęła kształt beczkowaty, jak przy silnych postaciach rozedmy. Prawa połowa wydaje się mniej pojemną i krótszą, jak gdyby pokrywająca ją muskulatura była mniej zanikłą. Oddech spokojny, łatwy, jednakowy z obu stron. Mięśnie międzyżebrowe sprawiają się prawidłowo. Odruchy mięśni trójkłowiastych i dwugłowych ramienia zniesione zupełnie. Odruchy mięśni przedramieniowych normalne i wyraźne.

Spojrząwszy z tyłu lub z boku na chorego widzimy, co następuje:

Położenie łopatek znacznie zmienione, odstają one silnie od tylnej ściany klatki piersiowej, a szczególnie kąty dolne. Nadzwyczajnie też oddalone są od kręgosłupa i to prawa znacznie więcej, niż lewa [o 2 do 3 ctm.]. W pro

filu widać, że kąt górny łopatek jest bliżej klatki piersiowej, niż kąt dolny, mocno odstający i dalej od kręgosłupa tak, że brzeg wewnętrzny łopatek zmienił swój kierunek, bo zmierza od góry i od zewnątrz na dół i na wewnątrz. Widocznym tedy jest zanik mięśni zębatych przednich wielkich (*musculi serrati antici majores*): z prawej strony więcej, niż z lewej.

Musculi rhomboidei et levatores anguli scapulae także w stanie zaniku znacznego, jakkolwiek nie całkowitego. Chory jest w stanie więcej przybliżyć łopatkę z lewej strony niż z prawej do kręgosłupa. Mięśnie wyprostne kręgosłupa także do pewnego stopnia zanikły, przez co wszystkie wyrostki cierniste są bardzo wydatne i powstała silna lordoza piersiowa [zamiast normalnej kifozy], oraz kompensacyjna *kyphosis cervicalis et lumbalis*. Oprócz tego pojawiła się wyraźna skolioza z wypukłością szyjową lewą, grzbietową prawą i największą lędźwiową lewą.

Chory chodzi dobrze, nie męczy się i nieźle trzyma tułów oraz głowę. Największe zaniki, bo prawie całkowite, dotyczą mięśni ramienia i mięśni piersiowych.

Odczynu zwyrodnienia w mięśniach niema, pobudliwość elektryczna w mięśniach zanikłych zupełnie zniesiona, a w zdrowych zmniejszona.

Na całej skórze *prurigo*, a na obu łydkach *impetigo* od drapania.

Powierzchnie wyprostne większych stawów sine. Zmian troficznych w paznogiach i włosach niema.

Chory pomieszczonym został w szpitalu Żydowskim w oddziale kol. GAJKIEWICZA, który ze zwykłą sobie koleżeńską życzliwością niejednokrotnie pozwalał mi go badać i własnych notatek użytych.

Dnia 5 stycznia za zgodą chorego, po wstrzyknięciu podskórnem kokainy, wyciąłem mu dla zbadania 2 kawałki zanikłych mięśni, mianowicie: 1 z mięśnia naramiennego, a drugi z mięśnia trójgłowiastego po stronie lewej. Rany zaszyłem, zgoiły się też doraźnie.

Rozpoznanie brzmiało „*dystrophia musculorum progressiva*“ w formie przez ERB'a opisanej.

Skrawki mięśniowe zostały zbadane pod kierunkiem kol. ELSENBERGA.

Rezultaty badań tych stwierdziły w zupełności nasze rozpoznanie ¹⁾.

Na preparatach tych widać, że włókna mięsne są bardzo wyraźnie poprzecznie, a szczególnie podłużnie prążkowane, następnie zaczynają rozdzielać się na pojedyncze pierwotne włókieneczka podłużne (*Primitivfibrillen*), przez co każde włókno zajmuje w tym okresie daleko więcej miejsca. W koło nich widać silne nacieczenie komórkami limfoidalnymi, okrągłymi, wydłużonymi i wreszcie dużo komórek wrzecionowatych młodej tkanki łącznej. Nacieczenie widać szczególnie dokoła naczyń krwionośnych, których *adventitia* wydaje się mocno zgrubiałą, a światło zwężonem. Włókna mięsne w miarę postępu sprawy przy zabarwianiu pikrokarminem barwią się karminem [kwasem pikrynowym słabo];

¹⁾ Przywożłem te preparaty przez ELSENBERGA przygotowane i przedstawiałem je Zjazdowi wraz z fotografami dwóch chorych.

widać coraz więcej porozdzielanych zupełnie i nieco spiralnie pofalowanych włókienek, a z drugiej strony coraz to większą ilość nowoutworzonych dużych komórek tłuszczowych.

Widzimy więc ztąd, że w samych włóknach mięśniowych żadnych zmian miąższowych znaleźć nie można było. Widać w nich zmiany takie, jakie zwykle zdarzają się przy początku zwykłej zgorzeli. Preparaty te pozwalają przypuszczać, że najpierw mamy tu do czynienia z cierpieniem naczyń krwionośnych: *periarteriitis*. Nacieczenie wokół najdrobniejszych nawet naczyń i tworzenie się nowej tkanki łącznej jest przyczyną tak znacznego zwięzienia ich światła, że odżywianie pęczków mięśniowych upada zupełnie; dzielą się tedy one, czyli rozpadają na odrębne włókieneczka i wreszcie tkanka mięsna zanika zupełnie. W miarę, jak sprawa ta postępuje, wytwarza się coraz to większa ilość tkanki tłuszczowej, czy to przez nacieczenie tkanki łącznej *ex vacuo*, czy też na drodze przemiany wstecznej komórek tejsze tkanki.

Niedługo potem zdarzył mi się w praktyce prywatnej jeszcze jeden taki przypadek [Nr. 3] najwięcej do obecnego chorego [Nr. 4] podobny. I tutaj kol. GAJKIEWICZ rozpoznanie moje potwierdził. Temu choremu zaleciliśmy duże bardzo dawki jodu i rzadkie [co 4 dni] wcierania szaruchy po 15 gran. w liczbie 20], a potem kąpielowe leczenie w Trenczynie pod obserwacją i opieką kolegi FIŁPKIEWICZA.

Chory wrócił z kuracyi ze znakomitą poprawą, a widziany potem po 1½ roku przezemnie przedstawiał te same zmiany co przed kuracją, bez najmniejszego stwierdzić się dającego pogorszenia. Przybyło mu bardzo dużo sił, urosł, zmężniał wyraźnie, chodzi lepiej, znikł typ spastyczny w chodzie, znikło stwardnienie łydek bolesne. Kończyny dolne przestały zwracać na siebie uwagę swą nieproporcjonalną grubością. Chory czuł się bardzo dobrze i uważano go za wyleczonego.

Ten wynik ziścił, a nawet przeszedł moje oczekiwanie. Stawiając wskazania lecznicze, opierałem się na tem zdaniu naszych najpierwszych praktyków, którzy jednomyślnie twierdzą iż jod najlepsze usługi i niezaprzeczone korzyści oddaje przy cierpieniach, w gruncie których leżą zmiany w ścianach naczyń tętnicznych.

Za daleko bym poszedł, przypuszczając blizki związek postępowego zwyrodnienia mięśni z chorobą syfilityczną; źle jednak postąpiłbym, negując podobieństwo zmian znalezionych przy badaniu mięśni takich ze zmianami, które w większości wytworów syfilitycznych w innych narządach stale spotykane bywają.

W każdym razie, bezsilnym się czując wobec danego przypadku, zaleciłem wówczas jodowo-rtęciowe leczenie i otrzymałem wynik nie do pogardzenia. Dla tego to i temu choremu, którego niedawno Panowie widzieliście, taką samą wybrałem metodę. Bardzo bym pragnął, żeby niniejsza moja notatka pobudziła Szanownych Kolegów do krytyki lub do podjęcia dalszych w tym kierunku badań.

NOTATKI LEKARSKIE.

II. Trzy przypadki błonicy, wyleczonej surowicą.

Przypadek I. Anna W..., lat 6, córka zamożnych rodziców z Ozorkowa, zachorowała dnia 6. VII. Widział ją jeden z miejscowych kolegów i zastosował przestrzykiwania 2^o/_o roztworem sublimatu. Dnia 8. VII, wezwany do chorej, znalazłem stan następujący: dziecko wątłe, budowy eretycznej, silnie nerwowe; w lewym wierzchołku płucnym stopień odgłosu opukowego i oddech silnie zaostrzony. Ciepłota 35,1°, tętno 84. Miejscowo w gardzieli: na obu migdałkach i tylnej ścianie naloty grube, biało-szarawe, nieznaczna bolesność przy przełykaniu, gruczoły pozaszczękowe powiększone i twarde. Białkomoczu niema, łaknienie małe. Przedstawiłem rodzicom chorej korzyści zastosowania surowicy; ci jednak nie dali się zupełnie przekonać, postanowiwszy czekać do dnia następnego. Zaleciłem przestrzykiwania sublimatem 1:5000 i środek przeczyszczający.

Dnia 9. VII. Stan bez zmiany, ciepłota 38,3°. Po południu przy pomocy wezwanych na naradę kolegów EISENBETTA z Ozorkowa i BERNHARDTA z Łęczycy udało mi się namówić rodziców na leczenie surowicą. Wstrzyknęliśmy [4-ty dzień choroby] 10 ctm. sześc. surowicy № II BEHRING'a pod skórę klatki piersiowej z boku i zaleciłem przestrzykiwanie nadal roztworem sublimatu, płukanie rozcieńczonym kwasem bornym. Wieczorem wystąpiły silne bóle w brzuchu i na miejscu wstrzyknięcia; dziecko było niespokojne, na wpół przytomne, pocilo się silnie, krzychało i rzucało się na łóżku; po zastosowaniu małej dawki morfiny w parę godzin zasnęło.

Dnia 10. VII. Ciepłota 37,2°, tętno 80. Stan bez zmiany, gruczoły pozaszczękowe zmniejszyły się, wieczorem niepokój mniejszy, niż dnia poprzedniego. Ciepłota 38,0°.

Dnia 11. VII. Ciepłota 36,2 tętno 84. Błony w gardzieli zupełnie zbiały, powierzchnia ich zrobiła się wilgotną, zaczęły się oddzielać częściowo.

Dnia 13. VII. Błony oddzieliły się zupełnie, stan był bezgorączkowy 36—36,5°, tętno 80, białkomoczu przez cały czas nie było. Chorą miałem jeszcze w obserwacji do 18. VII. przez ten czas nie było żadnych powikłań, wyzdrowienie zupełne. Przypadek ten dość lekki nie przedstawia wogóle nic ciekawego; podałem go tylko dla pełności spostrzeżeń. Następane dwa cięższe mogą posłużyć za jaskrawy dowód skuteczności surowicy.

Przypadek II. Dnia 16. VII po południu przywieziono do mnie z Parzęczewa, osady odległej od Ozorkowa o kilka wiorst, dziewczynkę 4½ lat, Adaminę S., córkę mieszczanina. Chora od wczoraj zaczęła chrypieć i kasłać, przedtem przez kilka dni była niespokojną i niezdrową. Stan chorej przedstawiał się, jak następuje. Dziecko dobrze odżywione, na wiek swój dobrze rozwinięte, sinica w wysokim stopniu, oddech świszczący, kaszel szczekający, bezgłos zupełny; przy oddechaniu wciąganie silne *regionis epigastricae* i dolnych odcinków klatki piersiowej. W gardzieli obszerne błony białawo-szarawe, pokrywające oba migdały, szczególnie ku dołowi i języczek; na lewym kącie

ust owrządzenie, pokryte białym nalotem; gruczoły chłonne u kąta szczęki dolnej z obu stron powiększone i twarde. Ciepłota 38°, tętno 124 drobne, słabe; dziecko apatyczne, widocznie dusi się. Przy badaniu płuc znaleźliśmy z wezwaniem na naradę kolegą EISENBETTEM ogniska zapalne w dolnych płatach płuc obok kręgosłupa [stępienia, rżenia dźwięczne, oddech oskrzelowy] i oddech stenotyczny. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy BEHRING'a № 3 [z dnia 15. V, 1895 r.] pod skórę przedniej powierzchni uda. Podąłem od razu 1500 jednostek immunizacyjnych z dwóch powodów: raz dlatego, że objawy zwężenia krtani i ogólne były bardzo silne; powtóre, że mieliśmy do rozporządzenia tylko surowicę BEHRING'a № I i III i jeden słoik warszawskiej. Ponieważ trzeba się było ograniczyć na jednym wstrzyknięciu, woleliśmy użyć za dużo, niż za mało. [Surowica warszawska, oprócz stosunkowo małej siły, ma jeszcze tę wadę, że jej objętość nie jest stałą, a ogólnie używane strzykawki mają zawartość równą ściśle 10 ctm. sześć.; często więc zostaje w słoiku nieużyteczna część surowicy, a chory otrzymuje nie 1000 jednostek immunizacyjnych, tylko 800—1000; naciągać zaś pozostałą ilość jeszcze drugi raz nie jest dogodnym]. W parę minut po wstrzyknięciu chora wykrztusiła przy silniejszym kaszlu błonę w kształcie niepzuelnej rurki, oddech stał się trochę swobodniejszym. Na tracheotomię matka chorej zgodzić się nie chciała, o intubacji myśleć nie można było z powodu braku rurki pod ręką i ze względu na odległość. Dziecko zabrano do domu i tylko na zapewnienie, że porada będzie darmo, obiecano mi je przywieźć za trzy dni.

Dawszy felczerowi termometr, zobowiązałem go, aby obserwował dziecko i mierzył ciepłotę pięć razy dziennie. Ze środków farmaceutycznych zaleciłem przestrzykiwanie gardzieli roztworem sublimatu 1:5000 i inhalacye z wody wapiennej 5 razy dziennie.

19. VII. Przywieziono dziecko znowu.

Od 16. VIII.—19. VIII zanotowano:

16. VII. Ciepłota wieczorem 39,2°, w nocy 37,9°.

17. VII. Ciepłota rano 37,9°, w południe 38°, po południu 37,7°, wieczorem 37,5°, w nocy 39,5°. Sinica, duszność, tętno nitkowate. Dziecko wykrztusza dużo płwociny wraz z błonami; silne poty.

18. VII. Ciepłota rano 37,7°, w południe 38,2°, po południu 37,8°, wieczorem 38,2°, w nocy 37,6°; oddech wolniejszy, głos ochryply powrócił, łaknienie dobre.

19. VII. Ciepłota 37,3°, w południe 37,8°, po południu 37,6°. Wieczorem znalazłem stan następujący: ciepłota 37,2°, tętno 82. Głos mocny, trochę chrypowaty, oddech swobodny, sinica w słabym stopniu: gruczoły pozaszczekowe po stronie prawej normalne, po stronie lewej powiększone, lecz miękkie; gardziel czysta: na migdałach, języczku, wargach ani śladu błon. Na miejscu wstrzyknięcia rozlane zaczerwienienie, około 10 ctm. w średnicy, przypominające wysypkę płonicową, swędzące, niebolesne; na samym miejscu ukłucia niewielki siniak. Na całej przestrzeni klatki piersiowej słychać rżenia wilgotne średnio-pęcherzykowe; w dolnych płatach płuc z tyłu rżenia dźwięczne i stępienia. Mocz, który chciałem zbadać, chora oddać nie mogła. Zaleciłem środek wykrztuśny,

wdechania w dalszym ciągu trzy razy dziennie, bańki suche. Chora miała przyjechać za dwa dni.

21. VII przyjechał tylko felczer. Rodzice, uważając dziecko za zdrowe, nawet przywieźć go nie chcieli. Stan chorej był bezgorączkowy, tętno 60—80, głos czysty, kaszel „wilgotny“. Mocz mętny, posiadał kolor ciemno-żółty, oddziaływanie słabo kwaśne. Męt zniknął przy nagrzewaniu [moczany], białka nie było. U reszty rodzeństwa chorej pod wpływem leczenia felczera (*argentum nitricum*, *acid. boricum*) błony w gardzieli zaczynają dopiero teraz zniknąć. Od felczera również dowiedziałem się, że w przeciągu 12 dni u chorej żadnej wysypki ani bólów w stawach nie było.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na szybkie wyleczenie pomimo silnego natężenia objawów chorobowych.

Przypadek III. Wiktorya A., 1³/₄ lat, córka włościanina-wyrobnika z Parzęczewa, przywieziona została przez tegoż felczera d. 24. VII. Dziecko, miernie odżywiane, chore od czterech dni; przed dwoma dniami miało silną gorączkę, ciepłota 37,4^o, tętno 140. Głos osłabiony, chrypowaty, oddech stenotyczny; w płucach zmian nie zauważono, gruczoły chłonne szyjowe powiększone, twarde. W gardzieli błony grube, szaro-białe, zajmują oba migdały, całe miękkie podniebienie z języczkiem, tylną ścianę; w niektórych miejscach znaczne braki tkanki migdałów, pokryte szarą błoną. Mocz jasny, przezroczysty, słabokwaśny, zawiera dużą ilość białka. Po południu wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy warszawskiej pod skórę lewego uda. Chorą zabrano do Parzęczewa; zaleciłem te same, co w poprzedzającym przypadku, środki, mierzenie ciepłoty i obserwację przez tegoż felczera.

Od 24—26. VII przebieg był następujący:

24. VII. Ciepłota wieczorem 38,7^o.

25. VII. Ciepłota rano 38,9^o, w południe 39,3^o, wieczorem 39,1^o. Dziecko sine, ssać nie chce, poty, bezgłos zupełny, oddech świszczący.

26. VII. Ciepłota rano 38,8^o. Dziecko rzeświesze, oddech wolniejszy.

W południe tegoż dnia przy badaniu dziecka zauważyłem: głos słaby, ochryply, oddech utrudniony, dziecko sennie. Ciepłota 37,9^o, tętno 140. W płucach słycać rżenia wilgotne. Błony na języczku, tylnej ścianie gardzieli i dolnej części migdałka lewego oddzieliły się, w pozostałych miejscach częścią odstają, są miękkie, wilgotniejsze, zupełnie białe; na górnej części migdałka prawego znaczny brak tkanki, pokryty rozpułchnioną szarą błoną. Mocz mętny, zawiera dużą ilość białka, dziecko oddaje go w bardzo małej ilości. Odczynu na miejscu wstrzyknięcia nie ma. Wobec małej różnicy w stanie dziecka wstrzyknąłem jeszcze 10 ctm. sześć. surowicy warszawskiej w prawe udo i zaleciłem środek lekko wykrztuśny, wdechania trzy razy dziennie i przestrzykiwania, jak przedtem.

29. VII. Rano przyniesiono dziecko.

26. VII. Ciepłota wieczorem 38,8^o, tętno 126.

27. VII. Rano 37,9^o, w południe 37,9^o, wieczorem 39,7^o, tętno 130.

28. VII. Rano 37,8^o, w południe 37,6^o, wieczorem 37,3^o, tętno 120.

29. VII. Rano 37,2^o, tętno 140. Głos ochrypli, oddech wolny, gruczoły chłonne prawidłowe. Na migdałku lewym w górnej części mały kawałek błony białej, w górnej części prawego—głębokie owrzodzenie z czystym, pokrytym ziarniną, dnem. Mocz oddaje bardzo mało, raz na dobę [mocz mętny, odczyn słabo-kwaśny, białkomocz silny]; wogóle dziecko jest rzeźwiesze i weselsze.

2. VIII. Głos czysty, oddech swobodny, gardziel czysta, słaby białkomocz, dziecko wesole, ssie chciwie. Na całym ciele wystąpiła wysypka pokrzywkowa, swędząca, którą dziecko od czasu do czasu drapie.

4. VIII. Wysypka znikła, gardziel czysta, oddech zupełnie swobodny; narządy wewnętrzne nie nieprawidłowego nie przedstawiają; dziecko zdrowe.

W obu ostatnich przypadkach zwróciło moją uwagę podniesienie się ciepłoty ciała o blisko dwa stopnie nazajutrz, t. j. około 36 godzin po pierwszym zastosowaniu surowicy, połączone z potami i następnym jej spadkiem krytycznym w II i litycznym w III przypadku, gdy w odnośnej dostępnej mi literaturze spotykałem przeważnie wzmianki o nieznacznym podwyższeniu ciepłoty bezpośrednio po wstrzyknięciu, które i w rzeczonych przypadkach dało się zauważyć.

Już przed stosowaniem surowicy notowano przy krupie wyleczenie bez wykonywania tracheotomii i intubacji [sam obserwowałem w swej praktyce takie przypadki]. W sprawozdaniach szpitalnych nowszych widzimy wiele przypadków, w których dość ciężkie objawy błonicy krtani ustępowały pod działaniem samej tylko surowicy; przypadki więc moje nie stanowią wyjątku, a jako zbyt nieliczne nie mogą być wziętymi za punkt wyjścia dla ogólniejszych wniosków. Jednak natężenie sprawy chorobowej, warunki jak najgorsze dla należytej obserwacji i opieki nad chorem po zastosowaniu surowicy, wyleczenie bez rękoczynów chirurgicznych stawiają dwa ostatnie przypadki w rzędzie najjaskrawszych przykładów pomyślnego działania surowicy. Dodatni wynik, otrzymany szybko, bez poważnych powikłań, potwierdza wiele już razy wypowiedziane zdanie, t. j. przemawia za koniecznością stosowania tego dzielnego środka nawet wtedy, kiedy uboczne warunki zdają się go podług niektórych lekarzy przeciwwskazywać. Właściwie te niby przeciwwskazania do stosowania surowicy na prowincyi, jako to: nieufność publiczności, niemożność ścisłej obserwacji chorego, niewypełnianie ścisłe przez chorego zaleceń lekarza i dopełnianie pokątne zalecanej kuracji są tem większemi wskazaniem do jej użycia. Znanym jest wstręt naszego ludu i małomiasteczkowego mieszczaństwa nie tylko do wszelkiej interwencji chirurgicznej [wyjąwszy stosowanej przez felczerów], ale nawet do systematycznie przeprowadzonej farmakologiczno-dyetetycznej kuracji, ponieważ ona nie „nadaje“ od razu; na wyniki trzeba czekać długo, co wyrabia nieufność nie tylko do kuracji, ale i do naukowej medycyny wogóle.

Tembardziej więc, posiadając w surowicy środek prawie radykalny, dostępny dla jak najściślejzego osobistego dawkowania, który możemy zastosować jednorazowo, o co najwięcej ludowi chodzi, powinniśmy go na prowincyi stosować tak dla dobra samych chorych, jako i dla wzbudzenia większej ufności i chęci racjonalnego leczenia się u ludu.

Na zakończenie parę uwag praktycznych, jakie mi nasunęły moje spostrzeżenia i literatura przedmiotu.

Za wskazanie do użycia surowicy na prowincyi uważam klinicznie stwierdzoną błonicę. Analiza bakteryologiczna jest w większości przypadków na miejscu niemożliwą, a czekanie na wynik badania daleko wysłanego nalotu jest bezcelową stratą czasu, zwłaszcza, że większość chorych raz się tylko do lekarza zgłasza. W przypadkach wątpliwych, jak np. w przypadku ospy, powikłanej cierpieniem gardzieli, mającem wszelkie cechy błonicy, jaki mam obecnie w leczeniu, a którego z powodu niezakończenia obserwacji nie podaję, wolałem zastosować surowicę, może niepotrzebnie, aniżeli pozbawić chorego pewnej pomocy, jeżeli w błonach znajdują się laseczniki LOEFFLER'a.

Ozorków, d. 8. VIII. 1895.

Maryusz Przyjałkowski.

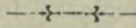
12. Przypadek wyleczenia zastarzałej płasawicy.

Na oddział doktora GAJKIEWICZA zapisała się Hinda A..., lat 11, dnia 21. stycznia 1895 r.. Chora dziedzicznie nieobciążona, o ile można było dowiedzieć się od matki chorej. Starsza siostra, mająca teraz 16 lat, w 11 roku życia wskutek przestרחu zachorowała na kloniczne drgawki w kończynach i w całym ciele tak, iż nie mogła chodzić, ani jeść bez pomocy, mówiła bardzo źle; po pół roku wyzdrowiała i zdrową była przez następne 4 lata, dopiero po 1-ej miesięczce dawne drgawki powróciły; przez lato stan chorej poprawił się i teraz ma ona nieznaczne płasawicze ruchy w tułowiu i mocniejsze cokolwiek w rękach. Hinda A. w dzieciństwie przechodziła odrę; na reumatyzm i inne choroby nie cierpiała 4½ roku temu wystraszyła się bardzo, gdy ją zamknięto w piwnicy. Kiedy ją wypuścili stamtąd, zauważono zaraz ruchy mimowolne w prawej ręce: wkrótce potem ruchy uogólniały się na wszystkie kończyny i tułów. Od tego czasu drgawki te trwają nieprzerwanie, niekiedy wzmagając się tak, iż chora zmuszona jest leżeć w łóżku. Od czasu choroby chora przestała się uczyć. Nastrój ducha zmienił się: chora jest rozdrażniona i płaczliwa. Przy zapisaniu chorej do szpitala znaleziono, lewą źrenicę cokolwiek szerszą od prawej, oddziaływanie ich prawidłowe. Dowolne ruchy zachowane; ataksyi niema. Ciągłe kloniczne drgawki w całym ciele. Siedzieć na krześle chora nie może, gdyż zsuwa się ustawicznie. Chodzić może z trudem przy pomocy drugiej osoby. Czuciowych zmian niema. Tony serca czyste.

Chora przebyła w szpitalu 2 miesiące, przez ten czas była całkiem izolowana od rodziny. Prócz izolacji ścisłej, stosowano franklinizację, mokre prześcieradła i *liq. Fowleri*. Drgawki przez kilkanaście dni trzymały się w równej mierze, potem zaczęły słabnąć. Ostatnie 2 tygodnie chora prawie całkiem spokojna, od czasu do czasu tylko ruch mimowolny prawą ręką lub tułowiem w bardzo ograniczonym stopniu. W takim stanie została wypisaną ze szpitala.

K. Stróżeński.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



70. Moebius. Migrena.

Migrena jest jednym z objawów zwyrodnienia dziedzicznego. Powstaje ona wskutek niewykrytych dotąd zmian mózgu i w większości przypadków przechodzi na potomstwo. Na tle owych zmian pod wpływem pewnego powodu występują szczególne napady. Charakter ich bywa różnobarwny, jakkolwiek posiadają cechy wspólne; wszystkie bowiem polegają na parestezyach jednostronnych. Odróżniamy napady zupełne i niezupełne. Całkowity obraz stanowią zwiastuny, aura, wreszcie ból głowy z wymiotami. Częściowy stanowią: wyłączny ból głowy lub wespół z wymiotami, czy też nudnościami, wreszcie sama aura. Napady występują pojedynczo, oddzielone znacznymi okresami czasu lub też w postaci łańcucha (*status hemicranicus*). Niekiedy napady migreny stanowią objaw bardziej złożonego cierpienia, w skład którego wchodzi.

I. Przyczyny migreny. Na zasadzie 130 przypadków autor usiłował rozwiązać sprawę powstawania migreny w stosunku do płci, stanu społecznego, zajęcia, sposobu życia, wieku, przodków i ogólnego stanu chorego. Kobiety zapadają na migrenę częściej, niż mężczyźni [1,5:1]. Stan społeczny nie odgrywa żadnej roli, zajęcie zaś odbija się tylko na częstości napadów, na powstawanie zaś cierpienia wpływu nie wywiera. Pracujący umysłowo miewają częściej napady, niż ludzie pracy fizycznej. Najczęściej cierpienie napastuje dzieci, przechodząc na nie po rodzicach. W żadnej chyba chorobie dziedziczność jednorodna [*gleichartige Vererbung*] nie występuje w tak znacznym stopniu, jak w migrenie.

W „*famille neuropatique*“ spotykamy histeryę, padaczkę i migrenę; najczęściej padaczka zastąpioną zostaje przez migrenę. Migrena nie znajduje się w żadnej zależności od ogólnego wyglądu, budowy i innych cierpień chorego. Większość dotkniętych migreną należy do ludzi nerwowych i pod innymi względami, do kategorii zwyrodniałych „*dégénérés*“. W niektórych przypadkach migreny nieodziedziczonej, lecz nabytej, poprzedziło ją cierpienie zakaźne.

II. Napad. 1) Niekiedy napady poprzedzone zostają przez zwiastuny. W przeddzień napadu niektórzy czują się lepiej, niż zazwyczaj; inni zaś doznają zmęczenia, rozdrażnienia, niekiedy dreszczy, ściskania w okolicy żołądka, bólów brzucha, klucia w głowie, wreszcie niezrozumiałej trwogi.

Najczęściej napad zaczyna się w nocy. Zazwyczaj chorzy tej nocy mają mocny sen. Gdy napad występuje we dnie, już na kilka godzin przed nim chory czuje się niekiedy złamanym. Niekórzy mają wówczas zmęczony wygląd, opuszczoną jedną powiekę górną, przykry zapach z ust. W przypadkach z wyraźną aurą objawów tych nie bywa.

2) Aura polega na czuciu nieprawidłowym [parestezyi], poprzedzającym napad bezpośrednio [w nader rzadkich przypadkach aura następuje po napadzie]. Sensacje niekiedy dotyczą słuchu, najczęściej wzroku i dotyku.

Zaburzenie wzroku jest najczęściej jednostronne i zaczyna się w połowie pola widzenia.

Na prawo lub na lewo od linii środkowej ukazują się obłoczki, plamy ciemne lub też jasne, świecące, zupełnie lub po części nieprzezroczyste, deszcz iskier, pasma świetlne, *scotoma*, bądź otoczone świecącymi lub barwnymi figurami, bądź w całości świecące. Objaw ten zachodzi na prawym lub lewym brzegu zewnętrznym pola widzenia, szerząc się ku linii środkowej i tu staje, zajmując połowę pola widzenia lub też środkową linię przekracza i całe pole zasłania. W nader rzadkich przypadkach zjawia się on w górnej lub dolnej połowie pola widzenia.

Najczęściej występuje skotomat ćmiący — *scotoma scintillans*, *teichopsia* (*Flimmerscotom*), *irisal'gia*. Przedstawia się on, jako plama ciemna, otoczona brzegami świetlnymi lub barwnymi. Stopień zaćmienia bywa różny, barwy czarnej, szaro-brunatnej, szarej, koloru obłoczka. Brzegi jego bywają jasne, jak brzegi ciemnej chmury, złocisto-połyskujące (*goldig-flimmernd*), w kształcie widma słonecznego (*spectrum*), łuku lub częściej linii zygzakowatej, fortecznej (*Fortificationslinie*).

Odróżniają skotomat wieloogniskowy, połowiczny i całkowity. Pewna część pola widzenia zostaje wykrojona, przyćmiona, przy *hemiscotoma* znika połowa pola widzenia prawa lub lewa, górna lub dolna. Jeden chory może w różnym czasie doznawać rozmaitych form skotomatu. Niesłusznie mówią przy migrenie o amblyopii, amaurozie, hemianopsyi — wszystko to są w danym razie rozmaite formy skotomatu. Podczas migreny nie tracimy części pola widzenia; przeciwnie — widzimy całe pole, tylko część jego wydaje nam się niejasną.

Aura wzrokowa ukazuje się zazwyczaj ze strony obu oczu; przekonać się o tem łatwo, gdy przysłonimy jedno oko. Przypuszczenie GAŁĘZOWSKIEGO, jakoby aura dotyczyła jednego oka, chyba nader rzadko się potwierdza. Skotomat trwa od kilku do kilkudziesięciu minut. Dno oka ma być, podług GAŁĘZOWSKIEGO, podczas aury blade, podług innych badaczy zachowuje się ono prawidłowo. Dane GOWERS'a o podwójnem widzeniu podczas napadu nie zostało przez nikogo obserwowane.

Względnie częste z innych form aury są parastezye połowiczne: kłucie, drętwienie palców jednej ręki, podnoszące się do ramienia, często przechodzi na odnośną połowę twarzy lub jego części, jako to wargi, policzek, niekiedy na język, czasem zajmuje całą twarz. W niektórych przypadkach zaczyna się w nodze, a stąd przechodzi do ręki i twarzy. Z parastezyą związanem jest uczucie osłabienia.

Aura czuciowa zazwyczaj zachodzi po wzrokowej i ukazuje się po tej samej, co ta ostatnia, stronie; obserwowano obie aury jednocześnie po jednej stronie, jakoteż z dwóch stron. Niekiedy aura czuciowa występuje bez wzrokowej. Aura czuciowa czasami jest powikłaną przez afazyę. Często spostrzegano zaburzenia świadomości (*Verwirrtheit*); chorzy opowiadają o zamęciu w głowie, na pytania nie odpowiadają, albo też dają odpowiedzi dziwaczne. Zawrót głowy rzadko występuje w okresie zwiastunowym [aura]. Jeszcze rzadziej zaburzenia słuchu i smaku (*Gehörs-und Geschmackstäuschungen*). Aura czuciowa

i inne formy rzadsze następują zwykle po wzrokowej. W typowym napadzie aura składa się ze skotomatu z podmiotowemi zjawiskami świetlnemi, do których mogą się przyłączyć inne zjawiska, najczęściej parestezye połowiczne z afazyą. Przypadki, w których występuje aura czuciowa (*sensorische*) bez skotomatu, należą do migreny niezupełnej. Czasami aura wzrokowa zachodzi jednocześnie z czuciową. Aura czuciowa trwa minut 10—15—30.

3) Napad składa się z bólu głowy i towarzyszących mu objawów. Aura prawie zawsze dotyczy jednej połowy głowy; ból głowy bywa jednak często dwustronny, jakkolwiek spostrzegają również jednostronny lub też dwustronny z przewagą z jednej strony. Jednostronny ból głowy umiejscawia się najczęściej po nad okiem i prawie zawsze w skroni. Często skarżą się wprost na ból oka lub po za nim. Podczas silnych napadów boli również górna szczęka, niekiedy potylica, kark rzadziej; ból zaczyna się na karku i przechodzi do czoła.

Miejsce, dotknięte podczas aury, nie zawsze odpowiada okolicy zajętej podczas napadu.

Ból głowy przy migrenie chorzy umiejscawiają wewnątrz czaszki. Gdy dotknięte jest oko, zdaje się, że ból wychodzi z głębi gałki lub z po za niej: chorzy podają, że coś oko wysadza lub wypycha; ból bywa tego samego rodzaju i natężenia, co przy *glaucoma*. Przy bólach twarzy wydaje się, że ból dotyczy górnej szczęki lub kości nosowej: taki sam ból, jak przy zapaleniu błony śluzowej jamy *Highmor'a*.

Rozległość bólu zależy od jego natężenia. Przy lekkich napadach migreny jednostronnej boli tylko okolica czoła lub oka; przy mocnych połowa głowy z zajęciem twarzy i karku.

Typ migreny nie jest w wielkiej zależności od jej natężenia. Jednostronna migrena pozostaje nawet przy silnym bólu jednostronną.

Bóle przy migrenie bywają różnorodnego natężenia; spostrzegają zarówno lekkie, jak nieznośne. Niekiedy migrena nie przeszkadza choremu pracować podczas napadu; innym razem chorzy, dotknięci nią, usiłują wyskoczyć oknem.

Ból migreniczny wielce się różni od neuralgicznego. Natężenie jego stopniowo się wznosi i w takiż sam sposób opada. Napad nigdy nie jest złożonym z kilku drobnych. Obszar, na którym ból się umiejscawia, może się rozszerzać lub zwężać, ognisko jego pozostaje jednak stałym.

Pod względem charakteru ból migreniczny porównać można z bólem głowy przy nowotworach mózgu lub zapaleniach opon mózgowych. Analogię tę wzmacniają również towarzyszące im wymioty. Neuralgia twarzy nigdy nie pociąga za sobą wymiotów.

Wymioty nie są zależne od napięcia bólu. Natężenie bólu może zależeć od najrozmaitszych zjawisk pobocznych. Przy lekkich i średnich bólach zmniejsza się ono podczas zajęcia lub jedzenia. Niektórym, jakkolwiek nie licznym chorym, sprawia ulgę kieliszek wina. Podczas mocnych napadów jakkolwiek praca umysłowa lub też fizyczna staje się uciążliwą, nawet lekki ruch, chodzenie, poruszanie głową, akkomodacja oczu. Ból głowy uspakaja jej ozię-

bianie. Najlepiej jest podczas napadów leżeć pociemku w cichem, chłodnem miejscu.

Napadowi towarzyszą: α) Nadczułość na wrażenia bólowe (*hyperalgesia*). Światło razi wzrok, częściej jeszcze choćby lekkie dźwięki drażnią słuch. Rzadziej występuje nadwrażliwość powonienia: przykre zapachy stają się nieznośnymi, przyjemne drażnią, gdy są mocnego natężenia. Wiele osób podczas napadu z przyjemnością znosi wodę kolońską i mentol. O smaku nie pewnego wypowiedzieć się nie da ze względu na wstręt do pokarmów. Punktów bolesnych w większości przypadków niepodobna odszukać; czasami zajęte bywają: *n. supra- et infraorbitatis*; gdy ból umiejscawia się w tyłogłowi, bolesnym staje się na dotyk punkt wyjścia *n. occipitalis*.

Niekiedy natrafić można i w innych miejscach na punkty bolesne, jako to okolica *tuberis parietalis*; mogą też być wrażliwymi na ucisk kręgi szyjowe. Skóra nie staje się zbyt wrażliwą; czasami jest przykrem ujęcie w fałdę skóry w okolicy skroniowej. Czesanie głowy lub lekki masaż sprawiają poniekąd ulgę.

β) Objawy psychiczne. Świadomość w większości przypadków pozostaje niezamąconą. Jeżeli zachodzą odnośne zmiany, to są one wtórne, zależne od bólu głowy. Spostrzegać wówczas daje się niechęć do pracy umysłowej, usposobienie bądź gniewliwe, bądź smutne. Do bólu może się przyłączyć zamącenie świadomości, od senności do *stupor* bez żadnej zależności od natężenia bólu. Jeżeli podczas napadu zachodzą złudzenia zmysłowe, to są one zależne od powikłań, najczęściej od histeryi.

γ) W rzadkich przypadkach spostrzegano uczucie lekkiego oddechu, wzmożone lub zmniejszone wydzielanie śliny, wzmożony opór skóry głowy w stosunku do strumieni stałych po stronie bólu, objawy erytromelalgii.

δ) Objawy naczynioruchowe. MOEBIUS nigdy nie spostrzegał zbytnej błądności podczas napadu, ani też uderzającego zaczerwienienia; nie widział, aby obraz odpowiadał formie *hemisrania sympathico-tonica* DUBOIS-REYMOND'a, ani *hemisrania angioparalytica* MOELLENDORF'a. Powiada, że prócz uczucia ciepła inne objawy charakterystyczne nie zachodzą. Uczucie ciepła może się umiejscawiać po jednej stronie, jakkolwiek spostrzegano również z obu stron. Zwężenie źrenic bywa przeważnie obustronnem; tak samo błądność i zimno. Gdy naczynia są zwężone, szpara wzrokowa nie jest rozszerzoną, lecz tak samo, jak przy rozszerzonych naczyniach, zwężoną.

Zaczerwienienie i łzawienie oczu spostrzegano również w obu formach. Działanie ucisku na *a. carotis* nie jest stałem. Dno oka jest prawie zawsze prawidłowe. Skurecz naczyń zachodzi tylko w cięższych przypadkach. Niekiedy błądność szybko przechodzi w zaczerwienienie. U niektórych osób jednemu napadowi towarzyszy zaczerwienienie, drugiemu błądność. W pewnych razach zaczerwienienie występuje w postaci plam. Tętno *a. radialis* czasem jest małe. Niekiedy zachodzą krwotoki nosowe lub kiszkowe.

ε) W idoczne zmiany w oku. Prócz zaczerwienienia łącznicy i łzawienia często zachodzi zwężenie szpary ocznej. W większości przypadków bywa ono jednostronne; przy jednostronnych bólach umiejscawia się ono po

odnośnej stronie. Rzadszem jest zwężenie źrenic, jeszcze rzadszem—rozszerzenie. Nerwowi często mają nierówne źrenice. Różnica szerokości źrenic wraza przy jakiegokolwiek chorobie, a więc może się powiększać również przy migrenie.

5) Objawy ze strony narządów trawienia. Przy ciężkich napadach spostrzegano brak łaknienia, wstręt do jedzenia, nawet wymioty, gdy się do jedzenia zmuszano. Bywają one jednorazowe lub kilkakrotne z zawartością pokarmową, śluzową, nawet krwawą. Wymioty zmniejszają ból głowy lub nań nie wpływają. Sztuczne sprowadzenie wymiotów dla wrzekomego zmniejszenia bólu głowy pozostaje bezskutecznem, jeśli napad sam nie miał się ku końcowi. Objawy *gastrodynia nervosa*, jako to: palenie w żołądku, zwracanie soku żołądkowego, po których towarzyszące niekiedy im bóle głowy czasami ustają, MOEBIUS uznaje za formę migreny.

Niektórzy podają przy migrenie takie objawy, jak: biegunki jednorazowe lub wielokrotne, kałowe lub wodniste, po dłuższem burczeniu i bólach w brzuchu. One również na ból głowy wpływu nie mają.

Opisują odbijania bez smaku i zapachu, kichanie, łzawienie, poty, krwotoki nosowe, polyurię, skotomaty migające, którymi miał napad się kończyć.

4. Początek, trwanie, przebieg napadu. Najczęściej napad zaczyna się w nocy. Przy przebudzeniu chory czuje, że będzie miał dzień migreny. W rzadkich przypadkach pierwsze objawy występują wieczorem, nocą lub w ciągu dnia. Niektórzy kładą się w nocy z ociężałą głową, źle śpią i budzą się z wyraźnym bólem głowy. Innych budzi w nocy ból głowy. Migrena wzrokowa najczęściej występuje wśród dnia. Napad trwa średnio 12 godzin; niekiedy 6 czasem i mniej. Napady niezupełne (*petit mal*) przebiegają minutami. Dość często napad trwa przeszło dzień. Czasem jeden napad następuje niezwłocznie po drugim, stan staje się coraz gorszym, występują nowe objawy; jest to łańcuch napadów migreny: *status hemicranicus*.

5. Napady niezupełne. Napady zupełne poprzedzane zostają przez aurę wzrokową, trwającą 15 minut; do niej przyłączają się parestezye jednostronne, niekiedy z afazyą i objawami psychicznymi, również 15 minut trwającymi. Następnie ból głowy 10—12 godzinny, któremu mogą towarzyszyć mdłości i wymioty. W większości przypadków całkowitego obrazu nie spostrzegamy, lecz jego odłamek; mamy tedy do czynienia z napadami niezupełnymi. Bardzo często aury wcale nie bywa. W innych znów razach aura najbardziej jaskrawo występuje, a sam napad jest względnie blady. Takie to formy zwykle nazywają migreną wzrokową („*Augenmigräne*“). „*Migraine ophthalmique*“; uważaną jest ona przez GAŁĘZOWSKIEGO, szkołę CHARCOT'a, a zwłaszcza przez FÉRÉ'go za „*une affection véritablement autonome*“. Prawie wszyscy cierpiący na migrenę wzrokową miewają również napady zwykłej migreny. Wyosabnianie formy wzrokowej jest absurdem „*Irrlehre*“. Nauka o podwójnej migrenie znalazła oponentów w samej Francji [ARMANGUÉ, ROBIOLIS, THOMAS i inni]. GOWERS nie chce słyszeć o tym podziale. Podług MOEBIUS'a na 130 przypadków bywa 14 z objawami aury wzrokowej (*visuelle Aura*); z odnośnych 14 chorych 4 miało również aurę czuciową (*sensorische*) i 3 afazyę. Dane te przewyższają

nawet obserwacje LEVEING'a i GOWERS'a. Spostrzegają objawy aury wzrokowej bez czuciowej i bez afazyi.

Po aurze wzrokowej może następować ból głowy w słabym stopniu lub też zupełnie bólu głowy po niej nie bywa. Niekiedy po aurze wzrokowej bywają wymioty bez bólu głowy. Spotykamy aurę czuciową wespół z afazyą lub bez niej przed napadem migreny. Najczęstszą formą napadu niepełnego jest „*migraine vulgaire*”—ból głowy z wymiotami lub sam ból głowy. Bywają jednak napady bez bólu głowy wyłącznie w postaci wymiotów. Napady tego rodzaju, przez autora przedstawione, nasuwają raczej przypuszczenie o hysterii. Równoznaczniki migreny (*hemicranische Aequivalente*) mogą występować w postaci ściskania w dołku podsercowym, zawrotu głowy lub zamęcenia psychicznego (*seelische Verstümmung*).

6. Przyczyny napadu. Migrena z niewieloma wyjątkami jest cierpieniem dziedzicznym. Przy pewnych warunkach może ona nie występować, zachodzić *χωρά δόξαμιν*. Tem się objaśnia omijanie przez nią niektórych członków rodzeństwa. Skłonność do migreny może występować w rozmaitym stopniu. Im silniejszą jest skłonność, tem słabsze powody wywołują cierpienie i odwrotnie. Niekiedy migrena wybucha dopiero wtedy, gdy chory z odnośną skłonnością przejdzie cierpienie zakaźne, otrucie, zacznie używać alkoholu, dozna urazów, rozmaitych braków (*Entbehrungen*), nadwreżeń. Do nadwreżeń zaliczamy częste porody i długotrwałe karmienie. Bardzo ważnym powodem są zmęczenia uczuciowe i umysłowe. Migrena jest oddawien dawna cierpieniem osób umysłowo pracujących. Większość bólów głowy dziatwy szkolnej zaliczyć należy do tej samej kategorii. Pobyt w zamkniętej przestrzeni o zepsutem powietrzu, otrucie gazem, złe pokarmy, alkohol, bezsenność, podrażnienie zmysłów—wszystko to może się przyczynić do powstania migreny. Usposobienie dziedziczne jest *conditio sine qua non*.

Do powodów okolicznościowych (*gelegenhetsursachen*) zaliczamy zmęczenie duchowe: gniew, wysiłki umysłowe. Z podrażnień duchowych podamy pobyt wśród wielu świec, pobyt w teatrze, na koncercie, wieczory, święta narodowe, alkohol, zbyt długi sen. Wpływ miesiączkowania jest przesadzony; jeśli napad bywa podczas niego, to ma takie same znaczenie, jak ukazywanie się w owym czasie innych objawów nerwowych. Zmęczenie fizyczne ma względnie małe znaczenie: może ono napad pogorszyć, lecz nie wywołać. Zmęczenie płciowe bywa bezwarunkowo powodem napadu. Cierpienia żołądkowe mają mało związku z migreną. Zaparcie może sprzyjać wybuchowi migreny, rozwolnienie—rzadziej. Cierpienia płciowe mają niewielki wpływ na ukazanie się migreny. Obrzęk muszel niema związku z migreną, a raczej z bólami w okolicy czoła, które usunięte być mogą przez *kali iodatum*. Do usposabiających powodów należy klimat; ciśnienie barometryczne nie ma znaczenia. Każdy chory ma osobną grupę powodów okolicznościowych. Gdy poziom zdrowia się zmienia, mogą się przyłączyć nowe powody, a niektóre dawniejsze mogą zniknąć.

III. Przebieg cierpienia. Należy odróżnić przebieg rzeczywisty (*thatsächliche*) od idealnego. Ten ostatni oznacza przebieg czysty bez wpływów po-

bocznych, powodów okolicznościowych. Nie jest to cierpienie o poziomie stałym, a natężenie napadu nie znajduje się w stosunku prostym do powodu okolicznościowego. Peryodyczność nie bywa stałą. Większość chorych miewa przynajmniej podczas długiego okresu życia dość prawidłowo powtarzające się napady. Jeśli napad występuje po dłuższej, niż zazwyczaj, przerwie, to bywa stosunkowo ciężkim.

Zależność od wieku da się w ten sposób określić: w dzieciństwie i młodości zaczyna się w postaci lekkich napadów, w okresie pokwitania są one częstszymi i cięższymi, później występują rzadziej. Spostrzegano wahania w przebiegu cierpienia: długoletnie pogorszenie i długotrwałe przerwy pomiędzy napadami. Cięża i ciężkie cierpienie często przerywają chorobę. *Menopausis* niekiedy usuwa napady; właściwie wpływa tu starczy wiek, tak samo, ponieważ i u mężczyzn w podeszłym okresie migrena może ustąpić. *Climacterium* niekiedy pogarsza przebieg.

MOEBIUS powątpiewa o możliwości powstawania z migreny długotrwałego bezwładu połowicznego, długotrwałej afazy, amaurozy lub też epilepsyi; przejście migreny w glaukomat wydaje mu się natomiast prawdopodobnem.

IV. Napady migreny objawowe i rozpoznanie migreny. W każdym przypadku z objawami migreny musimy się zastanowić, czy mamy napady samoistnego cierpienia, zwanego migreną, czy też napady migrenowego rodzaju, jako objawy innego cierpienia. Należy tedy odróżniać objawy migreny od objawów podobnych, występujących na innem tle; ból głowy migreniczny od innych bólów głowy, aurę wzrokową migreny od innych złudzeń wzrokowych, parestezye i niemotę przy migrenie od innych objawów podrażnienia kory mózgowej, wymioty migreniczne od podobnych. Nareszcie chodzi o rozstrzygnięcie, czy spostrzegamy migrenę czystą, czy też z domieszką innego cierpienia. Powinniśmy w każdym przypadku pamiętać o tem, że migrena jest cierpieniem dziedzicznem, że zaczyna się w młodości i występuje w postaci napadów.

Należy odróżniać migrenę od bólów głowy neurastenicznych, od bólów przy cierpieniach nosa, od nerwobólu nadoczodołowego (*neuralgia supraorbitalis*), bólów głowy malaryjnych, bólów przy glaukomacie, bólów uremicznych przy cierpieniach nerek; aurę wzrokową należy ocenić po zbadaniu oczu; aura czuciowa wymaga wykluczenia cierpień ogniskowych; objawy żołądkowe musimy odróżnić od *crises gastriques* przy wjadzie i *gastrodynia nervosa*. Określamy tedy, czy spostrzegane objawy są objawami migreny, a po rozpoznaniu cierpienia migrenicznego staramy się wyjaśnić, czy mamy do czynienia z migreną, jako formą samoistną, czy też jako wyrazem innego cierpienia mózgowego.

Wbrew szkole francuzkiej MOEBIUS nie uznaje związku migreny z histeryą; nie wyklucza natomiast kombinacji obu cierpień u jednego chorego, ani też współczesnego przebiegania migreny i cierpienia nerwu okoruchowego, formy, nazwanej przez CHARCOT'a „*Migraine ophthalmoplégique*“. Cierpieniu nerwu tokoruchowego towarzyszą dwa objawy, właściwe migrenie: ból głowy i wymioły; niema przy niem aury i nie przenosi się dziedzicznie. [D. n.].

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 18. VI. 1895.

BORSUK i WIZEL przedstawili przypadek strzaskania czaszki na znacznej przestrzeni [od części tylnej kości skroniowej lewej do części przedniej kości ciemieniowej], któremu towarzyszyła niemota ruchowa, jako też i niedowład nerwu twarzowego i podjęzykowego ze strony prawej. Po usunięciu wgłębionych licznych odłamków kości i usunięciu skrzepów, pokrywających oponę twardą B. podwiązał pękniętą gałązkę tętnicy oponowej, ranę kostną rozszerzył z powodu zachodzących na siebie nadpęknięć czaszki i powłoki miękkie zaszył. Zabieg ten na objawy ze strony systemu nerwowego pozostał bez wpływu: na 3 dzień po operacji wystąpił napad padaczki JACKSON'a, a na 5 przyłączył się bezwład całkowity obu kończyn prawych. W drgawkach przyjmowały udział nie tylko kończyny prawe, lecz i lewe, napad jednak każdy rozpoczynał się od drgawek w twarzy i w kończynie prawej. Chory był nieprzytomnym, ciepłota podniesiona, tętno 120. Rozpruwszy zaszytą ranę, B. zrobił kilka nakłuć próbnych w głąb mózgu szprycą PRAWAZ'a i przy jednym z takich nakłuć otrzymał płyn krwawy. Po rozcięciu tedy kory mózgowej, na parę centymetrów od powierzchni mózgu w substancji białej okazało się ognisko, zawierające około kieliszka płynu krwawego i liczne skrzepy krwi. Po oczyszczeniu ogniska, opona twarda i powłoki miękkie zostały zaszyte z wyjątkiem niewielkiego otworu, przez który przechodził pasek z gazy jodoformowej. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry, gazę wyjęto 12 dnia; ze zbroceń w systemie nerwowym pozostał tylko lekki niedowład nerwu twarzowego.

Według zdania RYCHLIŃSKIEGO wylew w białą istotę mózgu powstał wskutek kruchości naczyń pod wpływem uderzenia lub też shoku; objawy uciskowe objaśnić można przeszkodą w obiegu płynu mózgowego, wywołaną wytworzeniem się ogniska krwawiącego w bliskości 3-ej komórki.

JAWDYŃSKI przedstawił chorego z kamieniem ślinianki podżuchwowej i ropną przetoką tejże. D. rolnik 36 letni przed 10 laty spostrzegł pod szczęką dolną z prawej strony guz niewielki, który, rosnąc stopniowo i wolno, mniej więcej po 2-ach latach zaczął powodować bóle i utrudnienie łykania szczególnie pokarmów stałych. Wkrótce z jamy ustnej zaczęła wypływać obficie ropa, przyczem chory poczuł znaczną ulgę; guz zmniejszył się, ropa powoli w ciągu kilku tygodni przestała wypływać. Od owego czasu sprawa ta powtarzała się dotąd kilkakrotnie w porządku omówionym. Ostatni raz ropa pokazała się z jamy ustnej przed pięciu tygodniami, wypływając dotychczas w ilości umiarkowanej. Poza tem przez całe życie pacjent był zdrow. Chory dobrego wzrostu, budowy prawidłowej, odżywiania dobrego. Pod prawą połową żuchwy spostrzegamy guz wielkości mandarynki, bardzo twardy, pozostający w związku z kością żuchwy. Skóra na guzie niezmienniona, łatwo przesuwalna. Na górnej powierzchni guza wyczuwamy na nim pod warstwą skórno tłuszczową guziki ruchome [gruczoły chłonne]. Na dnie jamy ustnej spostrzegamy tuż przy dziąśle, na przejściu błony śluzowej w łuk prawy przedni podniebienia, brodawkę kształtu stożkowatego z otworem na wierzchołku, z którego to otworu przy ucisku na tylną część

guza od zewnątrz, również i przy ucisku stwardnienia w górnej części gardzieli na prawo od podstawy języka — wypływa rzadka ropa. Z przodu na dnie jamy ustnej, na przebiegu prawego przewodu WHARTON'a wyczuwamy pod błoną śluzową guzik twardy kształtu wrzecionowatego, wielkości ziarnka berberysu. Zgłębnik okrągły, cienki, wprowadzony przez otwór w omówionej brodawce, kieruje się na dół i ku tyłowi, napotyka chropowatość w rodzaju kamienia. Jama ustna chorego wydaje zapach zgnilizny. Rozpoznano kamień ślinianki żuchwowej i przewodu WHARTON'a. Wskutek obecności kamienia powstał ropień okołosliniankowy w górnej części gardzieli około podstawy języka, który to ropień otworzył się na miejscu, gdzie dzisiaj znajduje się brodawka; otwór obgoił się i dzisiaj przetoka wraz z swym otworem robi wrażenie jakoby przewodu fizyologicznego.

DOBROWOLSKI przedstawił przypadek guza w jamie noso-gardzielowej i polipami nosa; wreszcie SIERPIŃSKI demonstrował przyrząd PALATZ'a, ochraniający od zakażenia miejsce szczepienia ospy.

Wiadomości bieżące.

— W jednym z ostatnich numerów „Gońca Urzędowego“ pomieszczono ustawę Instytutu Lekarskiego dla kobiet w Petersburgu, którego otwarcie nastąpi w r. 1897. Słuchaczkami Instytutu mogą być kobiety tylko wyznań chrześcijańskich w wieku między 20 a 35 rokiem życia; mogą być przyjmowane i osoby starsze, lecz tylko na mocy decyzji kuratora okręgu naukowego Petersburskiego. Osoby, życzące sobie wstąpić do Instytutu, oprócz przedstawienia świadectwa z ukończenia gimnazjum, winny zdać egzamin z języka łacińskiego. Zadaniem Instytutu będzie dawać słuchaczkom wykształcenie przedewszystkiem w chorobach kobiet i dzieci. Program wykładów ma odpowiadać dzisiejszemu programowi uniwersyteckiemu, kurs zaś nauk będzie trwał 5 lat, z których cztery lata będą przeznaczone na studia w Instytucie, piąty zaś rok na studia praktyczne w szpitalach, klinikach, instytutach położniczych i t. p.. Otrzymany po ukończeniu Instytutu dyplom na tytuł kobiety-lekarka daje prawo wolnej praktyki, prawo zajmowania posad lekarza w instytutach kobiecych, gimnazjach, pensjach i t. d. [bez przywilejów służby państwowej], prawo zarządzania szpitalami w ziemstwach i wreszcie prawo uczestniczenia w charakterze pomocnika lekarza sądowego przy ekspertyzach sądowo-lekarskich u kobiet i dzieci.

— Prof. LISTER z powodu podeszłego wieku opuścił stanowisko profesora i dyrektora oddziału chirurgicznego w Kings College.

— W Berlinie zmarł C. SCHIMMELBUSCH, asystent prof. BERGMANN'a i autor przełożonego na język polski przewodnika do aseptyki oraz kilku wartościowych prac chirurgicznych.

— W Jalcie zmarł prof. THOMAS, wykładający początkowo farmakologię, później klinikę dyagnostyczną w Uniwersytecie tutejszym.

— W Strassburgu zmarł HOPPE-SEYLER, prof. chemii fizyologicznej.

Zmarli: w Sejnach kol. KAUKAS,
w Lublinie kol. CIECHOŃSKI,
w Warszawie kol. KAPLIŃSKI.