

GAZETA LEKARSKA

Z KLINIKI CHORÓB NERWOWYCH UNIwersYTETU WARSZAWSKIEGO.

I. PRZYCZYNEK DO KWESTYI ZMIAN ANATOMO-PATOLOGICZNYCH W RDZENIU, ROZWIJAJĄCYCH SIĘ POD WPLYWEM UCISKU.

Napisał

L. Dydyński,
ordynator kliniki.

Sprawa zmian anatomo-patologicznych, rozwijających się w rdzeniu pod wpływem ucisku, do ostatnich czasów stanowiła kwestyę sporną w nauce. Autorowie, którzy się pierwsi sprawą tą zajęli, a mianowicie OLIVIER¹⁾ i LOUIS, wypowiedzieli zdanie, iż cierpienie rdzenia w razie ucisku zależnem jest wyłącznie od mechanicznego wpływu samego ucisku. Pogląd ten wszakże nie długo panował w nauce; wkrótce bowiem pojawił się inny, który z czasem został ogólnie przyjętym. MICHAUD²⁾, uczeń CHARCOT'a, stworzył „teoryę zapalną“; według niej zmiany, powstające w uciśniętym rdzeniu, nie są niczem innym, jak tylko zmianami charakteru zapalnego, źródłem zaś tych zmian jest przejście sprawy zapalnej z kręgow drogą korzeni nerwowych na istotę rdzenia. Stronnikiem teoryi zapalnej stał się także i LEYDEN³⁾, wypowiedziawszy w pracy swej zdanie, że zmiany w rdzeniu w przypadkach ucisku są zawsze następstwem zapalenia.

Lecz teoria zapalna, bez względu na powagę uczonych, którzy ją stworzyli, zaczęła wkrótce wzbudzać niezadowolenie pośród anatomo-patologów. Rzecz polegała na tem, że materyał do badań, na którym stronnicy owej teoryi opierali swoje wnioski, przedstawiał obszerne pole do nader poważnych zarzutów. Materyał ów składał się prawie wyłącznie z przypadków ucisku rdzenia przy chorobie POTT'a, a przecież nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przy chorobie tej mamy do czynienia jednocześnie z dwoma czynnikami: zapaleniem i uciskiem, tak, że trudno jest przekonać się, co w tych przypadkach zależnem jest od ucisku, a co od zapalenia.

¹⁾ OLIVIER. *Traité des maladies de la moëlle épinière*. Paris. 1837.

²⁾ MICHAUD. *Sur la méningite et la myélite dans le mal vertébral*. *Recherches d'anatomie et de physiologie pathologique*. Paris. 1871.

³⁾ LEYDEN. *Klinik der Rückenmarkskrankheiten*. 1876. Band II.

Wobec tego uczeni, chcąc opierać swe wnioski jedynie na przypadkach, w którychby rdzeń podlegał li tylko samemu uciskowi, wpadli na myśl, aby wywołać sztucznie u zwierząt ucisk rdzenia i badać powstałe w tych warunkach zmiany anatomo-patologiczne. Pierwszym, który podjął doświadczalne badanie tej kwestyi, był prof. KAHLER [1882] ¹⁾. W doświadczeniach swych wywoływał on ucisk rdzenia u psów przez wstrzykiwanie do ich kanału kręgowego roztopionego wosku, który następnie, stygnąc, otaczał w pewnym miejscu rdzeń uciskającym go zewsząd pasem. Na podstawie tych doświadczeń KAHLER wypowiada następujące wnioski.

Pod wpływem mechanicznego ucisku rdzenia w białej jego substancji następują zmiany w postaci napęcznienia składowych części włókien nerwowych, które powoli dochodzi do zupełnego ich rozpadu, przyczem stopień i rozmiary owego rozpadu są zależne od stopnia ucisku. Zmiany owe w włóknach nerwowych KAHLER uważa za pierwotne, zmiany zaś w tkance łącznej i naczyniach mogą być, według niego, li tylko wtórne.

Na podstawie szczegółowego rozbioru odpowiednich preparatów drobnowidzowych KAHLER sądzi, że mamy tu do czynienia ze zmianami, powstałymi na skutek li tylko ucisku, jako czynnika mechanicznego, bez jakiegokolwiek bądź udziału sprawy zapalnej.

Co się zaś tyczy szarej substancji rdzenia, to KAHLER i tam znajdował pewne zmiany [różnicę w zabarwieniu komórek nerwowych, napęcznienie ich i t. p.], nie przypisuje im jednak szczególnego znaczenia.

W roku 1883 zajęli się rozstrzygnięciem tejże kwestyi ROSENBACH i SZCZERBAK ¹⁾. Wywoływali oni ucisk rdzenia za pomocą kulek i pałeczek srebrnych, które wprowadzali do kanału kręgowego przy zachowaniu wszelkich przepisów antyseptyki. Owe doświadczenia doprowadziły ich do następujących wniosków.

Wpływ ucisku na rdzeń objawia się w dwojaki sposób. Już przy drobnowidzowym rozpatrywaniu rdzenia uciśniętego widzimy, że w jednych przypadkach nie przedstawia on żadnych nieprawidłowości, w innych zaś spostrzegamy na miejscu ucisku mniej lub więcej znaczne zmiany w konfiguracji rdzenia. Przy drobnowidzowym badaniu okazuje się, że stałe i znaczne zmiany ograniczają się do miejsca ucisku i najbliższego z niem sąsiedztwa na niewielkiej przestrzeni i że zmiany owe występują w dwóch postaciach, zależnie od różnicy makroskopowego wyglądu rdzenia w miejscu ucisku.

W jednym szeregu przypadków, w których ucisk spowodował zmianę konfiguracji rdzenia, spostrzegamy w białej substancji rdzenia na wysokości ucisku zmiany w włóknach nerwowych, występujące w postaci napęcznienia, zwyrodnienia, rozpadu i zaniku cylindrów osiowych i myelinowych otoczek; tam, gdzie elementy nerwowe substancji białej już zupełnie zanikły, na ich miejsce zjawia się rozrost tkanki łącznej i neuroglii. W szarej zaś substancji rdzenia na

¹⁾ Ueber die Veränderungen, welche sich im Rückenmarke in Folge einer gering-gradigen Compression entwickeln. Zeitschrift für Heilkunde. [Prag]. III Band.

²⁾ Virchow's Archiv. Bd. CXXII.

przestrzeni, gdzie napotykamy owe zmiany włókien nerwowych, widzimy zmętnienie tkanki, rozszerzenie naczyń, częściowy zanik komórek nerwowych.

W innym szeregu przypadków, w których oględziny pośmiertne nie wykazały żadnych zmian w konfiguracji rdzenia, nie spotykamy w substancji białej na wysokości ucisku żadnych lub zaledwie nieznaczne zmiany, zaś w szarej substancji występuje obrzęk na większym lub mniejszym obszarze tkanki, obrzęk, jakby rozpuszczający ją, tak, że pośród substancji szarej wytwarzają się szpary i jamy. W całym tym szeregu doświadczeń jako stale towarzyszący im objaw zauważyć się daje nadzwyczajne rozszerzenie się kanału środkowego, najwyraźniej występujące w obrębie miejsca ucisku i wytwarzania się owych jam.

Jako przyczynę wszystkich tych zmian, powstających pod wpływem ucisku, autorowie przytaczają dwa odmienne czynniki. Z jednej strony przyjmują oni, że ciało uciskające przez sam swój ucisk na tkankę nerwową oddziaływa nader szkodliwie na jej odżywianie, co przy wysokim stopniu ucisku doprowadzić może do rozpadu elementów nerwowych. Z drugiej zaś strony, dla wyjaśnienia wielu z powyżej opisanych zmian w rdzeniu, autorowie przyjmują hipotezę KÄHLER'a, według której zmiany owe mają być zależne od zakłócenia swobodnego obiegu krwi i limfy. Według hipotezy owej wyżej wspomniane szpary i jamy, tworzące się w szarej substancji rdzenia, są właśnie następstwem utrudnienia obiegu płynu mózgowo-rdzeniowego, utrudnienia, rozwijającego się wskutek ucisku przestrzeni między oponami mózgowymi. Wskutek owego utrudnionego obiegu szybko zjawia się przesięk płynu z naczyń, w które tak obficie zaopatrzoną jest szara substancja rdzenia, i jednocześnie następuje rozszerzenie się kanału środkowego. Dalszym następstwem tej sprawy przesiękowej jest to, że elementy substancji szarej, jakby zalanej płynem, który się z najbliższych naczyń wydobył, ulegają wessaniu i stopniowo zanikają; albowiem limfa, jak to wykazały doświadczenia RUMPF'a oddziaływa, zabójczo na elementy nerwowe, a tem bardziej jeszcze na takie, których odżywianie pod wpływem samego ucisku znacznie jest upośledzone.

ROSENBACH i SZCZERBAK zwracają uwagę, że w większości przypadków ma miejsce jednocześnie dwojaki wpływ uciskającego ciała: drogą bezpośredniego mechanicznego uciśnięcia elementów nerwowych i drogą zakłócenia swobodnego obiegu krwi i limfy i wtedy otrzymany obraz anatomo-patologiczny stanowić będzie rezultat obu wpływów.

Okazuje się zatem, że wyniki otrzymane przez KÄHLER'a znajdują potwierdzenie w doświadczeniach ROSENBACH'a i SZCZERBAKA i jeżeli ci ostatni autorowie spostrzegli jeszcze cały szereg faktów, o których nie wspomina KÄHLER, to nie stanowi to wcale sprzeczności, lecz tylko dalsze rozwinięcie kwestyi. W ogólnych zarysach autorowie ci zgadzają się ze sobą: zmiany, spotykane w rdzeniu uciśniętym, uważają li tylko za następstwo mechanicznego wpływu ucisku, a w patogenezie tych zmian przypisują ważną rolę zastojowi limfy.

Jednocześnie z ROSENBACH'em i SZCZERBAKIEM kwestyą wpływu ucisku na

rdzeń zajmował się BLUMENTHAL¹⁾. Doświadczenia autora tego wykazały również, że pod wpływem ucisku w rdzeniu rozwijają się zmiany czysto degeneracyjne bez żadnego śladu zapalenia.

Z innych prac, poświęconych kwestyi wpływu ucisku na rdzeń, winniśmy wymienić pracę SCHMAUS'a²⁾. Autor ten specjalnie zajął się kwestyą zmian, rozwijających się w rdzeniu przy próchnieniu (*caries*) kręgow. Dla rozstrzygnięcia kwestyi tej autor wywoływał sztucznie u zwierząt sprawę zapalną, podobną do tej, jaką mamy przy próchnieniu kręgow i następnie badał powstałe w rdzeniu zmiany. [Przykładał królikom do zewnętrznej powierzchni opony twardej tkankę gruzliczą i tym sposobem wywoływał ropne lub włóknikowe zapalenie opon—*pachy- i leptomeningitis*—lub rozwój mas gruzliczych]. Badając podobne rdzenie autor zaledwie w trzech przypadkach na dwanaście znalazł zmiany, odpowiadające obrazowi rzeczywistego zapalenia rdzenia (*myelitis*); we wszystkich pozostałych widział objawy nabrzmiewania, pęcznienia (*Quelungsercheinungen*)—słabe barwienie się myelinowych otoczek, napęcznienie cylindrów osiowych, rozszerzenie się siatki neuroglii. Na podstawie doświadczeń tych, a także na podstawie oceny zmian anatomo-patologicznych w całym szeregu przypadków choroby POTTA u człowieka, autor między innymi dochodzi do wniosku, że „niezależnie od bezpośredniego ucisku rdzenia wskutek dyzlokacji kręgow i t. p., zmiany w rdzeniu przy próchnieniu kręgow (*Wirbelcaries*) stoją w ścisłym związku z obrzękiem, który przy dłuższem trwaniu przechodzi w rozlane rozmiękczenie (*diffuse Erweichung*).

Oto, do jakich wniosków doprowadzają prace doświadczalne w kwestyi ucisku rdzenia. Wszystkie jednogłośnie stwierdzają, że ucisk rdzenia, sam przez się, jako czynnik mechaniczny, może wywołać swoiste, odrębne anatomo-patologiczne zmiany.

Lecz pracami doświadczalnymi nie wyczerpuje się cały szereg badań nad wpływem ucisku na tkankę nerwową. KUDREWIECKI³⁾, pracując w pragskim anatomo-patologicznym instytucie prof. CHIARI'ego, zajął się badaniem rdzeni ludzkich w przypadkach ucisku przez nowotwory kręgosłupa. Warunki, w jakich znajduje się rdzeń, uciśnięty przez rozwijający się w kręgosłupie nowotwór, podobne są do tych, w jakich znajduje się rdzeń przy sztucznie wytworzonym ucisku. W jednym z przypadków KUDREWIECKIEGO nowotworem, który ucisk powodował, był rdzeniak (*myeloma*), w drugim—śluzak (*myxoma*), w trzecim—mięsak (*sarcoma*). Spostrzegane przez KUDREWIECKIEGO we wszystkich tych przypadkach zmiany są prawie identyczne z rezultatami opisanych wyżej badań doświadczalnych. Jak tam, tak i tu zmiany wybitne występowały w uciśniętej części rdzenia i w zupełności wyłączały wszelką myśl o udziale sprawy zapalnej w ich patogenezie. Obraz anatomo-patologiczny przedstawiał w jednych miejscach napęcznienie włókien nerwowych, w innych rozpad zarówno

¹⁾ Praca znana mi tylko według cytatu u ROSENBACH'a i SZCZERBAKA.

²⁾ Die Kompressions-Myelitis bei Caries der Wirbelsäule. D-r HANS SCHMAUS. 1890.

³⁾ Zur Lehre von der durch Wirbelsäulentumoren bedingten Compressionserkrankung des Rückenmarkes. Zeitschrift f. Heilkunde. [Prag].

myelinowych otoczek jak i cylindrów osiowych, w innych zaś sprawa dochodziła do wytwarzania się w szarej substancji rdzenia jam, wypełnionych przesięciem plazmatycznym. Naczynia rozszerzone i wypełnione czerwonymi krążkami krwi. Stopień i rozmiary owych zmian zależne są od stopnia ucisku nowotworu. Co się zaś tyczy wykazania przyczyny tych zmian, to autor w tej kwestyi zupełnie się zgadza z wywodami KAHLER'a, ROSENBACH'a i SZCZERBAKA.

W ostatnim czasie wyszła z pracowni OBESTEINER'a obszerna praca DEXLER'a ¹⁾, dotycząca się podniesionej przez nas kwestyi. DEXLER badał rdzenie psów, podległe uciskowi pod wpływem pewnej sprawy nowotworowej, rozwijającej się, jak się okazuje, dość często u psów w kanale kręgosłupa. Sprawa ta, co do etyologii swej dotychczas niewyjaśniona, polega na wytwarzaniu się w jednym lub kilku stawach międzykręgowych narośli z początku chrząstkowatych, następnie kostniejących, które, wrastając w światło kanału kręgowego, doprowadzają nieraz do znacznego zwężenia tegoż kanału i powodują tym sposobem w większym lub mniejszym stopniu ucisk rdzenia. Badając powstałe w tych warunkach zmiany w rdzeniu, autor dochodzi do wniosków, które poniekąd przeczą rezultatom uprzednich badań. Autor przyznaje, że zmian charakterystycznych dla zapalenia rdzenia nie spostrzegał, lecz, że takie zmiany, jakie opisuje KAHLER [praca KUDREWIECKIEGO jest mu nieznaną], widział w zupełności tylko w nielicznych przypadkach, w większości zaś przypadków pierwotne zmiany polegały na rozroście neuroglii i dopiero wtórnie w dalszych okresach sprawy uciskowej następował rozpad elementów nerwowych. W czterech przypadkach na 26 badanych autor widział tworzenie się jam w szarej substancji rdzenia. W rezultacie dochodzi DEXLER do wniosku, że w przypadkach ucisku rdzenia mamy do czynienia z pewną odrębną formą zapalenia. Wniosek ten jednak nie został poparty żadnymi dowodami, a twierdzenia autora są tak nieraz niejasne i sprzeczne ze sobą, iż przyjmując wywodów autora niepodobna.

[D. n.]

II. O PORAŻENIU ASTENICZNYM.

[Podług odczytu, wygłoszonego w sekcyi lwowskiej Towarz. Lek. Galic.]

Przez

D-ra J. Fajersztajna,

sekundaryusza szpitala powszechnego we Lwowie.

— † —

[Dokończenie — Patrz Nr. 14].

Na osobne miejsce i szczególne uwzględnienie zasługują następujące spostrzeżenia. ERB ogłosił dwa przypadki, odpowiadające najzupełniej obrazowi astenicznego porażenia z tym tylko wyjątkiem, że w jednym z nich stwierdzono przyplaszczenie okolicy karku i żwaczy ze zmniejszoną pobudliwością elek-

¹⁾ Beiträge zur Pathologie und Pathologische Anatomie der chronischen Compressionsmyelitis des Hundes. Arbeiten aus dem Institut f. Anat. und Phys. an der Wiener Universität. 1895.

tryczną w odnośnych mięśniach, w drugim zaś wychudnięcie języka i zanik żwaczy. BERNHARDT widział również zanik mięśni karku z obniżeniem pobudliwości farado-mięśniowej w przypadku, o którym była powyżej mowa, a który to przypadek odznaczał się: 1-o) 4-letnią przerwą pomiędzy pierwszym a drugim napadem choroby i 2-o) alternacją objawów porażennych. [Przewaga objawów ocznych w przebiegu pierwszego napadu, objawów zaś opuszkowych w przebiegu drugiego]. W przypadku GOLDFLAMA [III] spotykamy się z przyplaszczaniem żwaczy, z wychudnięciem języka i obniżeniem pobudliwości faradycznej *veli palatini*. We wszystkich tych spostrzeżeniach mamy do czynienia z prostymi [nie degeneracyjnymi] zanikami.

Porównajmy powyższe spostrzeżenia ze wszystkimi innymi przypadkami astenii ruchowej, wolnymi zupełnie od wszelkich zmian odżywczo-mięśniowych, te ostatnie znów z postaciami, zdradzającymi niewątpliwy typ sprawy jądrowej, a przekonamy się, że pomimo kardynalnych różnic pomiędzy istotną *Polioencephalomyelitis a P-itis sine materia*—jakby można było nazwać porażenie asteniczne—zawartych w objawach degeneracyjnych, ustanowienie form mieszanych i niejako przejściowych byłoby może uzasadnione. Nasuwa się tu ponętne przypuszczenie, że asteniczne porażenie jest klinicznym wyrazem niedostępnych współczesnej mikroskopii zmian w komórkach jąder ruchowych, które to jednak zmiany mogą się w pewnych warunkach rozwinąć i ujawnić, umożliwiając anatomiczne rozpoznanie choroby. Przeciwno takiej hipotezie przemawia wcale nie dwuznacznie zupełnie ujemny wynik sekcyjny w przypadkach astenicznego porażenia, które się ciągnęły po kilka lat nawet, i to bez wielkich przerw w przebiegu choroby.

Bez względu na pewne trudności różniczkowo-rozpoznawcze, całość objawów astenii ruchowej stanowi jednostkę nózologiczną, której samoistność uznać musimy. Jedne z takich trudności poznaliśmy przed chwilą, widzieliśmy mianowicie, jak daleko zachodzić może podobieństwo pomiędzy astenicznym porażeniem, a rozleglejszemi sprawami jądrowemi (*P-itis chron. subac.*). Zadanie dyagnosty ułatwiłoby się jednak znakomicie, gdybyśmy się zgodzili na założenie, że zmiany odżywcze w mięśniach [amyotrofie] i zboczenia pobudliwości elektrycznej [ilościowe i jakościowe] wykluczają asteniczne porażenie. Trzymając się ściśle tego prawidła, zubożylibyśmy wprawdzie kazuistykę o kilka przypadków, tem pewniejszą jednak podporę zyskalibyśmy w pozostałych spostrzeżeniach.

Do takich należą obserwacje: 1) ERB'a, 2) WILK'sa, 3) OPPENHEIM'a, 4) EISENLOHR'a, 5) SHAW'a, 6) HOPPE'go, 7) SENATOR'a, 8) REMAK'a, 9, 10) GOLDFLAMA, 11, 12, 13, 14) PINELES'a, 15) STRUEMPEL'a, 16, 17) JOLLY'ego, 18) MAYER'a (?), 19) CHARCOT'a i MARINESCO, 20) moje ¹⁾. Do listy tej mo-

¹⁾ Niezbędne są pewne zastrzeżenia co do przypadków sub 7, 8, 18, 19. W przypadku SENATOR'a [ujemny wynik sekcyjny!] zauważono połowiczne porażenie kończyn; o wyczerpywaniu się mięśni S. wcale nie wspomina, prawdopodobnie nie zwrócono na ten szczegół należytej uwagi. REMAK opisuje typowo nużenie się języczka przy fonacji, kończyny [górne] były w tym przypadku bardzo nieznacznie dotknięte. Spostrzeżenie MAYER'a znane mi jest tylko z krótkiego referatu; o wy-

żnaby przyłączyć jeszcze, być może, jeden przypadek RAYMOND'a i jeden BERNHARDT'a [33 l. kob.]. Dodajmy tu jedno spostrzeżenie GOLDFLAMA [przyp. III.] i jedno BERNHARDT'a, o których była już wyżej mowa; bez względu na zaniki najsluszniej chyba byłoby zaliczyć je do astenicznego porażenia. Dwa również wspomniane już spostrzeżenia ERB'a muszą zająć bardziej wątpliwe stanowisko ze względu na wyższy stopień amyotrofii.

Trudność należytej oceny takich postaci chorobowych, w których objawom astenicznego porażenia towarzyszą zaniki mięśniowe, polega na tem, że zaniki jądrowego pochodzenia nie zawsze noszą wyraźne piętno degeneracyjne i nie zawsze dają się odróżnić od prostych amyotrofii. Zaniki z ilościowymi tylko zmianami pobudliwości elektrycznej bez drżenia włókienkowego i bez wzmożonej pobudliwości mechanicznej nie należą bynajmniej do rzadkości w przebiegu porażen jądrowych. Z tego powodu słusznie zwraca uwagę OPPENHEIM, że dane elektro-dyagnostyczne nie zawsze wystarczą do właściwego rozpoznania astenicznego porażenia i słusznie też poleca uwzględniać przy różniczkowaniu całość obrazu klinicznego, objawy wyczerpania, remisye i t. d.. Nie ulega wątpliwości, że cechy te zdołają najczęściej wskazać nam dobrą drogę; przebieg jednak niektórych przypadków *Pitidis* poucza, że nie można przypisywać im bezwzględnie rozstrzygającego znaczenia [KALISCHER].

Krótko mówiąc, rozpoznanie porażenia astenicznego może być uważane za pewne tylko przy zupełnym braku zaników mięśniowych, oczywiście prostych—degeneracyjne wytykają od razu właściwy kierunek—i wszelkich zmian pobudliwości elektrycznej tak jakościowych, jak i ilościowych. Nieznaczne nawet stopnie zaniku, ogarniającego choćby tylko drobną część porażonych mięśni i obniżenia oddziaływania elektrycznego budzić muszą podejrzenie, że sprawa chorobowa ma podstawę organiczną, t. j. dającą się stwierdzić dzisiejszymi środkami badania; w takich razach rozpoznanie musi pozostać w zawieszeniu do czasu przynajmniej, w którym szczęśliwy traf pozwoli zbadać anatomicznie jeden z podobnych przypadków.

Przysze badania wykażą zapewne, jaką wartość różniczkowo-rozpoznawczą posiada odczyn myasteniczny JOLLY'ego. Przypominamy tu poczynione wyżej uwagi o niestałości tego objawu w przebiegu choroby. Wypadnie stwierdzić, czy objaw JOLLY'ego nie wydarza się także w porażeniach jądrowych; można go się tu spodziewać, boć, jak widzieliśmy, odczyn JOLLY'ego jest najprawdopodobniej tylko poszczególnym przejawem chorobliwego wyczerpania się układu nerwowo-mięśniowego. JOLLY sam przypuszcza, że będzie można z czasem wydzielić trzy grupy spraw patologicznych, prowadzących do tego odczynu: 1) zanik szarych jąder, 2) połowiczne porażenia pochodzenia mózgowego i 3) cierpienia czysto mięśniowe. Punkt pierwszy był dopiero co rozpatrzony. Co się tyczy drugiego, JOLLY przypomina „odczyn wyczerpania“ (*Erschöpfungsphänomen*), opisany przez BRENNER'a i BENEDIKT'a przy pora-

niku badania drobnowidzowego była wyżej wzmianka. Spostrzeżenie *sub 19)* jest mi znanem tylko ze wzmianki umieszczonej w *Progrès médical*. z d. 2. III. 1895. (*Soc. de Biologie. Séance de 23. II. 1895*).

żeniach połowicznych. Nawiasowo wspomnę tu, że otrzymałem w kilku przypadkach porażen po udarach mózgowych zupełnie prawidłowe krzywe myograficzne.

Przypuszczenie, wypowiedziane w punkcie trzecim, opiera się głównie na doświadczeniach farmakologicznych. Protoweratryna wywołuje w mięśniach odczyn bardzo zbliżony do myastenicznego, podczas gdy weratryna, fizostygmina i digitoksyna są w stanie sprowadzić odczyn wprost przeciwny, mianowicie myotoniczny [jak przy chorobie THOMSEN'a]. Znużenie, wywołane długotrwałą pracą umysłową, sprowadza, według Mosso, objawy nadmiernie szybkiego wyczerpywania się istoty kurczliwej przy drażnieniu elektrycznym. Nieznana bliżej autointoksykacja odgrywa tu, być może, główną rolę. Podobne zjawisko—intoksykacja, względnie chorobowo zmieniony chemizm mięśniowy—stanowi, zdaniem JOLLY'ego, podstawę zaburzeń astenicznych. Wychodząc z tego założenia, tworzy JOLLY nazwę: *myasthenia pseudoparalytica gravis*. Pomimo że rozumowanie JOLLY'ego zdaje się mieć za sobą dużo słuszności, jest rzeczą wątpliwą, czy wprowadzone przezeń określenie przyjmie się na stałe. W skróconej postaci byłoby ono bardzo dogodnym; nie każdy chyba jednak zgodzi się na zawarte w niem bezsprzecznie zbyt radykalne rozwiązanie kwestyi umiejscowienia sprawy chorobowej. Dalej, nie wszystkie porażenia asteniczne mogą być podciągnięte pod rubrykę rzekomych; dodatek „pseudo“ jest tu więc niezupełnie na miejscu.

Po tych kilku uwagach, dotyczących odczynu JOLLY'ego, wracamy do rozpoznawania astenicznego porażenia. Jeżeli próby wykluczenia przewlekłych, względnie ostrych zmian w szarej substancji śródmózdzia, mostu, rdzenia przedłużonego i pacierzowego zostaną uwieńczone pomyślnym wynikiem, dalsze różniczkowanie da się już łatwo przeprowadzić. *Polioencephalitis acuta* [WERNICKE] nie wchodzi tu wcale w rachubę. Szybki przebieg, objawy psychiczne [śpiączka, zamęt], bóle głowy, wymioty i t. d.—wszystko to obcem jest zupełnie astenicznemu porażeniu. Opuszczając śródmózdzie i górną część opuszki, rozpatrzmy pokrótce ze stanowiska różniczkowo-rozpoznawczego grupę właściwych chorób opuszkowych. Ostre cierpienia opuszki (*apoplexia bulbaris, emollitio bulb.*), t. zw. porażenia rzekomo-opuszkowe (*paral. pseudobulbaris*), guzy opuszki i rozliczne sprawy patologiczne na podstawie czaszki możemy pominąć. *Neuritis bulbaris* stanowi prawie zawsze tylko część obrazu mnogiego zapalenia nerwów, całość zaś jest najczęściej tak charakterystyczna, a w każdym razie różni się tak dalece od astenicznego porażenia, że o mylnem, czy nawet wątpliwem rozpoznaniu nie może być nawet mowy ¹⁾.

Na bliższe zastanowienie się zasługuje natomiast postępujące porażenie opuszkowe, mianowicie początkowe jego okresy. Szybkie nużenie się przy mówieniu bywa często wstępem do choroby DUCHENNE'a, w niektórych przypadkach sprawa chorobowa ogarnia także ruchową część V pary—zwykle jednak dopiero w późnych okresach cierpienia; niekiedy wydarzają się znaczne nawet

¹⁾ Bardzo ciekawą kombinację: *Polyneuritis et Polioencephalomyelitis* opisał nie dawno HIGIER. Gaz. Lek. 1894. Nr. 17. 18. 19.

remisie. Drżenie włókienkowe nie zawsze da się wykazać w początkach porażenia opuszkowego, zanik zaś i zmiany elektryczne występują również dopiero w późnych okresach choroby. Dodajmy do tego, że w kilku niewątpliwych przypadkach porażenia opuszkowego stwierdzono udział górnej gałązki nerwu twarzowego [REMAK, LONDE], a w wyjątkowych razach widziano nawet opadnięcie powieki i porażenie VI pary. W takich trudniejszych przypadkach należy uwzględnić przy rozpoznawaniu wiek chorego i zwrócić uwagę na obecność lub nieobecność objawów wyczerpania w mięśniach karku, tułowia i kończyn. Stereotypowe wahania dziennne, nagłe i znaczne remisje, napadowa duszność: wszystkie te objawy stanowią bardzo cenny przyczynek różniczkowy. Niezmiernie ważnym czynnikiem rozpoznawczym jest początek i rozwój choroby. Objawy porażenne astenii ruchowej występują ostro w wielu naraz mięśniach, podczas gdy przy chorobie DUCHENNE'a zaburzenia ruchowe rozwijają się powoli i umiejscawiają się z początku prawie wyłącznie w mięśniach artykulacyjnych.

Musimy tu poświęcić chwilę uwagi mało znanemu, bo tylko z 3 przypadków EISENLOHR'a, zbiorowi objawów opuszkowych (*incl. mot. V.*) i rdzeniowych, występującemu w przebiegu tyfusu brzuszego i okazującemu pewne podobieństwo do obrazu astenicznego porażenia [zmiennność porażen, brak zaników, cech neurytycznych, udziału sfery czuciowej]. W jednym z tych przypadków znaleziono zapalenie nerwu wzrokowego. Dwa przypadki przeszły w wyzdrowienie, jeden zakończył się śmiercią. Badanie drobnowidzowe nie wykazało żadnych zmian anatomicznych, stwierdziło natomiast we wszystkich częściach układu nerwowego obecność prątka, barwiącego się metodą GAMMA. Po zaszczerpieniu cząstek mózgu i opuszki na pożywkach otrzymano hodowlę żółtego gronkowca, podobnego do gronkowca cytrynowego. EISENLOHR pojmuje całą sprawę jako zakażenie mieszane.

W końcu pozostają do omówienia dwie niedostateczne jeszcze zbadane postaci porażen mięśni zewnątrz-gałkowych. Mamy tu na myśli przypadki *ophthalmoplegiae externae* bez zmian anatomicznych [BRISROWE] i uleczalne oftalmoplegie [HOCHÉ]. Ostatnia ta postać nie posiada wprawdzie większego znaczenia różniczkowo-rozpoznawczego, nie mniej przeto zasługuje na uwagę. Uleczalność porażen, zdradzających *νευρογενή* charakter sprawy jądrowej, nasuwa podejrzenie, że istota choroby nie posiada podkładu materialnego, a tem samem, że mógłby zachodzić pewien związek pomiędzy nimi a oftalmoplegią, występującą w przebiegu astenicznego porażenia. Jest to oczywiście tylko hipoteza, na poparcie której możnaby przytoczyć, co najwyżej, spostrzeżenia, dotyczące nawrotowych porażen mięśni zewnątrz-gałkowych (*Paralysies chroniques periodiques* DUFOUR ¹⁾). Te ostatnie okazują z jednej strony podobieństwo do prostych uleczalnych porażen, z drugiej znów do porażenia astenicznego. W przypadku CAMUSSET'a pierwsze nawroty składały się z samych tylko objawów ocznych (*ophthalmoparesis externa*), późniejszym towarzyszyły objawy opuszkowo-rdzeniowe. W spostrzeżeniu DUBORS'a ²⁾ chory zmarł przy

¹⁾ Cyt. przez BERNHARDT'a.

objawach asfiktycznych; nastąpiło to dopiero przy 6-ym nawrocie porażenia nerwu okoruchowego, do którego przyłączyło się porażenie mięśni podniebienia, prawego ramienia i mięśni oddechowych. Sekcya nie wykazała żadnych makroskopowych zmian w układzie nerwowym. BERNHARDT i PINELES dopatrują się słusznie analogii pomiędzy własnymi przypadkami nawrotowych porażen [p. w.] a dwoma dopiero co wymienionymi. Nawrotowo-napadowe postacie astenicznego porażenia możnaby nazwać, według PINELES'a, w przeciwstawieniu do nawrotowych porażen nerwu okoruchowego, „rozlanem nawrotowym porażeniem nerwów czaszkowych“. Przypadek DUBOYS'a zajmuje pośrednie miejsce pomiędzy pierwszym a drugim.

Na zakończenie kilka słów o etyologii i terapii astenicznego porażenia. O pierwszej nie wiele da się powiedzieć, ponieważ nie znamy jeszcze obecnie ani źródła choroby, ani też usposabiających do niej czynników. Sądząc po naszym przypadku, możnaby powziąć podejrzenie, iż nędzne warunki materialne przyczyniają się do powstania astenii ruchowej; spostrzeżenia innych autorów dowodzą jednak, że dostatni-byt nie stanowi wystarczającej ochrony. Pewien związek z chorobami zakaźnymi [tyfusem, inflenzą] stwierdzono tylko w odosobnionych przypadkach [PINELES].

Leczenie porażenia astenicznego polega przedewszystkiem na jak największem oszczędzaniu sił. Dalsze zadanie—należyte odżywianie chorych—napotyka często na znaczne przeszkody. Przy większych zaburzeniach połykowych może się okazać potrzeba dostarczania pokarmów za pomocą zgłębnika. Zabieg ten wymaga wielkiej ostrożności, jak tego dowodzi smutne doświadczenie OPPENHEIM'a: podrażnienie gardzieli wprowadzonym zgłębnikiem wywołało śmiertelny napad duszności.

Co się tyczy właściwych środków leczniczych, podawano z pomyślnym skutkiem *tonica*, strychninę, jodek potasu i stosowano galwanizację w poprzek głowy [GOLDFLAM]. Czy jednak można przypisać leczeniu polepszenie, jakie w wielu przypadkach niewątpliwie wystąpiło, o tem wątpić należy. Sprawa chorobowa okazuje tak wielką skłonność do remisji, że trudno prawdziwie wyprowadzać wnioski o skuteczności tego czy owego środka. JOLLY rzuca myśl leczenia astenii ruchowej przetworami, wywołującymi myotoniczne oddziaływanie [weratryna, fizostygmina, digitoksyna]; leczenie to, posiadające niejaki teoretyczny uzasadnienie, zasługuje niewątpliwie na wypróbowanie

W powyższym zarysie staraliśmy się przedstawić jak najtreściwiej obecny stan nerki o astenicznem porażeniu; nad patogenezą jego nie zastanawialiśmy się bliżej, nie chcąc wkraczać w dziedzinę hipotez. Dla zaokrąglenia całości należy tu jednak koniecznie streścić zapatrywania badaczy na istotę astenii ruchowej. OPPENHEIM zalicza swoje „porażenie opuszkowe bez zmian anatomicznych“ do rzędu nerwic. GOLDFLAM skłania się ku przypuszczeniu, iż podstawą astenicznego porażenia mogłyby stanowić wpływy toksyczne. Poglądy JOLLY'ego, według którego, rdzeń sprawy polega na chorobowo zmienionym chemizmie mięśniowym [autointoksykacja?], były już wyżej rozpatrywane.

Uznając słuszność założeń JOLLY'ego, sądziliśmy wszakże, że ścisła lokalizacya nie da się obecnie żadną miarą przeprowadzić, z tego powodu nie zastosowaliśmy poleconej przezeń nazwy (*Myasthenia*). Dla uniknięcia nieporozumień zaznaczamy tu, że mówiliśmy tylko w ogólnem znaczeniu o wyczerpywaniu się, znużeniu i porażeniu mięśni, nie przesądzając wcale, czy siedliskiem tych objawów były same mięśnie, czy też ośrodki.

L I T E R A T U R A.

ERB. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd IX. — OPPENHEIM. VIRCH. Arch. Bd 108. — EISENLOHR. Neurolog. Centralblatt, 1887. — BERNHARDT Berl. klin. W. 1890. Nr. 43. — SENATOR Neurolog. Centralbl 1892. — REMAK. Arch. f. Ps. u. Nervenkrankh. Bd. XVIII. — HOPPE. Berl. klin. Woch. 1892. — GOLDFLAM. Neurol. Centralbl. 1891. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. 1893. Bd. 4. — WILKS. Guy's Hospital reports. Vol 22. — SHAV. Brain, 49. — KALISCHER. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1895. Hft. 3. 4. — OPPENHEIM. Ibidem. 1895. Hft. 5, 6. — JOLLY. Berl. kl. W. 1895. Nr. 1. — STRÜMPPELL. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte zu Baden-Baden am 2 u. 3. VI. 1894. Ref. Neurol. Centrbl. 1894. Nr. 13. — MAYER. Ref. Neur. Centralbl. 1894. Nr. 10. — PINELES. Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 13. Heft 2, 3. — RAYMOND. Gazette des Hôpitaux. 1890. Nr. 126. — HIGIER. Gaz. Lekarska. 1894. Nr. 17, 18, 19. — HOCHÉ. Berl. klin. Woch. 1894. Nr. 1894. Nr. 35.

ZE SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

III. DWA PRZYPADKI LICZNYCH ZATORÓW

(*embol*)

W PRZEBIEGU CHORÓB SERCA.

KILKA SŁÓW O T. ZW. PRAWDZIWYCH POLIPACH SERCA.

Podaj

A. Puławski.

— † = † —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 14].

Z uwagi, że sprawa zakrzepów w sercu w znanych mi podręcznikach patologii i terapii szczegółowej [VIRCHOW'a, ZIEMSEN'a, CHARCOT-BOUCHARD'a, EICHHORST'a i innych] traktowaną jest dość pobieżnie, że wreszcie zjawilo się kilka nowych prac w tej kwestyi, pozwalam sobie z okazji moich własnych przypadków powiedzieć słów kilka o tym przedmiocie.

Na sekcjach spotykamy często w sercu mniejszą lub większą ilość skrzepów krwi, wypełniających jego jamy. Skrzepy te są zawsze ruchome, t. j. łatwo oddzielające się od ścian serca, elastyczne, galaretowate, przeświecające, białej, szarej lub żółtawej barwy, wypełniają uszka, przedsionki i komórki, sięgając niekiedy bardzo daleko w światło wielkich pni naczyńiowych. Nie-

gdyś przypisywano im wielkie znaczenie kliniczne, upatrując w nich przyczynę wielu objawów chorobowych. Z biegiem czasu przekonano się, że owe „polipy serca“, jak je nazwał po raz pierwszy PIZENIUSZ [1654], żadnego klinicznego znaczenia nie posiadają, gdyż albo są wprost zjawiskiem pośmiertnym, albo też powstają podczas konania i, co najwyżej, mogą świadczyć o dłuższej lub krótszej walce ze śmiercią.

Krzepnięcie krwi w sercu może się jednak zdarzać i za życia. W pewnych miejscach chorobliwie zmienionego wsierdza, przy zwolnionej sile prądu krwi wskutek słabej działalności mięśnia sercowego lub wielkich przeszkód w krążeniu powstaje zakrzep, ściśle przylegający do śród-błonna sercowego. Z czasem zakrzep się powiększa przez nawarstwienie co raz to nowej seryi elementów krwi, dochodząc niekiedy do znacznych rozmiarów. Takie to zakrzepy przyżyciowe, przylegające tak ściśle do wsierdza, że się zwykle nie dają bez uszkodzenia tegoż oderwać, wystające do jamy serca, mało elastyczne, kruche, od czasów CORVISART'a noszą nazwę prawdziwych polipów serca. Jest to znowu termin nie odpowiadający treści, gdyż opisane twory nie a nic wspólnego z polipami [np. nosa, macicy] nie mają, ale terminu to utarty i nie naukowo wprawdzie, ale dość malowniczo rzecz przedstawiający.

Przyżyciowe skrzepy, t. j. właściwie już zakrzepy (*thrombus*) w sercu można podzielić na następujące grupy ¹⁾, które zresztą bez ścisłych granic mogą przechodzić jedna w drugą:

1) zakrzepy małe przyścienne, wewnątrz rozmiękczone, podobne do torbieli (*végétations globuleuses* LAENNEC),

2) zakrzepy większe, zajmujące często całe odcinki serca, szczególnie uszka i przedsionki,

3) zakrzepy z trzonem (*gestielte Her:thromben*), czyli polipy serca w ściślejszym znaczeniu tego słowa,

4) zakrzepy wolne, t. j. nie znajdujące się w związku ze ścianami serca, swobodnie pływające w prądzie krwi [zakrzepy kuliste—*Kugel-thromben*].

Najwięcej znany, bo najczęściej spotykany jest pierwszy rodzaj zakrzepów. Zdarzają się one głównie u ludzi zmarłych na przewlekłe choroby [najczęściej u suchotników]. Spotykamy je najczęściej między beleczkami (*trabeculae*) w prawym przedsionku, zwłaszcza pomiędzy mięśniami grzebieniastymi (*musc. pectine*), albo przy wierzchołku w prawej komórce. Wielkość ich waha się od grochu do orzecha laskowego, barwa biała, żółtawa lub czerwonawa; wewnątrz również jest białe lub brudno-żółte [pod drobnowidzem rozpad tłuszczowy]. Według VIRCHOW'a, tylko wyjątkowo znajdujemy zmiany zapalne w tych częściach wsierdza, do których one przylegają; według COHNHEIM'a, takie zmiany są konieczne dla ich powstania. Przy słabem działaniu serca opróżnianie małych zakątków między beleczkami jest niepełne. Wskutek tego powstają małe skrzepy krwi, z których następnie przez nawarstwianie włóknika tworzą się „kuliste wegetacje“, ulegające z czasem przemianom

¹⁾ W. HERTZ. Ueber aeltere Thrombenbildung im Herzen [Deut. Arch. für klin. Med. 1885. Band. 37 str. 74 i następn.]

wstecznym, począwszy od środka. Zakrzepy te mogą być punktem wyjścia dla zawału w płucach lub zatorów w wielkiem krążeniu u osobników wycieńczonych.

Druga grupa zakrzepów zbliżoną jest co do wielkości i kształtu do skrzepów pośmiertnych, różni się od nich ściśłem przyczepieniem do ścian serca, jak również suchością i łamliwością swojej substancji, która zależnie od czasu trwania przedstawia nieraz wyraźne uwarstwienie. Niekiedy widzimy na takich zakrzepach poczynającą się organizację i tworzenie się naczyń. Barwa takich zakrzepów zwykle jest szaro-żółta lub biaława, kształt najrozmaitszy. Niekiedy zakrzep przedstawia się w postaci polipa, który się rozgałęzia od uszka sercowego do przedsionka, przenika przez *ostium atrio-ventriculare* do odpowiedniej komórki, a nawet do światła którego z wielkich pni naczyńniowych [przypadek RINDFLEISCH'a]. Najczęstszem siedliskiem tego rodzaju zakrzepów są oba uszka sercowe, zwłaszcza też prawe. Przyczyna powstawania takich zakrzepów jest ta sama, co wszystkich zakrzepów charłacznych (*marastische Thromben*): osłabiona działalność serca, zmiany w ścianach tegoż. Spotykamy je najczęściej przy wadach zastawki dwudzielnej, zapaleniach mięśnia sercowego i chorobach zakaźnych [tyfus, reumatyzm]. Objawy kliniczne takich zakrzepów są w zupełności zaciemnione przez objawy głównego cierpienia serca. GERHARDT jakoby miał rozpoznać w dwóch przypadkach obecność takich zakrzepów, opierając się na obecności zawału krwotocznego [infarktu] w płucach i szmerów przy ujściu wielkich naczyń, zależnych od ucisku wypełnionego zakrzepem uszka.

Zakrzepy z trzonem (*gestielte Thromben*) stanowią zupełnie oddzielną grupę, różniącą się od LAENNEC'owskich vegetacji wielkością, która niekiedy dochodzi do rozmiarów jaja kurzego, dalej tem, że się znajdują nie grupami, lecz pojedynczo, wreszcie miejscem przyczepu [powierzchnia przedsionków]. Od drugiej grupy różnią się swą postacią, mianowicie wyraźnym trzonem, jak również swoją organizacją. Tego rodzaju zakrzepy, którym najwięcej odpowiada termin polipów serca, zdarzają się nie często. W niedawno wydanej monografii PAWŁOWSKIEGO ¹⁾, który zebrał wszystkie opisy z bieżącego stulecia, znajdujemy łącznie z opisem przypadku samego autora wszystkiego 25 przypadków tego rodzaju zakrzepów. Na zasadzie tych opisów autor podaje pewną ogólną charakterystykę interesującej nas sprawy.

Postać „polipów“ bywa różnorodna: autorzy przyrównują ją do jajka, gruszki, małego serca, ostrosłupa, kuli. Wielkość waha się pomiędzy orzechem laskowym a jajem kurzem. Wszystkie polipy, z małymi wyjątkami, osadzone były na trzonie [stąd nazwa *gestielte Thromben*], który jest dalszym ciągiem wsierdzia i tak się rozgałęzia wewnątrz polipa, jak ścięgno w mięśniu. Prawie zawsze polipy pokryte są delikatną błoną, która również jest dalszym ciągiem wsierdzia i posiadają pewien stopień organizacyi. W przypadku, opisanym

¹⁾ R. A. PAWŁOWSKI, ord. Arzt am Roschdenastwenski Hospital in St. Petersburg. Ueber Herzthromben. Gestielte Thromben oder „wahre Polypen des Herzens“. — Zeit. f. klin. Med. 1894. 16 B. 5 i 6 H.

przez WILKINSON'a KING'a [1845], udało się przez tętnice wieńcowe nastrzyknąć naczynia, które się rozgałęziały w polipie; w innych przypadkach tego samego autora tego się zrobić nie udało. W niektórych polipach znajdowano odkładanie się soli wapiennych, w innych zwyrodnienie torbielowate (*cystoïde Entartung*). W 2 przypadkach znajdowano polipy w lewej komórce, w 4 w prawym przedsionku, w pozostałych 19—w lewym przedsionku, który jest najczęstszym miejscem tworzenia się polipów, tak samo, jak w tymże przedsionku najczęstszym miejscem przyczepu polipa jest przegroda, mianowicie okolica otworu owalnego (*foramen ovale*), podczas gdy w podręcznikach za takie miejsce uważa się uszko.

Polipy znajdowano zarówno u ludzi pozornie zdrowych, jak i osłabionych. W większości przypadków notowano pewne określone lub nieokreślone dobrze cierpienie serca, w niektórych jednak przypadkach żadnego cierpienia serca nie konstatowano.

Co się tyczy objawów klinicznych, nie stanowczego powiedzieć się nie da, gdyż w każdym danym przypadku trudno jest powiedzieć, co zależy od obecności polipa, a co od towarzyszącego najczęściej cierpienia serca. We wszystkich opisach uderza jednak okoliczność, mianowicie brak objawów zatorowych, których się *a priori* przy zakrzepach w sercu spodziewamy. Przypadek PAWŁOWSKIEGO, w którym notowano zawały w śledzionie i nerkach należy do wyjątkowych.

Jeżeli który z wyżej opisanych zakrzepów zostanie z jakiegokolwiek przyczyny oderwany od miejsca swojego przyczepu i uniesiony prądem krwi, wówczas, o ile nie spotyka na swej drodze przeszkody, przechodzi przez odpowiedni otwór zastawkowy z przedsionka do komórki i stamtąd do ujścia tętnicy płucnej lub aorty, powoduje zatkanie któregośkolwiek z rozgałęzień tych naczyń.

Inaczej rzecz się ma, jeżeli oderwany zakrzep jest zawielki, ażeby się mógł przesunąć przez otwór, albo też jeżeli otwór ten jest zwężony. W takim razie zakrzep oderwany od swej podstawy nie może opuścić danego odcinka serca, tylko pozostaje w nim, jako swobodne ciało obce, nieustannie poruszane przez przepływającą falę krwi. Wskutek tego ruchu wirowego zakrzep przybiera postać kuli, której objętość stopniowo zwiększa się przez przyleganie nowych pokładów krwi. Tego rodzaju zakrzepy [2 przypadki] opisał po raz pierwszy v. REKLINGHAUSEN [1883] w *Handb. der allgem. Pathologie* i dał im nazwę kulistych (*Kugelthromben*). Do roku 1893 opisano w literaturze 10 przypadków zakrzepów kulistych w sercu ¹⁾. Zakrzep kulisty może, według HERTZ'a (*l. c.*), działać na podobieństwo kłapy kulistej (*Kugelventil*), która jest w stanie chwilowo zatykać jedno z ujść (*ostium*). Tak było, zdaje się, w przypadku MACLEOD'a, opisanym przez HERTZ'a (*l. c.*), gdzie zakrzep kulisty zatkał chwilowo ujście tętnicy płucnej, nie powodując jednak natychmiastowej śmierci, tylko wywołując groźne objawy, które upoważniały autora do rozpoznawa-

1) P. STANGE. Ueber einem Fall von Kugelthrombus im Vorhoff des linken Herzens. Inaug. Dissert. Berlin. 1893. Podana literatura przedmiotu.

nia zatoru tej tętnicy. W 4 przypadkach ZIEMSEN znalazł ograniczoną zgorzel kończyn dolnych, która mogła zależeć albo od oderwania się cząstki zakrzepu, albo też od zakrzepu miejscowego, powstałego wskutek wysokiego stopnia niedokrwistości, spowodowanej przez zatkanie tętnicy głównej.

Rozpoznanie za życia zakrzepu kulistego, jak i wszelkiego innego, jest wprost niemożliwym wobec tego, że maskuje go towarzysząca zwykle wada serca i możliwość otrzymywania tych wszystkich objawów, które powoduje zakrzep, bez istnienia tegoż.

W moich przypadkach zakrzepy zajdywały się w lewym uszku i należały, a przynajmniej najwięcej były zbliżone do drugiej grupy w klasyfikacji HERTZ'a. W przypadku pierwszym zakrzep miał charakter zakaźny, co się klinicznie wyrażało przez towarzyszące całej sprawie dreszczyki, gorączkę typu nieregularnego i szybkie gnicie dotkniętych zgorzelą kończyn.

IV. O NAJGŁÓWNIJSZYCH ZADANIACH TERAPII I JEJ SPRAWNOŚCI.

Napsal

II. Nusbaum.

— † — † —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 14].

Co się tyczy środków przeciwbólowych farmakodynamicznych, ograniczymy się tylko do niektórych uwag. Morfina naturalnie i makowiec są to najprzedniejsze środki przeciwbólne, tak jak chloral jest bezwarunkowo najkapitałniejszym środkiem nasennym. Znam bardzo wielu światłych i dzielnych lekarzy, z którymi nie mogę się zgodzić w zapatrywaniu na wskazania do użycia wyż wymienionych środków. Zdaniem naszym, jeśli pewne cierpienia zależą od procesów, które wprawdzie dają się usunąć, lecz po dłuższym dopiero czasie, należy przedewszystkiem same cierpienia usunąć. Otóż, wielu lekarzy nie uznaje tej potrzeby: mają oni pewien wstręt do podawania wspomnianych wyżej narkotyków wogóle i żywią przesadną i nieumotywowaną faktami opinię o szkodliwości w mowie będących środków ze stanowczą, zdaniem naszym, krzywdą chorych.

Rozumowania lekarzy tych mają tylko pozór racjonalny: opierają się na dedukcyi, ale w rzeczywistości krytyki nie wytrzymują.

Przy ostrych np. niezbytach dróg oddechowych, w których kaszel dręczy chorych, odbiera sen w nocy, nabawia nieznośnego bólu mięśni oddechowych, zwłaszcza przepony, jest bardzo wskazanem, niezależnie od innych zabiegów terapeutycznych, podanie narkotyku czy to pod formą morfiny, czy kodeiny. Jest wielu przeciwników przepisywania środków tych przy kaszlu, zależnym od ostrych niezbytów dróg oddechowych: twierdzą oni, że racjonalniej jest raczej pobudzać ekspektorację, aniżeli powstrzymywać tyle pożyteczne w przebiegu danej choroby odruchy kaszlowe.

Biorąc rzeczy powierzchownie, mają ci panowie rację, ale zważywszy, że mamy tu do czynienia bardzo często z nadeznością błony śluzowej krtań, że tych odruchów przy zwykłych nieżytach jest za wiele, że podnoszą one jeszcze bardziej drażliwość błony śluzowej, że zmuszają mięśnie oddechowe do nadmiernej pracy, przez co wywołują nieznośne bóle mięśniowe, które znowu sprawę wykrztuszania utrudniają, zważywszy dalej, że podawanie kilkakrotne dziennie po jakiejś $\frac{1}{12}$ grana morfiny, lub $\frac{1}{4}$ grana kodeiny nie usuwa wcale w zupełności aktu wykrztuszania, ale czyni je rzadszem znacznie, mniej bolesnem i wyzwala odruch ten wtedy tylko, kiedy istotnie dostateczna ilość wydzieliny się nagromadziła, zważywszy wreszcie, że obserwacja uczy nas, że przynosimy prawdziwą ulgę chorym, bez przedłużania przebiegu choroby, podając im w formie będącej środkami, musimy obawy przeciwników stosowania środków narkotycznych w nieżytach dróg oddechowych uznać za płonne, motywy ich za niewytrzymujące krytyki.

To samo odnosi się do pewnych ostrych zaburzeń, dotyczących przewodu pokarmowego. Gwałtowny ból kiszkowy jest zawsze wskazaniem do podania odpowiedniej ilości makowca, nawet wobec znacznych zaległości kałowych w kiszce grubej; najczęściej po przejściu pierwszego spazmu kiszkowego wypróżnienie pożądane występuje po pewnym czasie samodzielnie pomimo podanego na razie makowca, albo też dopiero po daniu odpowiedniego środka czyszczącego, z którym stanowczo wstrzymać się należy, aż środek narkotyczny zmniejszy nadmierną drażliwość błony śluzowej. Wielu terapeutów przesadza stanowczo, nawet w przypadkach ostrych zaburzeń kiszkowych [cho w przewlekłych, przesada ta aż nadto jest widoczną] potrzebę stosowania środków czyszczących, a zbytnio, bez dobrej racji, unika stosowania przetworów makowca, na czem przedewszystkiem chory traci, przez przedłużanie się dotkliwych bólów, które bez szkody istotnej mogłyby istotnie w wielu razach być niemal jak gdyby ręką odejmowanymi. Tak samo zupełnie, jak przy zadrażnieniach dróg oddechowych, odruch kaszlowy występuje daleko obficie i silniej, niż tego dla wyrównania sprawy patologicznej potrzeba i dobrze czyni lekarz, który ten pożyteczny wielce skąd inąd odruch miarkuje, tak samo ruch robaczkowy kiszki bardzo pożyteczny, gdy się nieco wzmoże przy pewnych zaburzeniach kiszkowych, często potrzebną miarę wzmożonej energii przechodzi, sprawia choremu gwałtowne cierpienia, osłabia go i dobrze czyni lekarz, który odpowiednimi dawkami makowca i nadrażliwość nerwów czuciowych kiszki i nadmierną czynność gładkich włókien mięsnych ścian ich miarkuje. Samo się przez się rozumie, że podawanie narkotyków zarówno przy bronchicie, jak przy kolce pleurytycznej, zarówno przy bólach gwałtownych kiszkowych, jak i przy bolesnych wydymaniach lub wprost przy biegunce, nie wyłącza zabiegów, dążących innemi drogami do wyrównania istniejących zaburzeń.

Wogóle trzy główne zarzuty zwykło się stawiać stosowaniu morfiny lub makowca.

1) Ujemne działanie tych środków na sprawę trawienia. Wiele środków leczniczych wpływa do pewnego stopnia ujemnie na sprawę trawienia, co nieprzeszkadza wcale, i słusznie, szerokiemu ich w terapii stoso-

waniu, że tylko przytoczymy chininę, jodek potasu i t. d.. Wpływ ten mniemany przetworów makowca, jako przeciwwskazanie do stosowania tych środków, jest po prostu przesadą. Nikt wszakże nie radzi podawać makowca do żołądka w chwili, gdy się odbywa trawienie. Co się zaś tyczy zaparcia, wywoływanego przez makowiec, to musimy zauważyć najprzód, że zaparcie [u histeryczek, neurasteników, blednicą dotkniętych i t. d.] jest niezadko natury spazmatycznej, a podawanie większej ilości makowca przyczynia się raczej w takich razach do unormowania wypróżnień kiszkowych, w innych zaś razach połączenie z opiatami belladony, nie zmniejszając przeciwbólowego działania tamtych, zmniejsza hamujący ich wpływ na ruch robaczkowy; pomijamy wreszcie możność przeciwdziałania jakimikolwiek bądź środkami obstrukcyjnemu wpływowi opiatów.

2) Makowiec i jego przetwory działają ujemnie na ośrodki nerwowe i na innerwację serca. Wzgląd ten zasługuje na uwagę istotnie przedewszystkiem u dzieci i o tem każdy klinicysta winien pamiętać. Działanie ujemne na układ nerwowy, to okoliczność bardzo względna. Nikt nie wątpi o leczniczem wpływie makowca w wielu formach melancholii, w tym przeto razie nie ujemnie, ale dodatnio na układ nerwowy wpływa w mowie będący środek. Co zaś bardziej ujemnie wpływa na żywotność układu nerwowego, czy szalone bóle, lub dokuczliwe, długotrwałe cierpienia, czy kojący wpływ opiatów — to pytanie, na którego pierwszą połowę trzeba odpowiedzieć twierdząco. Odnośnie do działania ujemnego na serce, zwłaszcza u starców, to rzecz bardzo względna. Naturalnie, że tam, gdzie mamy do czynienia z bardzo upośledzoną działalnością serca, będziemy z podawaniem opiatów ostrożniejsi, ale i ta ostrożność odnosi się przedewszystkiem do wstrzykiwań podskórnych morfiny, przy których niespodziewanie nastąpić może reakcja. Przepisując wszakże środek do wewnątrz, można dokładnie obserwować tolerancję organizmu i dowóz morfiny kontynuować lub przerwać we właściwym czasie. Obecnie zwłaszcza, gdy posiadamy takie środki, jak: naparstnica, strofant, łatwo rozpuszczalne sole kofeiny, możemy spokojnie, przez łączenie środków tych z morfiną, tę ostatnią bez niebezpieczeństwa ludziom nawet posuniętym w latach przepisywać. Jakież to zbawczy środek, np. przy strasznem uczuciu duszności, bez względu na jej źródło [cierpienie serca, nerek, płuc], a czyż nie jest prawdziwą nieludzkością ze strony lekarza pozbawianie chorych tak dnieślej ulgi.

3) Można narazić chorego na przyzwyczajenie się do środka. Zarzut to pełen naiwności, który by można z równą racją zastosować do przepisywania mocnych win i koniaków u tyfusowych lub cierpiących na gruźlicę przewlekłą płuc; wszakże alkoholizm jest nie mniej ciężką chorobą, niż morfinizm. Niewłaściwe stosowanie każdego środka może się stać mniej lub więcej zgubnem. Morfinizm przedewszystkiem występuje tylko w szczególnych warunkach: najczęściej u histerycznych osobników, dalej prawie tylko tam, gdzie stosuje się morfinę pod postacią wstrzykiwań podskórnych, wreszcie tam, gdzie niebacznie pozostawia się do dyspozycji w mowie będący środek samemu choremu lub niepowołanym osobom. Od stosowania rozsądnego morfiny do wewnątrz, a tem mniej makowca nie dochodzi się ani do morfinizmu, ani

do opiofagii. W praktyce mojej od lat kilkunastu stosuję *larga manu* przetwo-
ry makowca, a ani jednego przypadku morfinizmu nie mam na mojem sumieniu.
Morfinizm jest zresztą cierpieniem przewlekłym i nieuleczalnym, a są takie sta-
ny ciężkich cierpień, w których: 1-o choćby groził rozwój morfinizmu, nie mniej
jest wskazanem stosowanie morfiny, z tem przygotowaniem, że będzie czas ra-
chowować się z tą nową chorobą, jeżeli istotnie się pojawi; 2-o zejście śmiertelne
jest dużo bliższe, niż moment, w którym mógłby zacząć się rozwijać morfinizm,
np. w przypadkach dla zabiegu chirurgicznego nieprzystępnych nowotworów
złośliwych, przyczyniających straszne cierpienia; 3-o ludzi bardzo starych, dot-
kniętych szalonymi bólami, np. pochodzenia artrytycznego, godzi się raczej na-
razić na morfinizm, który ani będzie miał czasu rozwinąć się dostatecznie, ani
nie zmniejszy sprawności życiowej ustroju, którego starość sama dostatecznie
już jakiegokolwiek sprawności życiowej po za mizerną wegetacją pozbawia.

To samo, co dotyczy stosowania środków narkotycznych, znieczulających,
odnosi się do środków nasennych. Zbytecznym zaznaczać, iż bezsenność do
największych wypadów zaliczyć męczarni. Doświadczenie przekonało mię, iż
można daleko bardziej *larga manu* stosować środki nasenne nie tylko bez szko-
dy, ale z prawdziwym pożytkiem chorego, aniżeli to jest w powszechnem mnie-
maniu. Odnosi się to zarówno do opiatów, jak i do najpewniejszego z nasen-
nych środków do chloralu. Przyznaję się, iż sam obawiałem się dawniej bar-
dzo tego potężnego somniferu. Widziałem wszakże fakty, że uciążliwa bez-
senność w przebiegu miażdżycy naczyń, zwalczana prawie codziennie przez
długi szereg tygodni podawaniem chloralu, mijala zupełnie, przyczem chloral
nie pozostawił śladów jakiegokolwiek upośledzenia ustroju, chory przy jedno-
czesnem systematycznym zażywaniu jodku potasu i odpowiednich zabiegach
hygieno-terapeutycznych poprawił się bardzo i dotąd [2 lata po owej bezsenno-
ści] żyje. W innym przypadku prawdopodobnego nowotworu mózdzku, u czło-
wieka 60-kilko-letniego, trapionego przytem uporczywą bezsennością, widzia-
łem stosowany jako skuteczny środek nasenny chloral w małej, co prawda, daw-
ce [10 gran], ale z dodatkiem $\frac{1}{2}$ grana morfiny, przez rok okrągły z bardzo
rzadkimi przerwami, bez żadnej widocznej ujmy dla organizmu.

Nie zachęcam wcale do lekceważenia ścisłego rachowania się z podawa-
niem środków nasennych, ale pamiętać trzeba i o tem, że nie mniejszym
wrogiem żywotności ustroju, niż morfina, makowiec, chloral
i t. d., jest gwałtowne cierpienie lub długotrwała bezsenność.

Kilka ogólnych jeszcze uwag dotyczących stosowania silniej działających
środków przeciwbólowych i nasennych:

1) Jeżeli pewne cierpienia zależą od spraw, które wprawdzie dają się
usunąć, lecz po dłuższym dopiero czasie, należy niezależnie od zwalczania spra-
wy chorobowej samo cierpienie zwalczać. Wskazanie zawsze podyktowa-
nem będzie przez stosunek wielkości cierpienia do prawdopodobnego trwania
choroby.

2) W przypadkach, w których sama sprawa chorobowa jest natury nie-
uleczalnej, a cierpienia są wielkie, trzeba z całą energią zwalczać te ostatnie.

3) Samo się przez się rozumie, iż w doborze środków przeciwbólowych należy, o ile można, rozpoczynać od stosowania środków najmniej energicznie wnikających w gospodarstwo fizjologiczne ustroju. Niewątpliwie, że kąpiel letnią jako środek nasenny trzeba zastosować przed chloralem lub makowcem, a brom przed temi ostatnimi i t. p..

4) Uważałbym jeszcze za właściwe przypomnieć, że bardzo małe dawki środków uspakajających działają podniecająco, drażniąco; okoliczność ta, mojem zdaniem, niejednokrotnie w niewłaściwym świetle przedstawia lekarzom mniemaną nietolerancję danego osobnika dla danego środka.

Wspomnieliśmy wyżej, wymieniając kategorie czynników, usuwających cierpienie, o sugestyi, trzeba by się raczej wyrazić: o czynnikach psychicznych. Nie wiem, czy dostatecznie uprzytomnia to sobie każdy lekarz, że ból wszelki, że każde cierpienie, to funkcyja duchowa, bez względu na źródło powstawania. Cierpienie to nic innego tylko szczególna forma świadomości. Jest to szczególna, wyjątkowa cecha tego wielkiego szeregu zjawisk patologicznych, które nazywamy objawami subiektywnymi w przeciwstawieniu do innych. Przykurczenie palca może mieć swe źródło w zaburzeniu chorobowem danej gałązki nerwowej, danej kostki, danego ścięgna tegoż palca i tu to zaburzenie się ogranicza, może też zaburzenie to dotyczyć odpowiedniego mięśnia, nerwu lub kości powyżej samego palca, może też polegać na zaburzeniu w mleczu pancerzowym, a wreszcie i w samej korze mózgowej. Ale najłżejsze uczucie klucia, tętnienia, swędzenia i t. d. na końcu palca, bez względu na powodującą je przyczynę, polega na współczynności chorobowej danego ośrodka mózgowego. Jest to prawda elementarna, ale często za mało ją sobie uprzytomniamy. Gdy każde cierpienie fizyczne jest czynnością duchową, czyż nie jest łatwem do zrozumienia, że wpływy duchowe, mogą w wysokim stopniu na czynności te modyfikująco oddziaływać.

Tak jak praca danego mięśnia nie jest-li wyrazem natężenia bodźca woli, ale zależy od stopnia odżywienia i budowy danego mięśnia — atleta przy słabem natężeniu woli dokonać może wielkiej pracy mięśniowej, człowiek o wątłych mięśniach przy takim samym natężeniu duchowym będzie bezsilnym i dopiero siła pracy jego mięśniowej wzrośnie przy niepomierzem wzmożeniu się bodźca duchowego — tak samo praca danego terytorium uczuciowego nie jest-li wyrazem natężenia bodźca na obwodzie, ale zależy od tkliwości i pobudliwości elementów nerwowych tegoż terytorium. Tegoż samego natężenia ucisk mechaniczny wywoływać może u różnych osobników i u danego osobnika w różnych czasach bardzo różne pod względem natężenia uczucie bólu. Z tego wynika, że nie zmieniając nic w istotnej przyczynie powodującej ból, ale wpływając na pobudliwość duchową, jesteśmy w stanie modyfikować subiektywne uczucie bólu.

Samo trwanie danej sprawy drażniącej na obwodzie, wywołując przymusową, długotrwałą nadczynność danego ośrodka mózgowego, może wprawić ośrodek ten w stan zwiększonej tkliwości, tak, że natężenie sprawy bólotwórczej może pozostawać w mierze, a niemniej uczucie bólu może stopniowo się

wzmagać i błędnie pozorować wzmaganie się istotne zaburzenia chorobowego, będącego źródłem bólu.

Zaburzenie chorobowe na obwodzie mogą uleść wyrównaniu zupełnemu, a raz wyprowadzona z równowagi czynność ośrodka czuciowego może trwać w chorobowym nadmiarze i pozorować błędnie trwanie sprawy, która była jej źródłem, jakkolwiek sprawa ta dawno już się skończyła.

Są to wszystko okoliczności, które lekarz-praktyk powinien mieć na uwadze, okoliczności, które uwydatniają pewną samodzielność czynności duchowej przy zależności ich od zaburzeń chorobowych, związanych z cierpieniami i które wskazują zarazem doniosłość czynników duchowych dla terapii w sprawie usuwania cierpień. Uspakajanie chorego, budzenie i wzmacnianie w nim nadziei, wszczepianie w duszę jego przeświadczenia o rosnącej poprawie, wzmacnianie wiązaniem wniosków o poprawie z wynikami zabiegów leczniczych, które mogą mieć niewielką, albo bardzo wielką istotną doniosłość leczniczą: oto są drogi, które lekarz racjonalny i humanitarny wspierać będzie bardzo skutecznie usiłowania swoje terapeutyczne, trzymając się jednak z daleka od efektywnych bez wątpienia nieraz, ale kłamliwych, niemoralnych, bo szkodę istotną duszy przyczyniających i bałamucących poczucie prawdy, sztuczek szarlatanerskich.

„Sunt verba et voces, quibus hunc lenire dolorem
Possis, et maguum morbi deponere partem“.

Suggestyą na jawie nigdy pogardzać nie należy, hypnozy dla celów suggestywnych o tyle się strzedz, o ile z góry można przypuścić jej nieskuteczność, a tembardziej niepożądane hypnozy następstwa.

Kończymy rozdział ten przypomnieniem, że kojenie cierpienia jest najwłaściwszym zdaniem terapii, a samo cierpienie najdonioślejszym zjawiskiem na ziemi i przechodzimy do 4-go zadania terapii, którym jest: usuwanie choroby.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

28. Gołownik. O przedostawaniu się wibryonów cholerycznych do jaj kurzych.

Przenoszenie cholery za pomocą pokarmów stwierdzonem zostało oddawna. Jaja kurze uważano za najniewinniejsze pod tym względem. Ostatnimi czasy WILM szeregiem doświadczeń dowiódł, że i jaja kurze mogą być pośrednikiem w szerzeniu epidemii cholerycznej. Autor powtórzył doświadczenia W., zmodyfikowawszy nieco metodę postępowania poprzednika.

Świeże jaja po starannem oczyszczeniu i zdezynfekowaniu powierzchni, G. umieszczał w naczyniach z bulionem, używanym zwykle do hodowli. Do bulionu dodawał 24-godzinową hodowlę [bulionową] cholerycznych pasożytów. Następnie naczynia z jajami wstawiał na jedną dobę do termostatu, później zaś pozostawiał je na czas pewien przy temperaturze pokojowej. Po upływie

24 godzin na powierzchni bulionu dostrzedz było można charakterystyczne kolonie przecinkowców cholerycznych. Po wyjęciu jaj z bulionu, w którym pozostawały 2—10 dni, znowu powierzchnię ich oczyszczono, a po opaleniu i rozbiciu wyjałowioną pensetą skorupy jaja, autor wkuwał w białko igłę platynową i stąd zakładał hodowlę na żelatynie, później zaś zawartość jaja wylewał na wyjałowione płytki PERRI'ego, osobno białko, osobno żółtko. Zarówno z białka, jak i z żółtka robiono hodowle na płytkach. W hodowlach tych stwierdzono przecinkowce cholery,

Druga serya doświadczeń polegała na tem, że autor umieszczał jaja nie oczyszczone w naczyniach z drobno posiekaną słomą i trocinami.

Po zmoczeniu słomy i trocin hodowlą cholerycznych wibryonów, pozostawiono naczynia z jajami otwarte przy temperaturze pokojowej. Na 3-ci dzień przy badaniu jaj autor znajdował jednocześnie z cholerycznymi wibryonami i inne pasożyty, prątki i koki. Domieszka ostatnich pochodziła prawdopodobnie z nieoczyszczonej powierzchni jaj.

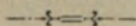
UFFELMANN, znalazłszy bakterye w jajnikach i jajowodach kury, utrzymuje, że zarażenie jaj może mieć miejsce już w ustroju kury.

Powyższe doświadczenia dowodzą: 1) iż w czasie epidemii cholerycznej kury zarażać mogą przecinkowcami swe jaja przed zniesieniem; 2) że z zanieczyszczonej wypróżnieniami chorych słomy i trocin, w których zwykle przevożą się jaja na targi, zarazek z łatwością przedostawać się może do jaj.

(Wrac. Nr. 7, 1896).

Leon Gosztowt.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE,



Posiedzenie z dnia 25. II. 1896.

1) JAKOWSKI demonstrował sekwestr płucny długości 10 ctm., szerokości 5 ctm. i grubości około 1,5 ctm., powstały przy zgorzeli płuc i usunięty przez СЛЕПХОМСКИЕГО na drodze torakotomii.

2) Prof. KOSIŃSKI przedstawił chorą 28-letnią, w 6-ym miesiącu ciąży z olbrzymio powiększonymi gruczołami sutkowymi i sutką dodatkową z prawej strony. Rozrost sutek stale towarzyszy każdej ciąży chorej, a znika stopniowo po porodzie. Obecna ciąża jest czwartą z rzędu. Przekłucie próbne gruczołu dodatkowego dało tylko nieco krwi. Prof. K. przypuszcza w danym przypadku istnienie nowotworu rozlanego, może mięsaka i zamierza usunąć zupełnie gruczoły sutkowe po rozwiązaniu ciąży.

W dyskusji prof. BRODOWSKI zaznacza, że podobny rozrost zależeć może od *lipoma parvi-cellulare*, *adenoma*, *fibroma molluscum*. Przeciw mięsakowi przemawia brak owrzodzeń, które zawsze znaleźć można na szybko powiększających się sarkomatach. W danym przypadku najprawdopodobniej przyczyną powiększenia sutek jest *angio-lymphoma*.

JASIŃSKI przypomina, że w № 1 „Przeglądu chirurgicznego“ opisał przypadek podobny, jeden z 7 czy 8 znanych w literaturze; badanie anatomo-patologiczne nie było w żadnym z tych przypadków przeprowadzone.

ZIELIŃSKI EDWARD zna z opowiadania kol. KRZYŻEGO przypadek zupełnie analogiczny, gdzie rozrost sutek występował nie tylko w czasie ciąży, ale w mniejszym stopniu przy każdym miesiączkowaniu. Zmniejszające się gruczoły nie wracały jednak do pierwotnej objętości, ale pozostawały za każdym razem nieco większymi.

3) HIGIER przedstawił chłopca 11-letniego, pochodzącego z rodziny zdrowej i niedotkniętego żadnym cierpieniem ustrojowym, u którego przed rokiem w kilka dni po nieznacznym urazie wystąpił bardzo skomplikowany zbiór objawów: zawroty i bóle głowy, wymioty, zez, dwojenie, chód chwiejny z zataczaniem się. Przedmiotowo stwierdzono *hemiparesis sin.* całej połowy ciała, przy zachowaniu czuciu, wzmoczenie odruchów kolanowych, *clonus pedis*, *paralysis n. abducentis d. et tri.* Po kilku tygodniach przyłączyły się do powyższych objawów nieznaczne zaburzenia w połykaniu i osłabienie zmysłu termicznego na lewej połowie ciała. Objawy te zaczęły z czasem słabnąć i znikać, w końcu pozostało jedynie wzmoczenie odruchów kolanowych z obu stron. W tym czasie chory leżał przez kilka tygodni na oddziale kol. GAJKIEWICZA. Po miesiącu poprawy cierpienie wystąpiło znowu, lecz z odmiennymi objawami: niedowład, tym razem wyraźniejszy, zajmował prawą połowę ciała; towarzyszyło mu osłabienie czucia; lewa połowa ciała lekko obrzmiała, sinawa i zimna na dotyk; porażenie *n. abducentis* z lewej strony; chód spastyczno-mózdkowo-hemiplegiczny; mowa nosowa; *incontinentia urinae*; tętno przyspieszone przy ciepłocie ciała normalnej. Wykluczając rozmaite cierpienia mózgowie, które mogłyby dać podobne objawy, H. skłania się ku przypuszczeniu, że ma do czynienia z *encephalitis pontis haemorrhagica*. Zapalenie to bywa następstwem wylewów włosowatych w istocie szarej, a rzadziej białej dotkniętej części mózgowia i zazwyczaj pozwała na rokowanie pomyślne.

W dyskusji RYCHLIŃSKI wypowiada zdanie, że po wylewie krwawym w moście musiałyby nastąpić w krótkim czasie zwyrodnienie wstępujące, a może i zstępujące, w danym razie włókien czuciowych. Przypuszcić należy raczej u chorego przedstawianego nowotwór, który uciskał pewną okolicę mostu i mózdku, a następnie zmienił kierunek swego wzrostu.

KORNIŁOWICZ sądzi, że w danym przypadku nie należy wykluczać histeryi.

JASIŃSKI, zgadzając się ze zdaniem KORNIŁOWICZA, przemawia przeciw rozpoznaniu nowotworu mózdku wobec zachowania odruchów, oraz braku zajęcia tarcz nerwów wzrokowych.

HIGIER obstaje przy swoim rozpoznaniu, wykluczając histeryę ze względu na objawy oczne.

4) NEUGEBAUER okazał preparat, t. zw. „*missed abortion*“. Z wywiadów wnosi N., że płód obumarł w macicy przed 14 tygodniami; 3 tygodnie temu odeszły wody, a w dniu dzisiejszym wyszło łożysko, odpowiadające 16 lub 17 tygodniowi ciąży z licznymi krwistkami pochodzenia apoplektycznego, które wywołały śmierć płodu. Na płodowej powierzchni łożyska widać prócz tego pęcherz, napelniony płynem; po rozcięciu jego ściany znaleziono wewnątrz zmacerowany płód bliźniaczy, obumarły w 5 tygodniu ciąży.

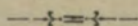
5) NEUGEBAUER demonstruje preparat torbieli krezki jelita czczego, wyłuszczonej przed kilku dniami u 54-letniej chorej. Dochodzi ona wielkości główki noworodka i zawiera płyn żółtawy, przezroczysty, nielepki. Ściana torbieli składa się z tkanki łącznej z jednowarstwowym nabłonkiem płaskim na powierzchni wewnętrznej i według opinii PRZEWOŚKIEGO pochodzi z naczyń chłonnych krezki.

6) CETNAROWICZ odczytał swą pracę p. n. „Przypadek wrzodów łącznicy pochodzenia ospowego z powikłaniem ze strony rogówki“. Przypadek ten dotyczy kobiety, która sypiała w jednym łóżku z chorem na ospę dzieckiem. W tydzień po wystąpieniu objawów zapalenia kataralnego łącznicy zjawily się charakterystyczne owrzodzenia powiek i łącznicy, podobne do *ulcus primitivum*, po 3 tygodniach zaś, kiedy owrzodzenia te zaczęły się zablizniać, wystąpiły objawy wrzodu ospowego na rogówce z figurami w kształcie litery V i kołami. Po 3-ch miesiącach nastąpiło wyzdrowienie.

W dyskusyi GERNER, syn, zaznacza, że spostrzegał owrzodzenia u piastunki dwojga dzieci, którym zaszczepiono ospę; pierwsze objawy w tym przypadku przemawiały za *episcleritis*.

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZEŃ

Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego w r. 1895.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 14].

COHN M. demonstruje wielokomorową torbiel jajnika, pochodzącą od chorej Małki K., lat 23 mającej. Chora miesiączkuje od 17 r. życia; od zamążpójścia [1½ r. temu] miesiączka nieregularna, trwała zwykle 12—15 dni; od pół roku nieustające krwawienie. Przy badaniu znaleziono guz twardy, odpowiadający wielkością ciąży w ostatnim miesiącu. Przy obmacywaniu daje się słyszeć szmer, pochodzący od tarcia dwu listków otrzewnej. Objawów chelbotania nie skonstatowano. Macica w przodpochyleniu przed guzem. Guz zajmuje przeważnie prawą stronę jamy brzusznej. Przy laparotomii znaleziono guz swobodny na całej powierzchni z wyjątkiem jednego szerokiego zrostu z krezką; zrost podwiązano i odcięto. Ze względu na bardzo grube ściany guza zrobiono duże cięcie nożem i wypuszczono około 4 garncy ciemnego płynu. Ściana torbieli ma w tem miejscu około 4 ctm. grubości. Po wypuszczeniu płynu wydobyto torbiel z jamy brzusznej i podwiązano szypułę bardzo szeroką i zawierającą mnóstwo dużych naczyń. Torbiel, oprócz dużej komory, naciętej nożem, zawiera kilka innych; w niektórych komorach! znajdował się płyn jasny, kleisty, w innych ciemno-krwawy. Na torbieli znajduje się bardzo wydłużony [około 20 ctm.] jajowód z *morsus diaboli* i mała cząstka niezmięnionej substancji jajnika. Lewy jajnik zdrowy. Przebieg pooperacyjny bez żadnych powikłań.

JASIŃSKI. *Carcinoma colli uteri. Exstirpatio uteri totalis per vaginam.* N. R., lat 44, rodziła 10 razy, 2 razy ronila; ostatni raz rodziła 1½ roku temu

donoszone dziecko, poród był prawidłowy. Od tego czasu ciągle prawie krwawieni, w ostatnich czasach cuchnący wypływ, z krwią pomieszany. Badanie [24. VI. 95] wykazuje na przedniej wardze macicznej narośl na szerokiej szy-pule, która przy badaniu się oderwała, poczem okazało się szerokie, o brudnem dnie, owrzodzenie na części pochwowej, szyjka zgrubiała, ciało macicy, zarówno jak *adnexa* i *parametria* normalne. Dnia 29 VI—wyluszczenie całkowite macicy przez pochwę metodą MARTIN'a z modyfikacją MACKENRODT'a. Lewy jajnik zmieniony torbielowato i lewy jajowód zgrubiał zostały również wyluszczone. Szew tylko otrzewnej; tampon z gazy jodoformowej. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, tylko 1-go i 3-go dnia wieczorem ciepota ciała wynosiła 38,0 i 38,7. Chora w dwa tygodnie po operacji wypisana ze szpitala z zabliźnioną raną.

KRUSCHE przedstawił nerkę wyluszczoną wskutek krwawienia z takowej. 18-letni terminator ślusarski otrzymał pchnięcie nożem z tyłu przez 11 międzyżebra. Z moczem wydzielaly się znaczne ilości krwi. Za pomocą cięcia tylnego odkryto nerkę; zranienie znajdowało się w górnym jej końcu; ranę wytamponowano. Gdy krwawienie nie ustawało i ciepota ciała zaczęła się podnosić, usunięto nerkę. Zeszycie rany nerki nie doprowadziłoby prawdopodobnie do celu, ponieważ i kielichy nerkowe były zranione. Potrzeba było przez dłuższy czas chorego katateryzować i przepłukiwać pęcherz dla usunięcia skrzepów krwi. Powstało zapalenie pęcherza, głównie *urethritis posterior*, wskutek czego w moczu długo jeszcze znajdowały się ślady krwi. Obecnie chory znajduje się powtórnie w szpitalu z powodu cierpienia pęcherza; krwi w moczu niema.

KRUSCHE przedstawił chorego, któremu przed kilku tygodniami ekstyrpował wole (*struma*), i przedstawił przytem odpowiedni preparat. Chory, 18-letni robotnik fabryczny, zauważył guz na prawej stronie szyi przed 2 miesiącami. Guz, wielkości pięści dorosłego mężczyzny, w obwodowej części był miękki, chlebocący, w środkowej zaś twardy, przy lykaniu podnosił się do góry. Krtań i tchawica przesunięte na lewo. Głos ochrypły, oddech utrudniony, słyszalny z daleka. Cięcie przeprowadzono wzdłuż mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego. Wyluszczenie guza wymagało stosunkowo mało podwiązań; przesmyk (*isthmus*) gruczołu tarczowego przecięto po uprzednim podwiązaniu. Wycięty guz składa się z dwóch części: a) torbieli, zawierającej szaro-brunatny płyn, b) przerostej części gruczołu. Rana zagoiła się przez rychłozrost, z wyjątkiem kilku miejsc, w których wydzieliły się ligatury jedwabne. Obecny stan chorego dobry.

PAŃSKI. Z powodu przedstawionego na przedostatniem posiedzeniu przez kol. P. przypadku *morbus Raynaud'i*, poruszoną była kwestya zależności tego cierpienia od syfilisu, wskutek czego P. daje następujące wyjaśnienie.

OPPENHEIM w swoim *Lehrb. der Nervenkr.* [1894] ani przy etyologii, ani przy leczeniu *morbus Raynaud'i* nie wspomina o syfilisie. HIRT w swojej *Path. und Ther. der Nervenkr.* [1890] помещa to cierpienie między trofoneurozami „bei Fehlen nachweisbarer etiologischer Momente“. W przypadkach *morbus Raynaud'i* opisanych w *Neurol. Centralbl.*, a mianowicie w przypadku PIŚARZEWSKIEGO [1894] i w 4 przypadkach angielskich autorów [1895], z których 2 przypadki tyczyły się dzieci—o syfilisie niema mowy. W 34 N. *Semaine Médicale* z 1895

• jest zreferowany przypadek *morbi Raynaud'i* CHAUFFARD'a, w którym podawanie gruczołu tarczowego (*gl. thyreoidei*) zmniejszało napady bólów; ten wynik leczniczy chyba również za syfilisem nie przemawia:

SCHLESINGER, asystent prof. SCHROETTER'a, w artykule swoim w *Neurol. Centralbl.* [1895 N. 13 i 14] dowodzi, że *endarteritis obliterans* zdarza się nie tylko u luetyków i u osób z arteriosklerozą. Przytacza on przypadki obserwowane za życia i szczegółowo badane po śmierci, w których rozwijała się choroba naczyń, prowadząca do zamknięcia światła takowych i powodująca wtórne zapalenie nerwów u osób, które nie miały syfilisu, ani zwyrodnienia starczego naczyń. Przypadki takie opisywali już przed nim: MINKOWSKI, DUTIL, LAMY, LORENZ i KUSSMAUL.

LIKIERNIK. Przypadek raka powieki i łącznicy. Chory B. ma lat 57. Choroba rozpoczęła się owrzodzeniem w okolicy wewnątrz kąta lewego oka, z czasem rozprzestrzeniła się na grzbiet i przeciwległą stronę nosa, dosięgając prawego oka. Owrzodzenie zostało przed półrokiem wypalone; pozostała blizna, na oku zaś, oprócz wewnętrznego kąta, zajmuje trzecią część górnej i dolnej powieki; *carunculi* i punkty łzowe zniszczone, łącznica gałki w części wewnętrznej usiana drobną i twardą ziarniną, łącznica powiek w stanie przerostu (*hypertrophie des Papillarkörper*s). Górna granica owrzodzenia dochodzi do brwi. Na bliźnie grzbietu nosa także małe owrzodzenie. Operacji blefaroplastycznej dokonano w następujący sposób: owrzodzenie wycięto na przestrzeni ograniczonej przez 2 cięcia pionowe; przez środek powiek w całej ich grubości i na grzbiecie nosa i 2 cięcia poziome; zwyrodniałą łącznicę usunięto również. Otrzymany defekt zastąpiono płatami, otrzymanymi przez odpreparowanie skóry z pozostałych części powiek i sąsiednich części, zatem skroni i policzka. Płaty podszyto odpreparowaną od pozostałej części powiek łącznicą. *Tarsorrhaphia*. Po upływie 10 dni usunięto rakowato zwyrodniałą bliźnię grzbietu nosa, przyczem defekt zastąpiono skórą z czoła i policzka prawej strony. Wynik operacji w zupełności zadawalający: chory ma ruchome powieki, podszyte łącznicą, tylko w dolnym wewnętrznym odcinku *symbblepharon*.

Jednocześnie kol. L. przedstawił analogiczny przypadek raka powiek u 73-letniego starca, który ma być operowanym.

JASIŃSKI. *Graviditas tubaria, operatio, sanatio*. M. S. lat 29, rodziła raz jeden normalnie przed 11 laty. W ciągu 8 lat następnych miesiączka pojawiała się po tygodniowej przerwie i trwała trzy tygodnie. Po wykrobaniu macicy [3 lata temu] miesiączkowanie normalne. Ostatnia miesiączka była przed półrokiem, poczem wystąpiły nudności, prężenie w piersiach, bóle w prawej dolnej połowie brzucha i przy oddawaniu moczu. Po 2½ miesiącach nudności ustały, natomiast w nieprawidłowych odstępach czasu pojawiały się krwotoki po kilka dni trwające, a w przerwach silne bóle w prawej dolnej części brzucha. Po 3½ miesiącach badanie wykazało normalny stan macicy co do wielkości i położenia, obok niej na prawo 2 niewielkie guzy: jeden, formy wrzecionowatej, w ścisłym związku z macicą będący, odpowiada formą i położeniem jajowodowi rozszerzonemu, przedstawia konsystencję normalnej macicy, rozszerza się ku zewnątrz do objętości dużego palca; drugi guz znajduje się poniżej i po za pierw-

szym, jest on wielkości orzecha włoskiego, miększy. Oba niezbyt silnie zrosnięte z otoczeniem. Lewy jajowód i jajnik normalne.

Rozpoznanie: prawdopodobna ciąża jajowodowa z obumarciem płodu, pozostającego w jajowodzie.

Z przyczyny uporczywego trwania krwotoków i bólów, wykonano laparotomię i usunięto po podwiązaniu jajowód wraz z jajem płodowym w nim zawartem, i jajnik torbielowato przerodzony. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, ściany brzuszne zagojone przez rychłozrost; po 2 tygodniach chora wstała, a po 4-ch wypisała się ze szpitala. Bóle po operacji znikły, 1-sze miesiączkowanie było po 6 tygodniach, nader obfite, trwało tydzień, drugie po 4 tygodniach, trwało tyleż, poczem wystąpił 2 tygodnie trwający krwawy wypływ.

Przypadek ten ciąży zamacicznej wyróżnia się przez pomyślne zejście ciąży jajowodowej, a mianowicie przez utworzenie się zaśniadu jajowodowego, gdy zwykłym zejściem jest pęknięcie jajowodu, zarazem przez trwanie objawów chorobowych pomimo przerwania się ciąży zamacicznej.

LIKIERNIK przedstawił chorobę ze zmętnieniem ciała szklistego (*opuscatio corporis vitrei*) u kobiety 55-letniej. Nacieczenie powstało w prawem oku w formie błon obfitych, poruszających się i zasłaniających dno oka, po kilkogodzinnem nachyleniu się przy pakowaniu rzeczy. Zastosowano wstrzykiwania pod łącznicę roztworu sublimatu [1 na 1000] 1½ przedziałek PRAVAZ'a na raz, 3 iniekcye w ciągu miesiąca. Siła widzenia z $\frac{1}{10}$ poprawiła się do $\frac{5}{6}$. Podmiotowo i przedmiotowo ze zmętnień pozostały ślady tylko.

JASIŃSKI. Przypadek ropnego zapalenia obu jajowodów (*pyosalpinx duplex*), torbielowatego przerodzenia lewego jajnika, tyłopochylenia macicy unieruchomionej przez zrosty (*retroversio uteri fixata*) i zapalenia przewlekłego błony śluzowej macicy na gruncie przewlekłej rzeżączki. W. T., lat 29, zamężna od lat kilku, nie rodziła wcale. Miesiączkuje co 4 tygodnie, nader skąpo. Poprzednio zdrowa; od kilku miesięcy pojawił się rzadki, śluzowy wypływ z pochwy i silne bóle na 3—4 dni przed i po miesiączce i podczas spółkowania. Badanie wykazuje: szklisty, rzadki wypływ, błona śluzowa części rodných zewnętrznych i dolnej części pochwy—blade, górnej zaś części—ciemno-czerwona, brodawkowatemi wyniosłościami pokryta. Macica o dziewiczym ujściu zewnętrznem, bez nadżerek, stoi nisko, silnie nachylona w tył, z trudnością odprowadzalna, puszczone zapada się napowrót w tył; wielkość jej normalna, ujście wewnętrzne nie zwężone. Znaczne zgrubienie obu jajowodów, zwłaszcza w części ku jajnikom zwróconej [do objętości małego palca], która przedstawia chełbotanie. Jajniki powiększone, trudno osiągalne, unieruchomione. W ciągu kilku tygodni stosowane leczenie, pobudzające wessanie, pozostało bez skutku. Dnia 16 lipca r. b. chora została operowana: 1) wyskrobano macicę, która zawierała sporo wydzieliny śluzowo ropnej i szklistej ziarniny, 2) koeliotomia metodą MACKENRODT'a; znaczne zgrubienie ścian pochwy, silny zrost szyjki macicy z pęcherzem, znaczne zgrubienie otrzewnej; wydobyte trzonu macicy przy pomocy kulociągów trudne z powodu tylnych zrostów; wydobyte obu jajowodów i lewego torbielowato przerodzonego jajnika udało się dopiero po rozerwaniu bardzo silnych zrostów;

te ostatnie organy zostały podwiązane i wycięte; prawy jajnik normalny pozostawiono, 3) *vaginofixatio* metodą MACKENRODT'a z modyfikacją SCHAUTY. Przebieg; pooperacyjny bezgorączkowy i bez zaburzeń; 8 dnia chora wstała, 9 opuściła zakład [lecznica prywatna]. Badanie wykazało macię w położeniu normalnym, obok niej blizny ledwie wymagalne i normalny prawy jajnik. Po miesiącu subiektywny i obiektywny stan chorej pomyślny. Dwa razy miesiączkowała obficie, bez bólów; żadnego wpływu.

Pomimo pomyślnego wyniku operacji, ze względu na znaczne trudności techniczne, J. zamierza przy zrostach tylnych macicy i stanach zapalnych w jajowodach i jajnikach w przyszłości stosować laparotomię. Zwraca on również uwagę na to, że u osób młodych należy być, o ile możliwości, zachowawczym, t. j. usuwać tylko części bezpowrotnie stracone, a to ze względu na *libido sexualis*.

PAŃSKI. *Tubes*, czy *morbis Friedreichi*? Chora G., lat 18, jedyne dziecko ojca pijaka i matki chodzącej o kulach od lat kilku. W 11 tygodniu życia miała wysypkę na twarzy, która pozostawiła kilka blizn i była powodem utraty prawego oka. W następstwie zawsze była zdrową. Miesiączkuje od 16 r., 6 miesięcy temu zaczęła zataczać się przy chodzeniu, od kilku tygodni chód znacznie się pogorszył. Badanie wykazuje: uczucie filcu pod stopami, niemożność chodzenia w ciemności, bóle gastralgiczne, *obstipatio*, *incontinentia urinae incompleta*, chód ataktyczny i także ruchy w pozycji leżącej, przy normalnej sile mięśniowej; objaw ROMBERG'a, uczucie dotyku miejscami zniesione, uczucie bólu [szpilka] zmniejszone, ciepło czuje, zimna nie; zupełny brak odruchów kolanowych. Powyższe dane wraz anamnestycznymi, tyzącami się i rodziców, pozwalają przypuścić wiađ rdzenia na tle syfilisu dziedzicznego. Gdybyśmy jednak powyższe dane uważali za niedostateczne do przyjęcia syfilisu dziedzicznego, to ze względu na wiek młody i na brak innego momentu etyologicznego [przeziębienie, choroby zakaźne i t. p.] dla wiađu rdzenia—nasuwa się podejrzenie, czy nie mamy do czynienia z *morbis Friedreichi*, tembardziej, że, ponieważ chora jest jedynaczką, odpada kardynalne kryterium dla określenia tej choroby, mianowicie wystąpienie jej u kilku członków rodziny, wszystkie zaś objawy wyżej przytoczone mogą się zdarzyć przy *morbis Friedreichi*.

[C. d. n.]

Wiadomości drobne.

— Prof. LÉPINE [Lyon], opierając się na obfitym materiale, zaczerpniętym z literatury, dochodzi do następujących wniosków w kwestyi leczenia tyreoidyną. Metoda ta jest wskazana:

1) w obrzku śluzowym pooperacyjnym i samoistnym. „O ile wszakże stan fizyczny chorych nawet przy długotrwałem istnieniu cierpienia znacznej ulega poprawie, o tyle w stanie umysłowym zazwyczaj żadnej prawie zmiany zauważyć nie można. Wyjątki pod tym względem są bardzo nieliczne“.

2) W niektórych przypadkach otyłości.

3) Przy istnieniu wola zwykłego (*struma simplex*).

4) W niektórych przypadkach choroby BASEDOW'a. Tu jednak częściej, niż w innych razach występują objawy zatrucia, czyli t. zw. „tyreoidyzmu“. Zdaje się, że przypadki zadawnione dają lepsze wyniki, aniżeli świeże.

5) W pewnych postaciach przewlekłych chorób skórnych, a zwłaszcza w łuszczycy (*psoriasis*).

6) Próby stosowania gruczolu tarczowego w niektórych formach obłądu i akromegalii dają bardzo niepewne wyniki. Spostrzeżenia nad leczeniem tyreoidyną gruczołu i syfilisu zbyt są nieliczne, by z nich coś pewniejszego wnioskować było można.

We wszystkich przypadkach mogą występować nawroty.

Autor zaleca używanie świeżego gruczolu *per os*, lub jego wyciągu *per rectum*, przekładając ten sposób podawania nad pastylki.

(*Sem. méd.* 1896. Nr. 8).

Ad. Lande.

— LAUDENBACH opisuje niezmiernie ciekawy fakt całkowitego odrodzenia się śledziony u psa. L. wyciął mu prawie całą śledzionę i w 6 miesięcy potem znalazł na jej miejscu drugą, nie różniącą się niczem od normalnej.

(*C. f. allg. Path.* 1896. № 4.)

W. J.

— BONSDFORF i SIEVERS opisali prawie jednocześnie po jednym przypadku zgorzeli trzustki. W przypadku SIEVERS'a znaleziono przy badaniu pośmiertnym wylewy krwawe w otrzewnej i zgorzel tłuszczu w krezkach. Autor sądzi, że po wywołaniu przez niewiadomy czynnik zastoju soku trzustkowego, ten ostatni przedostał się do jamy otrzewnej i tu, dzięki żrącym własnościom swoim, wywołał wymienione powyżej zmiany.

(*C. f. allg. Path.* 1896. № 4.)

W. J.

Wiadomości bieżące.

— Prof. BEHRING otrzymał, jak wiadomo, nagrodę 25,000 franków od paryskiej Akademii Umiejętności za odkrycie surowicy antydyfteryycznej. Otóż, sumę tę prof. BEHRING przeznaczył na powiększenie funduszu państwowego niemieckiego w celu popierania badań nad seroterapią.

— Komitet Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia D-ra JÓZEFA MIANOWSKIEGO podaje do publicznej wiadomości, że w wykonaniu woli ś. p. ZENONA PILECKIEGO, który testamentem z d. 25 czerwca 1890 r. przeznaczył sumę rs. 21,950 w Listach Likwidacyjnych Król. Pol. na rzecz kasy im. J. MIANOWSKIEGO pod warunkiem, aby procenty były przeznaczane corocznie na wynagrodzenia autorów za prace naukowe z dziedziny historii, literatury, językoznawstwa i prawodawstwa polskiego, jak również nauk matematycznych i przyrodniczych, Komitet, mając do rozporządzenia procenty za rok ubiegły rs. 800, przyznał: Pp. ALEKSANDROWI REMBOWSKIEMU, autorowi pracy p. t. „O konfederacjach“ rs. 300; IGNACEM CHRZANOWSKIEMU, autorowi pracy p. t. „O facecjach Mikołaja Reja“ rs. 100; HENRYKOWI KONICOWI, autorowi pracy p. t. „Kartka z dziejów oświaty w Polsce“ [Czasy księstwa Warszawskiego] rs. 100; FLORYANOWI ŁAGOWSKIEMU, autorowi pracy p. t. „O znakach pisarskich“ rs. 100 i JÓZEFOWI EISMONDOWI, autorowi pracy p. t. „Studia nad Pierwotniakami okolic Warszawy“ rs. 200.

Prezes Komitetu *A. Okolski.*

Członek Komitetu Sekretarz *St. Libicki.*

Sprostowanie. W N-rze 6 Gaz. Lek. w pracy M. WOLKOWICZA. Str. 142 wiersz 5 od dołu zamiast: Nr. 13, powinno być Nr. 43; str. 143 wiersz 9 od dołu, z zamiast: Nr. 8, powinno być Nr. 3; str. 146 wiersz 5 od góry, zamiast: przykrywamy, powinno być: przyszywamy; str. 146 wiersz 6 od góry, zamiast: wewnętrznego, powinno być: zewnętrznego; w dalszym ciągu te same prace w N-rze 7, str. 175 wiersz 23 od góry, zamiast: odstraszały, powinno być: nie odstraszały.