

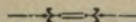
GAZETA LEKARSKA

I. KILKA UWAG O LECZENIU BLEDNICY (Chlorosis).

Podał

D-r Teodor Dunin,

lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.



Już przed czterema laty ogłosiłem krótką pracę o leczeniu blednicy. Jeżeli dziś jeszcze raz powracam do tego samego przedmiotu, czynię to z kilku względów. Popierwsze dlatego, że materyał mój, który od tego czasu wzrósł bardzo znacznie, przekonał mnie o zupełnej słuszności zdań, wypowiedzianych w pierwszej mej pracy. Podrugie dlatego, że praca, o której mowa, ogłoszoną została w piśmie u nas stosunkowo mało rozpowszechnionem [Nowiny Lekarskie ¹⁾]. Wreszcie leczenie blednicy, zdaniem mojem, jest kwestyą tak ważną, że należy wszelkiemi siłami dążyć do ustalenia poglądów w tej mierze.

Tak, jak to zrobiłem i w pierwszej mej pracy, tak i teraz szczególny nacisk położyć muszę na to, że przyczyną różności zdań co do skuteczności tej lub owej metody leczenia blednicy jest niedokładne rozpoznawanie tej choroby. Szczególniej też różne zdania co do znaczenia żelaza w leczeniu blednicy polegają stanowczo, zdaniem mojem, na niedokładnem ustaleniu wskazań. Niemal codziennie widuję, iż żelazo przepisywane bywa takim chorym, których choroba, w mojem przekonaniu, bynajmniej nie wymaga użycia tego środka. Dość powiedzieć, że żelazo biorą często kobiety w późniejszym wieku i mężczyźni, a więc osoby, którym prawie nigdy nie zdarza się potrzeba stosowania tego środka. Dotychczas wciąż jeszcze panuje między lekarzami przekonanie, że żelazo leczy wszelkiego rodzaju bezkrwistości i osłabienia bez względu na to, jakie będzie ich źródło i powstawanie; a więc przepisują żelazo w stanach kachektycznych, powstałych po rozmaitego rodzaju chorobach ostrych i przewlekłych, w początkowych okresach suchot

¹⁾ Nowiny Lekarskie. Nr. 1. 1892.

Krótkie streszczenie mej pracy pomieszczone zostało w Deutsche medicinishe Wochenschrift. Nr. 20. 1892 rok, przez D-ra WRÓBLEWSKIEGO, który także potwierdza moje spostrzeżenia.

płuc, zapalenia nerek, krzywicy i t. p.. Co więcej, żelazo przepisywane bywa nawet w takich stanach, które z niedokrwistością nic wspólnego nie mają, a po prostu tylko do niej są podobne, mianowicie w neurastenii i histeryi, którym towarzyszy ogólne wychudnięcie. Zawsze bowiem skargi chorych na osłabienie, na brak sił, zawroty głowy, obok wychudnięcia i bledności skóry, uważane bywają za dostateczny motyw do przepisywania żelaza. Tymczasem nie ulega żadnej wątpliwości, że żelazo nie poprawia wcale ogólnego odżywiania, a z pomiędzy niedokrwistości leczy tylko pewne specjalne jej postacie, a mianowicie blednicę i niedokrwistość tak zwaną traumatyczną, t. j. powstałą po krwotokach, które to postacie w moim przekonaniu bardzo do siebie są zbliżone ¹⁾.

Nie jestem w możności powiedzieć, od czego to zależy. Dawniej wyobrażałem sobie to w ten sposób, że w pierwszej grupie chorób, tak zwanej fałszywej blednicy (*pseudochlorosis*), mamy do czynienia z osłabieniem odżywianiem tkanek, ze zmniejszeniem ich objętości, a więc i ze zmniejszeniem ilości krwi, przyczem jednak stosunek masy krwi, a głównie hemoglobiny, do ogólnej wagi ustroju pozostaje prawidłowy. W drugiej grupie chorób, t. j. w blednicy, ilość hemoglobiny ulega zmniejszeniu i względnie i bezwzględnie. Ogłoszone od tego czasu prace nad składem krwi w rozmaitych stanach patologicznych [JAKSCH, BIERNACKI i inni] nie pozwalają na takie rozgraniczenie niedokrwistości; okazuje się bowiem, że i w chorobach, odnoszących się do pierwszej grupy (*pseudochlorosis*), krew ulega w swoim składzie istotnym zmianom, polegającym na bezwzględnej i względnej utracie białka, a głównie hemoglobiny, a więc zmianom, które w istocie swej nie różnią się od tych, które spotykamy w blednicy. Dlaczego pomimo podobnych zmian w składzie krwi obie te grupy chorób tak odmienny obraz kliniczny przedstawiają, na to dokładnej odpowiedzi dać niepodobna. Na różnorodność tę składają się rozmaite czynniki, a przede wszystkim etiologia choroby, choć główna przyczyna nam zupełnie jest nieznaną.

Bądź co bądź, jako fakt zasadniczy uważać należy, że żelazo leczy tylko pewne postacie niedokrwistości, a głównie blednicę; dla tej ostatniej choroby jest natomiast niemal specyfikiem i leczy wszystkie jej postacie. Na ten ostatni punkt kładę szczególny nacisk; dają się bowiem słyszeć głosy, że w leczeniu blednicy strzedz się należy szablonu i ściśle indywidualizować. Otóż, mojem zdaniem, blednica jest zawsze jedną i tą samą chorobą. Czy w danym przypadku przeważają te lub inne objawy, zawsze podstawą cierpienia są pewne zmiany w składzie, a być może, i wyrobie krwi [zmiany nie dokładnie nam znane], dla usunięcia których posiadamy skuteczne środki [żelazo, pewne higieniczne przepisy, o których mowa będzie niżej]. Wynajdywanie szczególnych postaci, wyszukiwanie jakichś odrębności danego przypadku, tylko odwraca uwagę od podania żelaza i stosowania odpowiednich środków dyetetycznych, a więc opóźnia wyleczenie. Indywidualizowa-

¹⁾ Motywy, na jakich opieram podobne zdanie, wyliczyłem obszerniej w odczycie moim „O stanach anemicznych“ [Odczyty kliniczne, Nr. 74].

nie w leczeniu blednicy polega na ścisłym jej wyróżnianiu z pośród innych postaci niedokrwistości i to, powiedziałbym, jest jednym z najkardynalniejszych punktów w tej rzeczy. Zazwyczaj odróżnienie to nie przedstawia zbyt wielkich trudności; blednica bowiem daje dość typowy obraz kliniczny, na który się składają charakterystyczne objawy ze strony układu krwionośnego i nerwowego, a więc woskowy, zielonkawy [nie blade] kolor skóry, bladeść błon śluzowych [nie skóry], niemała ilość tkanki tłuszczowej, szmery w sercu i żyłach, przyspieszone puste, miękkie i skaczące tętno, pulsacya naczyń szyjowych a często i *in jugulo*, zaburzenia w oddechaniu, skłonność do snu, rozmaite idyosynkrazye, nienormalne pociągi, zaburzenia w miesiączkowaniu i t. p.. Choroba najczęściej rozwija się ostro w przeciągu kilku lub kilkunastu dni. Jest to więc zupełny kontrast ze stanami, które nazywamy *pseudo-chlorosis*; tu bowiem chore mają zwykle skórę bladą, białą nieraz, oczy podsiniałe, a błony śluzowe czerwone; obok tego brak tu zupełnie tkanki tłuszczowej podskórnej; tętno, jeżeli bywa przyspieszone, to nigdy miękkie i skaczące, w sercu i żyłach szmeru niema; istnieje często bezsenność. Tu żelazo nie ma nic do czynienia i tu trzeba uciekać się do przepisów higienicznych, odżywiania, dyety.

Nie ulega wątpliwości, w czem zresztą niema nic dziwnego, że istnieją przypadki, w których objawy nie są dość wyrażone i które zatem mogą przedstawiać trudności w rozpoznaniu. W tych przypadkach lepiej jest dać żelazo, aniżeli nie, a często tylko według rezultatu leczenia możemy postawić rozpoznanie.

Nie myślę tu poruszać w całej rozciągłości pytania o leczeniu żelazem tak, jak na przykład było ono rozbieranem na kongresie internistów niemieckich w Monachium. Powiem tylko, że co do mnie, to trzymam się poglądów, wyrażonych przez większość klinicystów na tymże kongresie, a mianowicie: że żelazo jest środkiem, niczem nie dającym się zastąpić w leczeniu blednicy. Prócz osobistej obserwacji pojedynczych przypadków, dowodzą tego i spostrzeżenia, czynione na klinikach IMMERMANN'a, LIEBERMEISTER'a i ZIEMSEN'a¹⁾, że leczenie czysto dyetetyczne, bez użycia żelaza, nie jest w stanie wyleczyć blednicy. Forma żelaza zdaje się nie odgrywać w tym względzie żadnej ważniejszej roli. Ja przynajmniej z mego własnego doświadczenia niewiele o tym sądzić mogę; od lat wielu bowiem używam wyłącznie pigułek BLAUD'a i nigdy nie odczuwałem potrzeby oglądać się za innymi preparatami. Nie na wyszukiwaniu więc nowych preparatów żelaza zawisła kwestya leczenia blednicy, ale na dokładnem rozpoznawaniu, na należytem indywidualizowaniu przypadków, wymagających podawania żelaza.

Nie przeczę, że i inne preparaty żelaza mogą dawać równie dobre rezultaty, jak i pigułki BLAUD'a, byle je podawano w dostatecznej ilości i przez dość długi czas. Wogóle jednak jest to kwestya podrzędnego znaczenia. Przy zapisywaniu pigułek BLAUD'a nie trzymam się bynajmniej oficjalnej

¹⁾ Patrz rozprawy na Zjeździe internistów niemieckich w Monachium 1895. [Verhandl. der Congresses für innere Medicin. 1895].

formuły, lecz modyfikuję ją stosownie do woli. Zazwyczaj podają je tak, aby chora przyjmowała 12 gr. [0,8] dziennie w dwóch dawkach; do tego dodają zawsze *ac. arsenicosum* po $\frac{1}{20}$ gr. [0,003] na dawkę. Jeżeli chora ma skłonność do rozwolnień, dodają do pigułek nieco makowca, same jednak rozwolnienia nie wstrzymują mnie od podawania żelaza tam, gdzie mam prawo oczekiwać od niego korzyści. Również w przypadkach, przedstawiających objawy niestrawności żołądkowej, która zresztą najczęściej jest pochodzenia czysto nerwowego, leczenie rozpoczynam natychmiast od podawania żelaza. Miło mi było przeczytać to samo zdanie, wypowiedziane przez prof. ZIEMSEN'a na zeszlórocznym zjeździe internistów. Nawet w tych przypadkach, w których o istnieniu wrzodu żołądka można być przekonany, podają żelazo i nie widzę, żeby objawy żołądkowe się pogarszały, tylko wtedy nie dodają arszeniku.

Nie dość wszakże jest podać żelazo, należy je jeszcze dawać systematycznie i wytrwale. A więc z początku kuracyi należy je dawać tak długo, dopóki nie znikną wszystkie subiektywne i obiektywne objawy blednicy, na co potrzeba mniej więcej 4—6 tygodni. Ze zniknięciem objawów blednicy, zazwyczaj uważa się takie chore za zupełnie wyleczone i przerywa wszelkie leczenie. W tem tkwi wielki błąd. Każda bowiem blednica, choćby na pozór była doszczętnie wyleczona, ma skłonność do recydywowania i prawie zawsze recydywuje. Tylko długim systematycznym następczem leczeniem możemy uniknąć recydywy. To następcze leczenie polega między innymi na podawaniu od czasu do czasu żelaza nawet wtedy, kiedy chore na pozór są zupełnie zdrowe. Zazwyczaj czynię to w ten sposób, że po skończeniu kuracyi pierwotnej zalecam chorym w każdym miesiącu przez 10 dni brać żelazo. I tak postępuję przez pół roku lub więcej.

Ale z podaniem żelaza nie kończy się całe leczenie blednicy. Chcąc leczyć blednicę prędko i, o ile można, radykalnie, należy zachować jeszcze i pewne higieniczne ostrożności, których znaczenie nie zostało dotychczas należycie ocenione. Tę to higieniczną stronę leczenia blednicy miałem głównie na oku, ogłaszając niniejszą pracę.

Przedewszystkiem więc muszę zwrócić uwagę na znaczenie ruchu i ćwiczeń ciała w leczeniu blednicy, pod którym to względem panują dotychczas bardzo sprzeczne przekonania pomiędzy lekarzami. I tak NIEMEYER, w godnym uwagi rozdziale o leczeniu blednicy, wyraźnie wspomina o tem, że pozwala chorym wcale nie chodzić, jeżeli do tego nie mają ochoty. Podobne zdanie wypowiedział już w nowszych czasach ROSENBACH ¹⁾. Szkoda wielka, że te tak mądre rady nie znalazły powszechnego uznania wśród lekarzy, a co zatem idzie i wśród publiczności. Dużo lekarzy, przenikniętych bardzo pięknymi z kąd innąd ideami o ważności higienicznego sposobu leczenia chorób, wciąż jeszcze na pierwszym planie w leczeniu blednicy stawia świeże powietrze, ruch i ćwiczenia ciała. Jako przykład tego służyć

¹⁾ Die Entstehung u. hygienische Behandlung der Bleichsucht. [Medicinische Bibliothek, rok nie zaznaczony].

mogą poglądy HOFFMANN'a¹⁾, autora, do którego zdania przywiązuję zwykle wiele wagi i którego rozdział o blednicy jest jedną z najlepszych rzeczy, jakie w tym przedmiocie ogłoszono. Sądzę, że przekonanie o skuteczności ruchu w blednicy wynikało nie z rzetelnej obserwacji chorych, lecz z teoretycznego poglądu o znaczeniu higieny w leczeniu chorób, oraz z przeceniania znaczenia złych higienicznych warunków na powstawanie blednicy. I niedostateczne odgraniczanie blednicy od tak zwanej *pseudochlorosis* także w tym względzie niewątpliwie pewną odgrywa rolę. Wiemy bowiem, że choroby, do tej drugiej grupy należące, ustępują niekiedy li tylko przy higienicznych sposobach leczenia. W istocie zaś wszelkie wysiłki mięśniowe opóźniają tylko leczenie blednicy i ułatwiają dalszy jej rozwój. W blednicy, pomimo znacznego ubytku hemoglobiny, utlenianie i zależna od tego przemiana materii mogą się odbywać zupełnie prawidłowo, jak to wynika z poszukiwań KRAUS'a. Ale prawo to obowiązuje tylko dla chorych w zupełnym spoczynku będących. Przy pracy mięśniowej ilość tlenu może się okazać niedostateczną, ilość CO₂ wydzielanego nie wzrasta w należytym stopniu, koeficyent respiracyjny, zamiast się zwiększać, zmniejsza się, utlenianie nie następuje do ostatecznych produktów, powstają rozmaite nienormalne składniki, mogące być powodem samozatrucia ustroju (*autointoxicatio*). Prócz tego każdy skurcz mięśnia zużywa pewną ilość hemoglobiny, przez co jeszcze bardziej pogarsza się sprawa utleniania. Nie te jednak teoretyczne rozumowania skłoniły mnie do zabrania ruchu chorym na blednicę, ale obserwacja kliniczna. Codziennie niemal widuję chore, których stan, pomimo używania żelaza, nie tylko się nie poprawił, lecz przeciwnie nawet pogorszył, a to dlatego tylko, że im nie zabraniano ruchu, lecz nawet go zalecano. Widywałem chore w ciężkim, prawdziwie groźnym dla życia stanie, ze spuchniętymi nogami, z tak burzliwą działalnością serca, że można było myśleć o jakim organicznem cierpieniu, a które pomimo tego chodziły i nie miały zaleconego sobie spoczynku.

Z początku, widząc złe skutki, jakie wysiłki mięśniowe wywierają na przebieg blednicy, ograniczałem się jedynie do tego, że zabaniałem chorym na blednicę wszelkich większych wysiłków mięśniowych, jako to: tańca, ślizgawki, chodzenia po schodach i t. p.. Konsekwentnie idąc dalej, doszedłem do tego, że chorym blednicowym zalecam zupełny spokój, t. j. leżenie w łóżku, do czego, prócz tego, co wyżej mówiłem, zachęciły mnie dobre wyniki, jakie otrzymywałem przy stosowaniu metody WEIR MITSCHELL'a w niektórych postaciach histeryi i neurastenii. Obecnie więc leczenie każdej blednicy rozpoczynam od tego, że obok podania pigulek BLAUD'a zalecam chorej natychmiast położyć się do łóżka. Przez pierwsze 10 dni zabraniam lub przynajmniej znacznie ograniczam czytanie oraz wszelkie ręczne zajęcia. Chorym ten sposób leczenia niesłychanie przypada do gustu: zawsze zmęczone, niewyspane, ze wstrętem wykonywające jakikolwiek ruch, dopiero w łóżku czują się wypoczęte i odzyskują łaknienie i humor. W przypadkach średniego na-

¹⁾ Vorlesungen über allgemeine Therapie. 1885 oraz Lehrbuch d. Constitutionskrankheiten. 1893 r.

teżenia, trzymam chore w łóżku około trzech tygodni, w ciężkich — aż do sześciu. Tym sposobem w ostatnich latach osiągam tak dobre wyniki, iż sposób ten śmiało polecić mogę. Udawało mi się usunąć blednice, które rok i więcej opierały się wszelkiemu innemu leczeniu. Widziałem też chorą, która kilka lat bezskutecznie leczyła się na blednicę i wyleczyła się dopiero wtedy, kiedy, dostawszy zakrzepu (*thrombosis*) obu żył udowych, zmuszoną była dwa miesiące przeleżeć w łóżku. W przypadkach, w których miałem sposobność leczenia kontrolować badaniem krwi, widziałem, iż ciężar właściwy wzrastał z 1035 na 1057, u drugiej z 1038 na 1050, u trzeciej z 1038 na 1055. Odpowiednio do tego wzrastała i ilość czerwonych krążków krwi. Nie wspominam już i o tem, że i inne objawy obiektywne zupełnie ustępowały.

[D. n.].

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

II. PRZYPADEK CIĄŻY ZAMACICZNEJ ŚRÓDŚCIENNEJ.

(*Graviditas extrauterina intramuralis*).

Opisał

D-r Jakób Rosenthal,

ordynator oddziału.

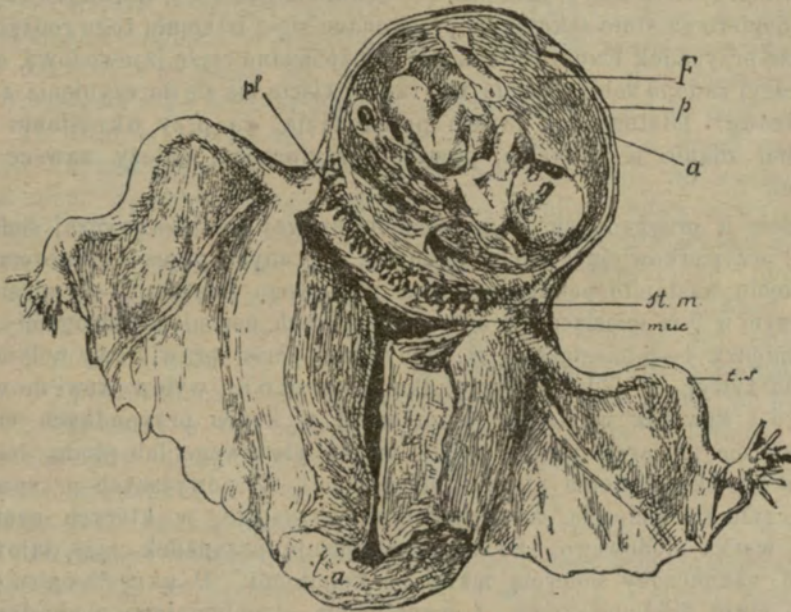
— * — * —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 41].

Wycięty guz, wielkości głowy dorosłego człowieka, składa się z dwóch części: odciętego z częścią szyjki powiększonego ciała macicy i worka płodowego (*Fruchtsack*), osadzonego na lewej górno-bocznej ścianie jej. Jajnik i jajowód lewy znajdują się pod workiem, a górna ściana końca macicznego tego ostatniego gubi się w ścianie worka płodowego. Po otwarciu worka płodowego, wypełnionego jasną płodową, znajdujemy w nim 4½ miesięczny żywy płód męzki, który, skuteczniejszy kilka ruchów oddechowych, zmarł. Łożysko znajduje się przyczepione na dnie worka i przylega do macicy; zakrywa ono ujście maciczne jajowodu lewego. Między łożyskiem a błoną śluzową dna macicy znajduje się warstwa mięśniowa grubości 3 milimetrów. Ściana worka płodowego składa się z błony płodowej (*amnion*) i otaczającej ją nadzwyczaj rozciągniętej otrzewnej, pokrywającej dno macicy. Między dwiema temi błonami nie znaleziono pierwiastków mięśniowych. Przeciąwszy podłużnie ścianę przednią macicy, znajdujemy zgrubiałą błonę śluzową wyściełającą jamę macicy; dno zaś macicy utworzone jest przez błonę śluzową jamy macicy, łożysko i ową, wspomnianą powyżej, trzy-milimetrową, warstwę mięśniową między niemi. Żadnego otworu, łączącego jamę macicy z jamą worka płodowego, nie znaleziono.

W ten sposób przypuszczać należy, że jajko zapłodnione zatrzymało się w części jajowodu, przebiegającej w mięszu macicy, a rozwijając się dalej

wydostało się przez pęknięcie ściany górnej jajowodu [powstały zapad w 7-m tygodniu] z tegoż, rozparło miąższ i spowodowało zanik mięśni dna macicy; ciążę więc tę uważać należy za prawdziwą ciążę śródścienną (*gravilata intramuralis*).



l. a. miejsce dokonanej hysterektomii na szyi macicznej; — *u* ściana przednia przecięta macicy; — *t. s.* jajowód lewy; — *F* worek płodowy z wodą płodową i płodem; — *p* otrzewna; — *a* owodnia; — *pl* łożysko; — *muc* błona śluzowa jamy macicy; — *st. m.* warstwa mięśniowa 3 milimetrowa między łożyskiem a błoną śluzową dna macicy.

KUESTER ¹⁾ w pracy swojej w rozdziale o rozpoznaniu ciąży zamacicznej mówi: „Gdy więc rozpoznanie ciąży zamacicznej jest bez porównania trudniejszym niż wielu sobie przedstawia, a także niż bywa nauczaniem, to łatwo pojąć, że wszelkie próby ustalenia rozpoznania różniczkowego rozmaitych rodzajów ciąży zamacicznej uważam za czystą pracę biurkową. W najliczniejszych przypadkach ciąża zamaciczna jest jajowodową, a w nadzwyczaj nielicznych jajnikową, a prawdopodobnie jeszcze w rzadszych przypadkach jajo płodowe znajduje się wolne lub otoczone wrzekomemi błonami w jamie brzusznej. Najmniej więc błądzimy, gdy w przypadku ciąży zamacicznej przyjmujemy ciążę jajowodową. Nadzwyczaj trudną do rozpoznania jest ciąża zamaciczna śródmiąższowa. Samo rozpoznanie różniczkowe tego rodzaju ciąży z pośród innych, bez odróżnienia jej nawet od ciąży w rogu szczątkowym macicy dwurożnej, uważałbym już za pracę, posuwającą naprzód całą kwestyę“.

¹⁾ MÜLLER's Handbuch der Geburtshilfe. 1889. Bd. II, str. 544.
GAZ. LEK. NR. 42.

W przypadku naszym wyłączyłem zupełnie ciążę jajowodową na zasadach, wyżej przy rozpoznaniu przytoczonych. Przypuszczałem ciążę brzusznią lub śródmięszową, lecz o śródmięszowej, a tembardziej śródściennej, nie pomyślałem. Jak trudnem jest postawienie rozpoznania ciąży śródmięszowej, ewentualnie śródściennej, przekonywają przypadki JUNGE'a, POPPEL'a, BAART DE LA FAILLE'a, LEOPOLD'a, BIRNBAUM'a, MANDELSTAMM'a¹⁾, w których to przypadkach dopiero na stole sekcyjnym przekonano się o istnieniu tego rodzaju ciąży, a także przypadek ENGSTROEM'a, gdzie rozpoznano ciążę jajowodową, a podczas operacji zadano sobie pytanie, czy rzeczywiście ma się do czynienia z ciążą śródmięszową. Dlatego też jestem przekonania, że przy określaniu ciąży zamacicznej zdanie KUESTNER'a, powyżej przytoczone, należy zawsze mieć w pamięci.

Zejsście w przypadkach ciąży śródmięszowej jest zazwyczaj śmiertelne. Z 22 przypadków ciąży śródmięszowej, zebranych przez ZMIGRODZKIĘGO, w dziewięciu nastąpiło pęknięcie worka płodowego między 2—5 miesiącem, a w jednym w 9-m miesiącu; w 5-iu przypadkach poronienie drogami naturalnymi między 4—6 miesiącem, w jednym zaś poród prawidłowy w 9-m miesiącu [płód żywy]; w jednym przypadku [LEOPOLD'a] wylew krwi do worka płodowego i krwotok maciczny; w czterech w końcu przypadkach między 8—9 miesiącem zamarcie płodu, gnicie worka płodowego lub płodu, lub wytworzenie się skamienienia płodu (*Lithopaedion*). Z powyższych przypadków 13 zakończyło się śmiercią, a między tymi wszystkie, w których nastąpiło pęknięcie worka płodowego. STRADFELD²⁾ opisuje przypadek ciąży jajowodomaciczej, zakończony śmiercią matki po keliotomii. PARKES³⁾ opisuje domniemaną ciążę śródmięszową, z wydalaniem skamieniałego płodu drogami naturalnymi. STRAWIŃSKI⁴⁾ opisuje przypadek śmiertelny przy ciąży śródmięszowej. BARSONY⁵⁾ opisuje przypadek śmiertelny wskutek pęknięcia tylnej ściany macicy przy ciąży śródmięszowej. SKURSCH⁶⁾ opisuje ciążę jajowodomaciczną; dziecko urodzone drogami naturalnymi, łożysko w jajowodzie.

HENNIG⁷⁾ na posiedzeniu lipskiego Towarzystwa ginekologicznego w d. 19. XI. 1888 r. opisuje trzy przypadki ciąży jajowodomaciczej: własny HAY'a i GRUEN'a; we wszystkich poród nastąpił drogami naturalnymi, w pierwszym w 12-m tygodniu, w ostatnich w 4-m miesiącu. W dyskusji nad tymi przypadkami prof. ZWEIFEL oświadczył, że niema dostatecznych danych do uważania trzech powyższych przypadków za ciążę jajowodomaciczną. JEWETT⁸⁾ opisuje przypadek ciąży jajowodomaciczej, zakończony śmiercią,

¹⁾ Zeitschrift f. Geburts. u. Gynäk. 1893 Bd. XXV, str. 61.

²⁾ Centralblatt f. Gyn. 1886. Nr. 497.

³⁾ Tamże. 1888. Nr. 1.

⁴⁾ Żurnal akuszerstwa i żeńskich bolezn. 1888, p. 125.

⁵⁾ FROMMEL's Jahresberit. 1889, p. 117.

⁶⁾ Centralbl. f. Gyn. 1889. Nr. 1.

⁷⁾ Centralbl. f. Gyn. Nr. 12.

⁸⁾ Tamże. 1891. Nr. 41.

w którym znaleziono pęknięcie dwucalowej średnicy w prawym rogu macicy; łożysko leżało w miejscu pęknięcia, a płód, długości 7-iu cali, znaleziono w jamie brzusznej między pętlcami jelit. Lwow ¹⁾ opisuje przypadek ciąży jajowodomaciczej prawej, zakończony poronieniem w 5-m miesiącu; płód odpowiednio rozwinięty, łożysko w całości odeszło. LAWSON-TAIT ²⁾, pisząc o ciąży śródmiąższowej, utrzymuje, iż w Anglii nie zna więcej niż sześć pewnych przypadków takowej. Przebieg jej, według niego, kończy się śmiertelnym zejściem, o istnieniu tego rodzaju ciąży dowiaduje się wtedy, gdy następuje pęknięcie. To ostatnie odwlec się może do 6-go miesiąca, a przed czwartym miesiącem nie następuje. Krwotok wtedy jest zazwyczaj tak znacznym, iż w kilka minut wywołuje zejście śmiertelne, a pęknięcie bywa zazwyczaj bardzo dużem, 10—12 ctm. wynoszącem. Jedynym możliwym środkiem utrzymania życia byłoby natychmiastowe dokonanie keliohysterektomii, lecz gdyby nawet operator znajdował się na miejscu, to, zdaniem L. TAIT'a, czas potrzebny tylko do postawienia rozpoznania jest już zbyt długim, aby znikła możliwość udania się operacji i uratowania życia chorej. W zebranych przez HECKER'a ³⁾ przypadkach ciąży śródmiąższowej we wszystkich 26 nastąpiło pęknięcie, najpóźniej w 6-m miesiącu, powodujące zejście śmiertelne. Z siedmiu przypadków ciąży śródściennej, przytoczonych powyżej [przezemnie, w sześciu przypadkach przy sekcji przekonano się o takowej, w siódmym zaś podczas dokonywanej operacji.

Z powyższego zestawienia wynika, iż jeżeli ciąża śródmiąższowa, ewentualnie śródścienna, rozpoznana zostanie dość wcześnie, a raczej, jeżeli ciąża zamaciczna wzbudza w nas podejrzenie, iż może być śródmiąższową, to bezwarunkowo bezzwłocznie usunięta na drodze operacyjnej być winna. Klade nacisk na wyrażenie dość wcześnie, gdyż jakkolwiek opisywane są przypadki ciąży śródmiąższowej, w których wydalenie płodu [raz nawet 9-o miesięcznego, żywego] nastąpiło przez macicę, to jednakże w tych przypadkach, nie wskazanych dowodnie, jako ciąża zamaciczna, ma się najzupełniejsze prawo powątpiewać o prawdziwości rozpoznania. ORTHMAN ⁴⁾, jakkolwiek w klasyfikacji nie podaje, lecz odróżnia ciążę śródmiąższową a w rzeczywistości śródścienną od jajowodowo-maciczej; utrzymuje bowiem, że twierdzenie niektórych badaczy, jak KLOB'a, HENNIG'a, KLEINWAECHTER'a i innych, iż ciąża śródmiąższowa, skutkiem większej grubości ścian worka płodowego, aniżeli w ciąży czysto jajowodowej, ma więcej danych osiągnięcia kresu, odnosi się nie do czystej ciąży śródmiąższowej, ale raczej do ciąży jajowodowo-maciczej.

Jeszcze na jedną okoliczność czuję się w obowiązku zwrócić uwagę: w opisach przypadków ciąży śródmiąższowej, a raczej jajowodowo-maciczej [jak ją zwykle nazywają]: jajowód strony, ciążą zajętej podawanym bywa jako wyżej położony, aniżeli jajowód drugostronny. W przypadku moim było

¹⁾ Medicinskoje obozrzenie. 1891. Nr. 9.

²⁾ L. c.

³⁾ Monatschrift für Gebutsh. u. Frauenkr. 1859. Bd. 13.

⁴⁾ MARTIN's Krankheiten der Eileiter. 1835, str. 326.

wręcz przeciwnie: jajowód lewy znajdował się niżej, aniżeli prawy, zdrowy, i przebiegał tuż pod osadą worka płodowego na macicy. Tłumaczę to w ten sposób, iż ponieważ worek płodowy rozwijał się wśród mięśni dna macicy, kosztem zaniku takowych i rósł w górę, unosząc i rozszerzając otrzewną, jajowód zaś końcem swoim macicznym przyjął bardzo mały udział w wytworzeniu się ściany worka, przez co nie został przez rosnący worek w górę pociągnięty. Być może, iż położenie jajowodu poniżej worka płodowego będzie kiedyś znakiem patognomicznym dla ciąży śródściennej.

Co się tyczy sposobu operacji, to o niej niewiele mam do powiedzenia; była to najzwyczajniejsza keliohysterektomia, dokonywana przy włókniakach śródściennych macicy. Nie znając jeszcze metody podwiązywania i opatrywania szypuły macicznej prof. v. Orr'a, o której mówił dopiero w r. 1894 na Kongresie międzynarodowym w Rzymie ¹⁾, w ten sam sposób szypułę podwiązałem; powodem, który skłonił mnie do zastosowania tego rodzaju podwiązania w danym razie było, iż wymaga ono krótszego czasu do skutecznienia, co przy operacjach w jamie brzusznej niemałą również odgrywa rolę.

Z ODDZIAŁU CHOROÓB NERWOWYCH D-RA GAJKIEWICZA W SZP. STAROZAK. I Z PRAKTYKI PRYWATNEJ.

III. ALEXIA SUBCORTICALIS.

Przyczynę do nauki o zaburzeniach ośrodkowych w czytaniu, pisaniu i wzroku:

O ALEKSYI, AGRAFII, DYSLEKSYI, AFAZYI OPTYCZNEJ I ŚLEPOCIE DUCHOWEJ.

Napisał

D-r med. H. Higier.

— z — z —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 40].

Zanim pomówimy o rozmaitych szczegółach, dotyczących się teoretycznej strony danego przedmiotu, uważam za odpowiednie przejść do rozpatrzenia swych własnych przypadków. Zaczynam od spostrzeżenia, jakie miałem sposobność zrobić w szpitalu żydowskim w roku 1891.

Spostrzeżenie I. Judka G., liczący 32 lata, szczerkarz [№ 5284 karty szpitalnej]. Nigdy nie chorował ciężko. Rodzicę zmarli na apopleksję. Żonaty jest od 12 lat. Żona rodziła pięć razy, ani razu nie ronila. Dzieci są zdrowe. Syfilis, opilstwo, zimnicę, ostre cierpienia zakaźne chory stanowczo wyklucza. Na oczy i uszy nigdy nie chorował.

Chory skarży się na mocne, bliżej nie dające się określić bóle głowy, które pierwotnie były rozlane, w ostatnich zaś 4—5 tygodniach umiejscowiły się na 3 palce poprzeczne ponad muszlą ucha lewego i stąd rozpro-

¹⁾ Centralbl. f. Gyn. 1894. Nr. 26.

mieniają się ku tyłowi. Bóle najczęściej dokuczają w godzinach nocnych. W ciągu ostatniego miesiąca znacznie jakoby osłabił wzrok chorego.

Przy pierwszym dokładniejszym badaniu, odbytem 10. XI. 1891, znaleziono stan następujący: chory jest osobnikiem tego zbudowanym, niedokrwistym; usposobienie jego łatwo się zmienia, zwłaszcza zauważyć można skłonność do płaczu. Inteligencya prawidłowa, *sensorium* nie zajęte.

Stan bezgorączkowy, tętno 68, silne, miarowe. Narządy wewnętrzne — w porządku; mocz nie zawiera białka, ani cukru.

Opukiwanie głowy nie sprawia nigdzie bólu, a dźwięk opukowy wszędzie stłumiony [głuchy]. Wypływu z ucha niema. Wziernikowanie uszu nie daje wyników dodatnich. Na skórze i kościach nie widać śladów przebytego syfilisu. Niema również objawów bezwładu i zaburzeń czucia. Siłomierz wskazuje po obu stronach jednakowe liczby [70 funt.]. Odruchy kolanowe żywe.

Czynność nerwów czaszkowych prawidłowa. Źrenice wąskie; odczyn ich na światło i na akomodację prawidłowy. Przy oftalmoskopowaniu znaleziono, zwłaszcza na dnie lewego oka, wyraźną brodawkę zastoinową; rozszerzenie i wężykowatość żył siatkówki, oraz zatarcie granic brodawki. Wzrok znacznie osłabiony; z lewej strony więcej, niżli z prawej. Chory widzi jednak na tyle, by mógł odróżnić na odległość litery średniej wielkości, tak pisane, jak i drukowane; zbliższa czyta z książki dość biegle. Chory jest emetropem.

Badając palcem pole widzenia, z łatwością daje się wykazać bezczynność prawej połowy tegoż pola w obu oczach. Palec, wprowadzony w pole widzenia od strony lewej, chory spostrzega wcześniej tak jednym, jak i drugim okiem; z prawej zaś strony zaczyna go widzieć dopiero wtedy, kiedy palec dojdzie do linii środkowej, albo ją przekroczy (*Hemianopsia dextra homonyma*). Pomimo obniżonej siły wzroku i prawostronnej hemianopsyi; chory orientuje się w pokoju bez zarzutu, poznaje swoich towarzyszy szpitalnych i posługuje się rozmaitymi przedmiotami we właściwy sposób. Zaburzeń mowy nie dostrzeżono; chory rozumiał wszystko, co do niego mówiono, był w stanie wszystko powtórzyć, łatwiejsze rachunki załatwiał szybko i poprawnie.

Piątego dnia pobytu w szpitalu zwrócił chory uwagę moją na pewne zaburzenie w czytaniu, które go wielce zaniepokoiło, i które pojawiło się tegoż dnia rano, kiedy chory wstał z łóżka. Nie mógł on wtedy przeczytać płynnie i na głos pewnej modlitwy wydrukowanej po hebrajsku na tablicy ściennej w sali chorych. Nawiasem dodam, że chory czyta i rozumie po hebrajsku od 6-go roku życia, po polsku zaś nauczył się dopiero w 14 roku.

Przy podjętem tegoż dnia powtórnem badaniu chorego i zachowania się jego przy akcie mówienia, czytania i pisania, okazało się przedewszystkiem, że mówi poprawnie, odpowiada na pytania, jak się należy, tak, że pod tym względem zdaje się wolnym być od wszelkich zboczeń. Przeróżne przedmioty określa właściwem mianem z zupełną łatwością; abecadło powtarza bez błędu, jeśli mu podpowiedzieć początek. Pacierz mówi płynnie, modlitwy śpiewa dość poprawnie, tak pod względem tekstu, jak i melodyi. Liczy bez omyłek do 50.

Dni w tygodniu i miesiące nazywa płynnie. Jedno, co można było dostrzedz w jego odpowiedziach na zadawane pytania i w samodzielnej mowie, to mianowicie długie zastanawianie się, *resp.* brak wyrazów, mających określać mniej znane lub rzadziej używane przedmioty. Tak np. chory nie może sobie przypomnieć imion dwojga najmłodszych swoich dzieci, nazwiska lekarza szpitalnego, właściciela domu, w którym mieszka. Z szeregu podpowiadanych mu odpowiedzi (*Suggestionsfragen*) można się jednakże przekonać, że właściwe imiona, lub też poprawne określanie rzeczy jest mu znane; jeśli mu coś podpowiedzieć, powtórzy bez zająknięcia i bez wahania, atoli po krótkim czasie zapomina znów wyrazów. Bywają i takie chwile, w których na zadawane pytania chętnie powtarza ten sam suggestyjonowany wyraz, chociaż sam pojmuje niestosowność takowego.

Opisane zбочenie pamięci uwydatnia się szczególnie wtedy, kiedy chory czuje się zmęczonym szeregiem zadawanych pytań. Natomiast zbyt mocne utrwalenie w pamięci i powtarzanie bez potrzeby raz użytego wyrazu zdaje się nie zależeć od podmiotowego stanu, czy uczucia zmęczenia.

Daleko wybitniejsze były zaburzenia w czytaniu i pisaniu. Chory nie był w stanie przeczytać nic pisanego lub drukowanego, chociaż treść była mu dobrze zrozumiała, jak to można było wnosić z odpowiedzi jego. Niektóre litery poznawał dobrze i nazywał je bez błędu. Gdy mu dawano hebrajską książkę do nabożeństwa, mógł niekiedy odczytać początek tego lub innego znanego mu rozdziału; pierwszy lepszy zaś wyraz ze środka tekstu zdawał się poznawać, nie mógł wszakże odczytać go. Nawet te wyrazy hebrajskie, których znaczenia nie pojmował, rozpoznawał z łatwością i odnajdywał we wskazanym wierszu. Ani jednokrotne spojrzenie się na wyraz, ani próby powolnego sylabizowania nie pomagały choremu w czytaniu.

Poznaje on dobrze cyfry, jednak liczb wielocyfrowych przeczytać nie jest w stanie: „15“ czyta piętnaście; „364“ czyta trzysta..., a dalszych dwóch cyfr już nazwać nie zdoła; „6“ wydaje mu się dziewiątką; „4“ nazywa ósemką, pomimo tego, że potrafi napisać cztery [4], gdy mu kazać.

W pisaniu stwierdzono jeszcze większe zaburzenia. Chory zaledwie jest w stanie napisać dwie pierwsze litery swego nazwiska, pozostałe podpowiada sobie kilkakrotnie, jednak napisać ich nie może. Również nie udaje się pisanie za dyktandem. Kopiowanie pisanego w języku hebrajskim jest bardzo niedo stateczne; chory przytem nie umie odczytać na głos tego, co sam przepisał. Czasem udaje się choremu coś przepisać, lecz pismo jest niepewne i z błędami. Z polskich liter nie może on napisać ani jednej, pomimo znacznego wysiłku.

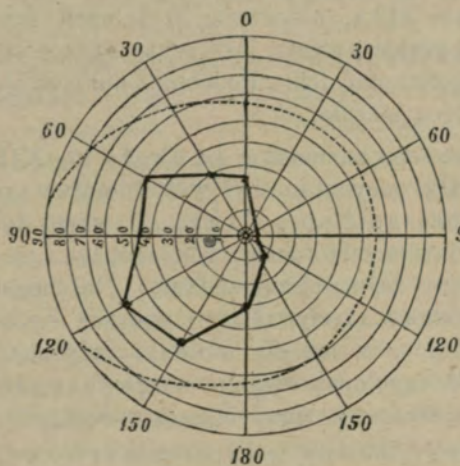
Liczy chory prawidłowo; lecz przy najmniejszym zmęczeniu psychicznem, nawet proste rachunki już wykonywa mylnie [$5.7=45$; $3.4=14$; $12+13=21$] Szybkie wyczerpywanie się, a z nim osłabienie przemijające zdolności umysłowych najlepiej widzieć można, gdy się choremu zada kolejno kilka pytań; traci on wtedy głowę, odpowiada błędnie i nawet nie spostrzega omyłek w odpowiedziach swoich. Jeśli mu kazać kolejno pokazywać prawe oko, lewą powiekę górną, lewy paluch, czubek nosa, prawe kolano i t. d., to po jakiejś pół minucie chory przestaje się orientować i daje zupełnie mylne odpowiedzi.

Z dniem każdym bóle głowy dokuczały choremu coraz więcej. Wielokrotnie zjawiały się wymioty. Tętno było stale powolne. Razu pewnego, podczas napadu zemdlenia, spadło ono do 44 uderzeń na minutę. Wszelkie *sedativa* i *antineuralgica* nie sprowadzały najmniejszej ulgi.

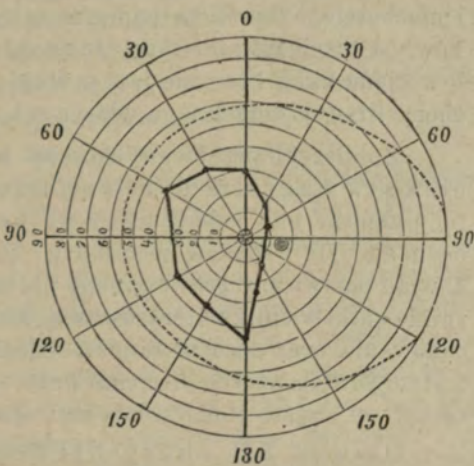
Badanie chorego, dokonane w dniu 18. XI, dostarczyło kilku nowych szczegółów. Ból umiejscawia się nie tylko w wyżej wspomnianej okolicy skroniowo-ciemieniowej, lecz szerzy się pod postacią nieznośnego nerwobólu nad lewym oczodołem. Dalej, co się tyczy strony ruchowej, znaleźliśmy wyraźny niedowład prawych kończyn. Badanie siłomierzem wykazuje z prawej strony 50, z lewej 72. Zmysł mięśniowy i zmysł stereognostyczny niezmienione. Chory może stać tak z otwartymi, jak i zamkniętymi oczami.

Zmęczony się zbyt, zaczyna popełniać omyłki w mowie. Trzeba jednak uważnie śledzić za jego mową, by zauważyć zboczenie parafatyczne. Przedmioty wskazywane określa chory właściwem imieniem; również poznaje i nazywa prawidłowo takie przedmioty, które podpadają pod inne zmysły, prócz wzroku. Oznak ślepoty duchowej stale brak. Natomiast, wyższego stopnia dosięgły takie objawy, jak: szybkie zapominanie, łatwe zmęczenie duchowe i chorobliwe czepianie się raz użytego wyrazu. Siła wzroku pozostała w tej mierze, co poprzednio. Zbadano dokładnie za pomocą perymetru pole widzenia. Jak wskazuje załączona rycina, istniała u chorego typowa *hemianopsia homonyma* prawostronna. Lewa połowa pola

Oko lewe.



Oko prawe.



widzenia, wkraczająca nieco w ciemne pole [prawe], jest bardzo zwężona w kierunku poziomym [w prawem oku — do 35°, w lewem do 45°]. Barwy rozróżnia chory dobrze, podobnie i nazywa je prawidłowo. Jeśli położyć przed nim jaką próbkę welny, to po większej części, acz nie zawsze, potrafi

dobrac odpowiednio do niej odcienie. Pamięć wzrokowa barw zachowana zupełnie, podobnie jak pamięć rzeczy konkretnych; na pytanie, jaka jest barwa krwi, trawy i t. p., odpowiada chory poprawnie. Dzieci swoje, sąsiadów, potrafi opisać dość dokładnie, chociaż imion ich nie może przytoczyć.

Zaburzenia w czytaniu wzmogło się znakomicie. Podczas gdy poprzednio chory poznawał dobrze litery i wyrazy drukowane, a nie mógł jedynie czytać na głos, to obecnie nie poznaje ani jednego wyrazu zarówno po hebrajsku, jak i po polsku napisanego. Z pomiędzy liter hebrajskich pisanych, czy też drukowanych, jedne nazywa prawidłowo, innych znów nie może rozpoznać, albo nazywa je mylnie; litery pisane czyta gorzej, niż drukowane; podobnie alfabet mały sprawia choremu mniej trudności, niż duży. Co się tyczy pisma polskiego, to tutaj aleksya jest jeszcze dosadniej wyrażona. Cyfry poznaje chory prawie bez wyjątku lepiej, niż litery; przy liczbach trzycyfrowych lub czterocyfrowych zawsze się zacina. Oblicza zawsze dokładnie ilość liter w danym wyrazie. Dodać tu winienem, że wogóle badanie tego chorego na aleksyę było utrudnione z tego względu, że starał się on odgadywać takie litery, których nie mógł poznać lub nazwać, wskutek czego niejednokrotnie nie można było wiedzieć dokładnie, czy chory zamienił literę, czy też nie poznał i błędnie ją odgadł; z drugiej strony, chory, podobnie jak wielu afatyków, czepiał się chętnie raz użytego wyrazu lub pojęcia.

Pisać chory nie może ani prawą, ani lewą ręką, zarówno samodzielnie, jak i za dyktandem. Chory oświadcza wprost, że od czasu jak zachorował w szpitalu, nie jest w stanie napisać ani jednej literki; jeśli zaś na usilne żądanie zdecyduje się coś napisać, to zabiera się do tej czynności jakoś niezdarne i niechętnie, i skreśli na papierze zaledwie kilka, niezawsze czytelnych znaków. Utracił również chory zdolność do przepisywania; jeśli czasem przepisze bez błędu kilka liter, nie jest w stanie przeczytać ich. Podobnie nie poznaje chory liter, pisanych jego własną ręką, lecz biernie.

Z dalszego przebiegu choroby winienem zaznaczyć, że około 10. XII. aleksya i agrafia były zupełne, t. j. pacjent nie był w stanie przeczytać i napisać ani jednej litery po hebrajsku i po polsku. To samo dotyczyło się cyfr i znaków pisarskich. Brodawka zastoinowa, hemianopsya i niedowład połowiczny prawostronny nie uległy najmniejszej zmianie. Natomiast znikło całkowicie zainteresowanie, jakie chory okazywał stale podczas egzaminowania, oraz uczucie radości dziecinnej, gdy mu się udawało rozpoznać trafnie pewien szereg liter lub liczb. Chorego opanowało przygnębienie, zaczął on często płakać i wyrażał obawę stracenia zupełnie rozumu i wzroku.

Dnia 12. XII. chory był demonstrowany w klinice nerwowej prof. Popow'a i tamże dostał napadu, połączonego z utratą przytomności. Tętno twarde, niemiarowe, 44 uderzenia na minutę. Gałki oczne kurczowo skierowane ku dołowi. Żrenice mocno rozszerzone, nie reagujące. Ani śladu odczynu na bodźce bólowe, ani śladu objawów podrażnienia ruchowego.

Następnego dnia chory opuścił szpital w bardzo złym stanie zdrowia, atoli po 3-ch tygodniach pojawił się w ambulatoryum nerwowem zupełnie zdrów.

I rzeczywiście, nie znaleźliśmy po powrocie chorego ani śladu ciężkich zaburzeń w czytaniu i pisaniu, jak również niedowładu ruchowego; dotkliwe bóle głowy i czoła ustąpiły. Jedyne niejasna jeszcze, jakby zlekka zatuszowana, granica brodawki (*papilla*), oraz ogólne zwężenie pola widzenia mogły świadczyć o przebytem, ciężkiem cierpieniu mózgowia. Chory, osobnik mało inteligentny, przypisywał zbawienne skutki przyszczyłom, jakie mu w domu kilkakrotnie przykładano na karku. Nadmienić jeszcze wypada, że chory, w ciągu ostatnich 13 dni pobytu w szpitalu, leczony był wyłącznie rtęcią i jodem, i że nadal w domu przyjmował do wewnątrz jod.

Rozpoznanie choroby w danym przypadku nie napotkało na znaczne trudności. Silne i uporczywe bóle głowy, wymioty i zajęcie *sensorii*, a wszystko to u 32-letniego osobnika, który nigdy nie cierpiał na migrenę i nerwobóle, i u którego nie znaleźliśmy objawów przewlekłego zapalenia nerek, były same przez się bardzo podejrzone. Pewności co do natury bólów nabraliśmy wówczas, kiedy wzniernik oczny wykazał obustronną brodawkę zastoinową, będącą wyrazem wzmożonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego. Trudniej było oznaczyć umiejscowienie nowotworu. Jedynym ważnym objawem, który można było stwierdzić w ciągu pierwszych kilku dni, pomijając, rozumie się, bóle głowy i *neuritis optica*, była hemianopsya prawostronna, która wskazywała wyraźnie na zajęcie lewej półkuli mózgowej. Atoli hemianoptyczne zaburzenia wzroku mogą istnieć tak przy zajęciu szlaku wzrokowego (*tractus opticus*) na podstawie mózgu, jak i przy porażeniu dróg wzrokowych w dalszym ich przebiegu wewnątrz mózgu, począwszy od poduszeczki (*pulvinar*), wzdłuż promienistości wzrokowej GRATIOLET'a i kończąc na ośrodku optycznym w korze mózgowej, który to ośrodek jedni umiejscawiają w *cuneus*, drudzy w *gyrus angularis*. Bóle, jakich chory doznawał przez całe tygodnie w jednym i tem samym miejscu, mianowicie na trzy palce poprzeczne powyżej i z tyłu lewej muszli usznej, przemawiały raczej za zajęciem *gyri angularis*.

Kiedy do półwzroczności przyłączyły się zaburzenia w czytaniu i pisaniu, to dla wytlómaczenia powstałego obrazu klinicznego „aleksyi podkorowej“, umiejscowienie powyższe zdawało się być bardziej niż prawdopodobnem. Jakiśmy już poprzednio nadmieniali, ten ostatni zbiór objawów, w większości znanych przypadków, okazał się zależnym od porażenia korowego właśnie w okolicy *gyri angularis*. Niedowład połowiczny z prawej strony, jak również parafazyę, które w dalszym przebiegu choroby przyłączyły się do istniejących już objawów, należało uważać nie jako bezpośrednie objawy ogniskowe, lecz jako wynik ucisku szybko rosnącego nowotworu na pobliskie drogi ruchowe.

O naturze guza nie można było nic stanowczego powiedzieć podczas całego przebiegu choroby. Ze względu na bóle powyżej ucha, przypuszczać by można ropień w mózgu pochodzenia usznego; brak jednak napadów gorączki i dreszczów, zaprzeczanie ze strony chorego, iżby cierpiał kiedykolwiek na choroby uszu, wreszcie brak jakichkolwiek obrażeń ucha wewnętrznego wy-

kluczały z wszelkiem prawdopodobieństwem to przypuszczenie. Toż samo można było powiedzieć o jakimś pojedynczym gruźelku (*tuberculum solitare*), który wydawał się nader wątpliwym ze względu na brak dziedziczności u chorego i zdrowe płuca. Co się tyczy ograniczonych spraw przymiotowych substancji mózgowej (*gumma*), lub opon mózgowych (*pachymeningitis*), to ani wywiady, ani szczegółowe i bardzo dokładne badanie i poszukiwanie śladów przebytego syfilisu nie dostarczyły pod tym względem jakichkolwiek bądź danych. Pozostawało tedy przyjąć istnienie nowotworu złośliwego, bardzo szybko rosnącego, którego natura bliżej nie dawała się określić. Dlatego też i rokowanie stawialiśmy bardzo niepomyślne.

Zupełnie pomyślne zakończenie ciężkiej choroby upewniło nas jednak ostatecznie, że początkowo brany w rachubę i drogą logicznego rozumowania słusznie przy rozpoznaniu różniczkowem odrzucony przymiot mózgu był najprawdopodobniejszą przyczyną nader szybkiego powstawania i jeszcze szybszego znikania tak zatrwajającego zbioru objawów. Jedynie bowiem nowotwory syfilityczne mogą dawać taki przebieg, w którym, pomimo groźnych objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, szybkie i zupełne następuje wyleczenie.

Opisany wyżej przypadek aleksyi należy do rzędu czystych, niepowikłanych, ponieważ nie mieliśmy prawie żadnych innych ogniskowych objawów mózgowych. Nierównie więcej złożony, a jednocześnie trudniejszy pod względem rozpoznawczym jest przypadek drugi, odmienny bardzo od pierwszego: spostrzegalem go rok temu w praktyce prywatnej. W przypadku tym zaburzenia alektyczno-agraficzne, których analizą szczegółową zajmę się później, zeszyły nieco na drugi plan, ustępując niejako pierwszeństwa afazyi optycznej i częściowej ślepotcie duchowej. [D. c. n.]

IV. KILKA SŁÓW

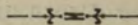
O MEZKIEM OWŁOSIENIU U KOBIET,

oraz niektórych innych anomaliach owłosienia i rozwoju ogólnego

[Podług odczytu w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem].

Podał

Fr. L. Neugebauer.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 38].

Podług ROSENUELLER'a, podobne spostrzeżenia opisali:

WUENSCH. („*Untersuchungen über den Menschen*“ . I Th. Leipzig. 1796, p. 318 Tab. XIII). Dziewczynka na jarmarku w Lipsku pokazywana, owłosiona jak sarna, o licznych brodawkach, również owłosionych na grzbie cie,

GILIBERT. (*Samml. von Beobacht. S. 56*). Dziewczyna, u której na całej długości grzbietu istniała dwa cale szeroka smuga długich twardych włosów.

DEGNER. (*Acta Natur. Curiosor VI. Obs. II*). U dziewczynki w 3 roku życia powstało owłosienie grzbietu, brzucha i kończyn.

BARTHOLINUS. (*Hist. anat. rar. cent. I et II. Hafniae. 1654. hist. 42 p. 68*). 6-letnia dziewczynka, za pieniądze pokazywana, o nadzwyczajnem owłosieniu. Cała powierzchnia ciała obrosnięta białawymi włosami, nawet i uszy. Na bródce zarost długości dłoni.

Znanym jest objaw częstego owłosienia znamion (*naevus pilosus*). Przycitaczam dwa przykłady z dzieła BLAND SUTTON'a: *Tumours innocent and malignant*, (*London, Paris, Melbourne. 1843, p. 354, fig. 175—176*). Fig. 19 przedstawia owłosione znamię grzbietu, które stało się siedzibą mięsiaka i rychłej śmierci 47-letniego mężczyzny.

Fig. 20 przedstawia owłosione znamię twarzy u jednorocznego dziecka. Podług LAWSON'a: (*Transact. Path. Soc. vol. XXIV, p. 256*).

Fig. 19.

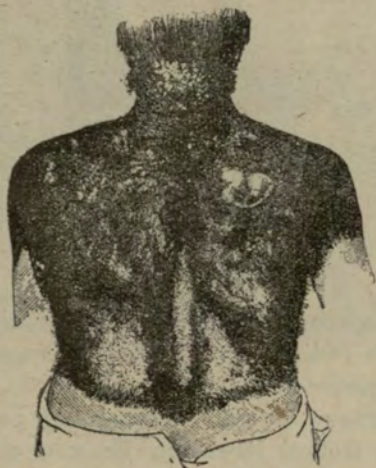


Fig. 20.



4 podobne rysunki podaje Fox: „*Naevi pigmented and hairy*” (*The Amer. Journ. of Obstetr. August 1896 p. 227*).

Naevus pilosus faciei.

Również ciekawym objawem jest owłosienie okolicy łędźwiowej i krzyżowej u niektórych osobników, objaw, któremu niektórzy autorowie przypisują patognomoniczne znaczenie przy rozpoznaniu *spinae bifidae occultae*. Już za życia płodowego, podług RANKE'ego, w tem to miejscu znajduje się pasmo dłuższych włosów, które wykazują tak samo spiralny układ korzeni, jak na zakończeniu ogona zwierzęcego. Ponieważ w tem to miejscu rozszczep kręgosłupa rozwojowy najpóźniej się zamyka i najpóźniej rdzeń się od powłok skórnych oddziela, już ESCHER zwracał uwagę na częstość anomalii rozwojowych w tem

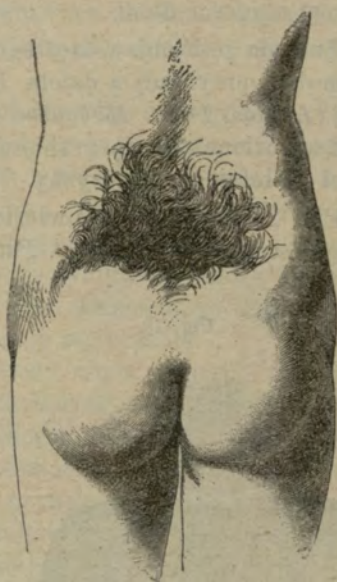
to miejscu. Do nich właśnie należy i nadmierne owłosienie tej okolicy, jakiego przykłady przedstawiają fig. 21 i fig. 22 [podług RANKE'go l. c. p. 161]. Fig. 21 przedstawia podług ORNSTEIN'a owłosienie okolicy krzyżowej u mężczyzny, fig. 22 podług VIRCHOW'a u kobiety. Podobnych spostrzeżeń znam jeszcze kilka, np. RECKLINGHAUSEN: „*Untersuchungen über Spina bifida. Berlin. 1886*“.

Fig. 21.



Trichosis sacralis u mężczyzny,
podług ORNSTEIN'a.

Fig. 22.



Trichosis sacralis u kobiety
podług VIRCHOW'a.

REINER. „*Ueber sacrale Hypertrichosis*“, CONRAD BRUNNER. (*Virchow's Archiv. Bd. 107. 3 Heft. 1882, p. 494 – 504*). „*Ein Fall von spina bifida mit congenitaler lumbaler Hypertrichosis. Pes varus u. Mal perforant du pied*“.

Najwięcej przykładów zarówno nadmiernego owłosienia na całej powierzchni ciała, jak i częściowej hypertrychozy zebrał BURKARD EBLE w obszernej monografii: „*Die Lehre von den Haaren in der gesammten organischen Natur*“ (Bd. II. *Haare des Menschen. Wien. 1831*). EBLE przytacza zarówno wrodzone anomalie owłosienia, jak i nabyte np. po chorobach, nie trzymając się jednak przytem żadnej klasyfikacji. Pozwalam sobie przytoczyć niektóre spostrzeżenia podług tego mało dostępnego, acz arcyciekawego dzieła. Na str. 35 E. opisuje 28-letniego mężczyznę o włosach na głowie osadzonych, 4 stóp długości [podług FRORIER'a *Notizen für Natur-u. Heilk. 14 Bd p. 310*]; u tancerki Negrini po ostrej chorobie zakaźnej włosy wyrosły jakoby na 4 łokcie długości. Kanclerz uniwersytetu w Tubindze D-r JOH. ULRICH PRAGIZZER podobny był wskutek długiej brody do ARON'a, tak, że marszałek TURENNE odezwał się o nim: „*Voilà un homme qui a plus de barbe, que tous les hommes de France*“.

W N-rze 2380 czasopisma „*Illustrirte Zeitung*“ z 9. II. 1889 na str. 140 znalazłem 2 rysunki, podług fotografii odbite, przedstawiające 63-letniego mężczyznę Ludwika Goulon'a, żyjącego w Montluzon, fabrycznym miasteczku departamentu Allier. Broda tego osobnika mierzy 2,52 metrów długości. Już w 12 roku życia Goulon musiał się golić, w 14 roku broda miała już 30 ctm. długości. Goulon ma 159 ctm. wysokości, a broda 252 ctm. długości. Zwykle G. nosi brodę dwa razy dokoła szyi owiniętą [patrz fig. 23 i 24].

Fig. 23.

Fig. 24.



Ludwik Goulon.



Ludwik Goulon.

W mieście Eidam w gmachu *Prinzenhof* istnieje portret cieśli [w naturalnej wielkości], który przy pracy nosił brodę w woreczku—broda dochodziła 9 stóp długości. W Braunau istnieje do dziś dnia pomnik burmistrza Hans'a Steininger'a, którego broda sięgała tak nisko, że chodząc mógł ją wlec po podłodze za sobą. Otóż pewnego dnia, wchodząc po schodach do ratusza, zapomniał brodę unieść, przewrócił się wskutek tego i zmarł wskutek obrażeń przy upadku w roku 1572. Co do owłosienia innych miejsc, EBLE przytacza przykłady nadmiernie długich rzęsów aż do 1½ cala długości, dalej owłosienie deski piersiowej: fakirzy mają mieć owłosienie deski piersiowej do 4 łokci długości [?]. EBLE przytacza owłosienie *areola mamillae* kobiecej cala długości, owłosienie uszów. PAULINI opisał kobietę, której włosy sromowe się-

gały do kolan, inna kobieta włosy te obcinała i jakoby wyrabiała peruki z nich. EBLE osobiście widział u kobiety bardzo namiętnej włosy sromowe długości 4 cali; w Budapeszcie istniała chłopka z Wałachii o włosach sromu do kolan sięgających. BARTHOLINUS opisuje żonę duńskiego żołnierza, o włosach sromowych takiej długości, „*ut pone tergum pctuerint complicari*“, że można było warokocz z nich upleść na plecach. Dalej EBLE przytacza nadmierne owłosienie uszów, brwi tak obfite i szerokie, że łączą się pomiędzy sobą na grzbiecie nosa i tworzą jedną smugę poprzeczną poniżej czoła — owłosienie nadmierne rąk — podług Starego Testamentu Eza w różnił się od wątego Jakóba szorstkimi rękoma. Następnie EBLE na str. 37 przechodzi do ludzi ogólnie nadmierne owłosionych — *homines pilosi*:

HILDANUS (*Genesis XXV. 95.*) opisuje chłopczyka tego rodzaju: „*quod rufus totus, et villosi centonis instar fuerit*“. Podobne spostrzeżenia opisali: THORESBY [dziewczynka owłosiona], WELSCH i BARTHOLIN, ZACHIAS, WOLF, ZACUTUS, SCHUMANN, BLANCARD, LENTIL, SCHULZE, RIOLAN, VANDENBROECK. DIGBY A KENELMO (*Tract. de natura corporis. c. 23 n. 7. p. 315.*) opowiada, jakoby w Polsce i w Rosyji istnieją ludzie tego rodzaju, wiadomość, którą potwierdza BERNHARD CONNOR, lekarz nadworny JANA SOBIESKIEGO. W *Sepulchretum Bonnet'a* podany jest opis sekcji MARTINEZ'a DEL SLAPER, dokonanej przez VAN HORNE'a. Samobójca ten był owłosiony jak niedźwiedź. COLUMBUS opisał takiegoż hiszpana. W piśmiennictwie starożytnem greckiem tego rodzaju ludzi nazywano satyrami. PLUTARCH o nich wspomina, HELMONT opowiada o tego rodzaju nieboszczyku, zapeklowanym solą i obwożonym po Egipcie, Frygii, i Grecyi w celu pokazywania go za pieniądze. POMPONIUS MOLA, DIODORUS, ARIANUS opisują całe narodowości tak owłosione. EBLE zapatruje się na owe opowiadania z dawnych czasów z należytą rezerwą, jednak przytacza i spostrzeżenia nowe wiarogodniejsze. Dnia 2. I. 1829 w czasopiśmie: „*Der österreichische Wanderer*“ podano opis człowieka, przedstawionego w miasteczku Ara angielskiemu poselstwu w Birma. Cały ten człowiek był długimi włosami obrośnięty od stóp do głowy, nie wyłączając twarzy, uszu i nosa, gdzie włosy miały do 8 cali długości. Na piersiach i barkach długość ich nie wynosiła więcej niż 4—5 cali. Człowiek ten pochodził z Lao nad rzeką Martaban i nie posiadał wcale zębów trzonowych („*Backenzähne*“). Z dwóch jego córek, jedna podobną była do nadobnej matki, druga — do niego, lecz owłosienie jej było jasnym, a ojca ciemnym. W młodości ojca owłosienie jego było również jasnym. Owłosienie nadmierne może być spadkowem, jak tutaj i w rodzinie Julii Pastrany.

RUGGIERI (*Allg. med. Annalen. 1817. Nov. p. 1522: „Storia ragionata di una donna avente gran parte del corpo coperta di pelle e pero nero“*. Venet. 1815) opisuje 27-letnią pannę o długich włosach od sutek do kolan, od barków do *fosse popliteae* ciała pokrywających. Włosy były czarne. Panna wyglądała podobno jak czarny pudel.

Nareszcie BODARD opisał dziecko o wrodzonym owłosieniu znacznem i HEUSINGER człowieka o ogólnem nadmiernem owłosieniu w czasopiśmie: *Zeitschrift f. organische Physik*. Na str. 229—244. EBLE specjalnie rozpatruje kwe-

stę hypertrychozy oraz przedwczesnego rozwoju owłosienia, wiekowi dojrzałości odpowiadającego. EBLE rozróżnia ogólne nadmierne owłosienie: *hirsuties s. dasytes* i hypertrychozę umiejscowioną: *pogoniasis*. TAMPONETTA pokazywał lekarzowi BORRICHUSZOWI dziecko urodzone o ogólnem nadmiernem owłosieniu, w spirytusie zachowane. TOMASZ FICINUSZ opowiada o noworodku o tak nadmiernem owłosieniu, że włosy przypominały szczeciny. Matka, jakoby zapatrzyla się w ciąży, oglądając obraz Św. Jana Chrzciciela, odzianego w suknię z wielbłądziego włosia. Również ciotka papieża Mikołaja III-go miała także dziecko urodzić po zapatrzaniu się. PEUCERUS widział kilka takich potworków owłosionych. ZACUTUS LUSITANUS opisał 3-letnią dziewczynkę o nadmiernem ogólnem owłosieniu i białym puszką na bródce. SCALIGER opisuje chłopczyka tak owłosionego, że Francuzi dali mu przydomek „Barbet“.

BICHAT i VILLERMÉ w roku 1808 w Poitiers widzieli dziecko 6 do 8 lat mające, o licznych znamionach owłosionych, zajmujących $\frac{1}{3}$ całej powierzchni ciała. W czasopiśmie HUFELAND'S *Journal*. [14 Bd. 1802, p. 141] opisana 14-letnia dziewczynka o przedwczesnym rozwoju płciowym; cały grzbiet jej pokryty był jasnymi włosami kędzierzawymi, przypominając cielaka. Jedno z najciekawszych spostrzeżeń na str. 231 cytuje EBLE podług DEGNER'a (*Acta Acad. natur. curios. T. VI, obs. 71*), który to opis podaje dosłownie:

„*Militi praesidiario Vesaliensi anno 1722, nata est in pago Boenen sana formosaeque filia, quae ad tertium usque aetatis annum colorem in facie pallidum, habitumque corporis gracilem monstrabat, ac parum insuper cibi et potulentorum capiebat. Ast transacto tertio isto anno fames sitisque sensim redierunt, et eodem tempore striam, in dorso adparentem, pilosamque tractu temporis evadentem observarunt agnati, quae succesive magis magisque sese expandebat, ut tandem totum etiam dorsum una cum abdomine, omnibusque extremitatibus ad digitos usque pilis plenarie tecta et obrita adparuerint.*

Hirsutum illud integumentum successive accrescendo, pullique equini cutem jam quasi repraesentando, plures etiam solito in pedum manuumque digitis monstravit crines, hique omnes forma et colore simiae comis quoad maximam partem adsimilabantur; pudenda autem plane nigris, et subaxillaria loca rufis tegebantur pilis ad instar virginis 18 vel 20 annorum. Frons desuper adeo densis longisque superciliis, sicuti in homine 20 annorum superbiebat; capilli denique ad pedes fere usque extensi, longitudine ulnam cum tribus ejus quadrantibus aequabant. In mento proinde ac genis, maxime versus tempora subscripti pili, semiorbam quasi describentes, minimumque digitum transversum fere quoad longitudinem excedentes conspiciebantur, una cum barba in cute quadantenus delitescente. Calvaria quoque magnitudine pene duorum alia hujus aetatis exsuperabat capita, ac genae colore coccineo perfusae, sufflataeque instar buccarum ceraebantur. Toti vero externa corporis superficies Cingarorum cuti asperitate coloreque simillima erat, quem ad modum facies ratione magnitudinis pumilionem 30 annorum referebat; ast minnae eorumque papillae iis saltem, quas 10 vel 12 annorum puella gerere solet, praeserant; cum e contrario in dorso et utrisque scapulis sat magnus tumor, duos circiter pugnos magnitudinis exaequans, totusque pinguedinis intus repletus, offenderetur.

Cueterum sano valebat ingenio, mentisque dotibus satis egregiis; vox ei erat gravis atque virilis, ast peregrinorum in praesentia vix quidquam loquebatur. Gulae insuper revera implacabilis erat, siquidem qualibet die tres ad minimum haurire poterat cerevisiae cantharas; hinc etiam 100 ad minimum ponderabat libras ultimis temporibus, quae moles in incidendo atque ambulando aliquam ipsi molestiam creabat, atque in causa fuit quod aliquando infausto casu in terram prolaberetur, inde primum de continuis doloribus in dorso conquerebatur, quibus respiratio brevis atque difficilis superveniebat; quae tandem, lapso abhinc quadrimestri spatio, mortem ipsam accelerabat. Adjiciendum, quod intra anni dimidium tota cutis undique pilosa ita reddita fuerit, quodque mater nequaquam recordari potuerit, se durante graviditatis tempore usquam terrore aliquo graviore percussam fuisse, aut simiam vidisse, vel de quocunque alio piloso animali singularem quandam aut firmiorem impressionem et imaginem sibi formasse“.

EBLE w tem miejscu dodaje jeszcze spostrzeżenie, dotyczące 3-letniego chłopca, Stephanson'a, w Manot Chelsea Gardens pokazywanego, u którego połowa ciała od urodzenia pokrytą była żółtawym włosem, prawie takiej grubości, jak włosy na głowie. Skóra w tych miejscach była brunatno zabarwioną. Zabarwienie to i owłosienie zaczynają się na szyi i karku i obejmują cały grzbiet, brzuch i tylną i przednią powierzchnię ud do kolan. Prócz tego tu i ówdzie rozlane jeszcze plamy skórne owłosione.

OSIANDER widział u ciężarnej po raz pierwszy kobiety powstanie owłosienia powyżej pępka, na miejscu, na którym rok temu postawiono pryszczydło. Podług HELIODOR'a, HOMER miał nazwisko swoje HOMEROS od owłosienia pachwin [?].

Przytoczyłem dane z piśmiennictwa, dotyczące ogólnego, nadmiernego owłosienia oraz owłosienia heterotopijnego. Spis ten zawiera wiele faktów na pierwszy rzut oka wątpliwych, lecz wątpliwości te giną wobec nowoczesnych spostrzeżeń analogicznych, stwierdzonych przez powagi lekarskie. Przechodzę obecnie do przedwczesnego owłosienia, przy przedwczesnym zwykle rozwoju narządów płciowych — *evolutio et maturitas praecox* — lecz i bez niego się zdarzającego, chociaż wyjątki te nie naruszają prawidła ścisłego związku pomiędzy rozwojem i czynnością narządów płciowych i rozwojem owłosienia sromu, jam pachowych, wystąpieniem zarostu na twarzy, owłosieniem podbrzusza, deski piersiowej i t. d. u mężczyzn, a rozwojem sutek u dziewcząt. Niechaj mi będzie pozwolonem w tem miejscu przytoczyć odpowiednią kazuistykę, zanim przyjdziemy do jakichkolwiek wniosków. Najobszerniej zestawił takową ś. p. lipski profesor PLOSS w znakomicie opracowanym dziele „*Das Weib in der Natur- u. Völkerkunde*“. Przy pracy mojej opieram się na 4 wydaniu tego dzieła, zredagowanym przez MAKSA BARTELS'a. [Lipsk. 1895. pag. 282—287].

Maturitas praecox u dziewcząt, co do fizycznego rozwoju, zdradza się przez przedwczesny rozwój sutek, przedwczesny rozwój narządów sromu, wyrastanie nader wczesne owłosienia pod pachami i w okolicy sromu tak, że narządy te u małego dziecka, a nawet u noworodka, już przypominają na wygląd wiek starszy. Dalej zjawia się przed czasem miesiączka. Jednorazowe zjawienie się krwawienia ze szpary sromowej u noworodka lub małej dziewczynki PLOSS

niekoniecznie uważa za objaw miesiączki, żąda natomiast, aby przynajmniej kilka razy peryodycznie takie krwawienia się powtarzały, aby zasługiwały na miano krwawień miesiączkowych. Osobiście już dwa razy widziałem u noworodków krwawienia z pochwy, a nawet u jednego z tych dzieci krwawienia te powtarzały się regularnie przez kilka miesięcy w pewnych odstępach czasu; nie miałem, niestety, sposobności dalej śledzić tego dziecka, które sam kleszczami odebrałem u żony stróża. PLOSS przytacza 13 przypadków przedwczesnego miesiączkowania, inni: w wieku 2 miesięcy [ZELLER], 3 miesięcy przy rachityzmie [COMAR-MOND], w wieku 31 miesięcy [van Der weer] u dziewczynki urodzonej w lutym 1820 w Północnej Ameryce. U dziecka tego miesiączka pierwszy raz zjawiała się w wieku czterech miesięcy i od owego czasu powtarzała się regularnie co 28 dni, trwając po 4—5. Dziecko, bardzo dobrze rozwinięte, ważyło 49 funtów, wyglądało jak 10—12-letnia dziewczynka. W grudniu 1882, styczniu i lutym 1883 miesiączki nie było. CESARANO obserwował miesiączkę regularną u dziewczynki 6 miesięcznej rachitycznej. D'OUTREPONT opisał miesiączkę od 9 miesiąca życia u Barbary Eckhofer, urodzonej w r. 1806. DIEFFENBACH opisał krwawienia pochwowe w 9, 11, 14 i 18 miesiącu życia. SUSEWIND obserwował nastąpienie miesiączki pod koniec pierwszego roku życia u dziewczynki rachitycznej z Werdorf. Sally Deweese w Kentucky urodzona w r. 1824 pod koniec pierwszego roku już miała miesiączkę i w wieku lat dziesięciu została już matką [MONTGOMERY]. LIEBER obserwował miesiączkę u dziewczynki 2 lat i 9 miesięcy mającej. Luiza Flux urodzona 1802, zmarła 1803, miesiączkowała od 4 miesiąca życia i była brodatą. Jak sekcyja wykazała, dotkniętą była ona *hydrocephalo interno* [COOKE]. Teresa Fischer z Regensburga, urodzona w r. 1807, miesiączkująca od 6 roku życia, również dotkniętą była *hydrocephalo* [WETZLER].

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

—*—*—

84. Schellenberg, Antichievich i Aleksandrow. O zatruciu gliceryną po wstrzykiwaniach mieszanki jodoformowo-glicerynowej.

Pierwszy HUSEMANN w r. 1866 zauważył trujące działanie gliceryny na żabę. Po nim DUJARDIN-BEAUMETZ, AUDIGÉ, LUCHSINGER i inni sprawdzali kolejno trujący wpływ gliceryny na królikach i psach. Po wstrzyknięciu podskórnem większych dawek tego środka występowało podwyższenie ciepłoty i tężec mięśni, po użyciu zaś dawek średnich — obniżenie ciepłoty i porażenie mięśni. Poza tem zawsze spostrzegano przekrwienie nerek, mocz krwawy, hemoglobinurę. Po wstrzyknięciu gliceryny do żył hemoglobinurya występowała w słabszym stopniu. Pierwsze dwa przypadki zatrucia gliceryną u ludzi opisał PFANNENSTIEL po wewnątrz-macicznym wstrzyknięciu tego środka w celu wywołania wcześniejszego porodu. Opierając się na powyższych danych, MIKULICZ polecił swemu asystentowi SCHELLENBERG'owi przeprowa-

dzić szereg odpowiednich spostrzeżeń nad chorymi, którym wstrzykiwano w klinice 10 procentową mieszkankę jodoformowo-glicerynową. Spostrzeżenia te przeprowadzono w 30 przypadkach, z których w 8 znaleziono objawy, odpowiadające zatruciu gliceryną. Z pomiędzy tych 8 osobników dwa miały po lat 18 i 19, reszta zaś dotyczyła dzieci w wieku 3 do 7 lat. Stosownie do siły zatrucia powyższe przypadki można podzielić na trzy grupy. Do pierwszej grupy S. zalicza najłżejszą postać zatrucia, które przejawiało się niewielkim podniesieniem ciepłoty w ciągu pierwszych 24 godzin po wstrzyknięciu, przyspieszeniem tętna i hemoglobinurją. Mocz, w którym zwykle w ciągu 2—4 godzin można było wykazać hemoglobinę i niewielką ilość białka, bywał czerwonawo zabarwiony i nie zawierał wcale elementów nerkowych, ani też czerwonych ciałek krwi. W przypadkach, które S. zalicza do drugiej grupy, spostrzegano: znaczne podwyższenie ciepłoty ciała, wynoszące 39° C. i występujące w parę godzin po wstrzyknięciu, przyspieszenie tętna, bladeść twarzy, znaczną bolesność na miejscu wstrzyknięcia, w okolicy którego zjawia się obrzmienie i zaczerwienienie.

Zarówno jak w pierwszej grupie, najbardziej charakterystycznym jest i tu mocz, który ma barwę brunatno-czerwoną, zawiera hemoglobinę, a nadto znaczną ilość osadu. Osad ten składa się z wałeczków szklistych lub ziarnistych, często pokrytych brunatno-czerwonemi drobinkami z rozmaitych bezpostaciowych cząsteczek rozpadowych, wreszcie z soli wapiennych. Poza tem i tu, jak w pierwszej grupie, stale nie znajdowano w moczu czerwonych ciałek krwi. Powyżej opisane zmiany w moczu S. objaśnia ostrem zapaleniem nerek, wywołanem hemoglobinurją. Co się tyczy czasu trwania wydzielania się hemoglobiny, to wynosiła ona najwyżej 56 godzin. Wszystkie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem. Do trzeciej grupy zalicza S. jeden przypadek, zakończony śmiercią. Chłopcu 4-letniemu, cierpiącemu na gruźlicze zapalenie stawu biodrowego z wytworzeniem ropni, po wyskrobaniu ognisk gruźliczych wstrzyknięto 60—65 gramów mieszkanki, poczem wystąpiła zapaść, przyspieszenie tętna, wymioty, ciemno-czerwone zabarwienie moczu. Mocz posiadał białko i dawał obfitą ilość osadu, zawierającego wałeczki nerkowe i rozpad. W moczu nie wykryto czerwonych ciałek krwi. Jod wykazano w moczu na drugi dzień po operacji; w ciągu następnych dwóch dni ilość jego była dość znaczna. Czwartego dnia po operacji dziecko umarło. Sekcja wykazała: *nephritis acuta parenchymatosa, methaemoglobin-infarctum*. Wobec tego, że przy stosowaniu mieszkanki jodoformowo-glicerynowej po za gliceryną objawy zatrucia może wywoływać także jod, S. stara się dowieść, że w przytoczonych wyżej ósmiu przypadkach zatrucia jodoform mógł odgrywać tylko rolę drugorzędną.

Przy zatruciu jodoformem występują na pierwszy plan zбочenia nerkowe, w nerkach zaś znajdujemy tylko stłuszczenie. Tymczasem trujące działanie gliceryny przejawia się przedewszystkiem w objawach podrażnienia nerek. Niemniej przeto oba te środki, działające razem, mogą potęgować wzajemnie swoje działanie. Wskutek zmian w nerkach, powodowanych gliceryną, jod wydziela się trudniej, a wskutek tego łatwiej wywołuje zatrucie

ustroju. W końcu swej pracy S. stawia następujące wnioski: 1) Niebezpieczeństwo zatrucia gliceryną zależy od ilości wstrzykniętej gliceryny, od zdolności wchłaniania i od siły ciśnienia, z jaką płyn był wstrzyknięty. Niebezpieczeństwo zatrucia jest większe u dzieci, niż u dorosłych. 2) Dawka 10 ctm. sz. u dzieci i 20—25 ctm. u dorosłych, o ile się zdaje, może być bez szkody stosowana. 3) Stąd wynika, że przy wstrzykiwaniach miąższowych trudno wywołać zatrucie. 4) Nienaruszone błony, wyścielające zimne ropnie, z trudnością wchłaniają, a przeto do jamy takich ropni można wlewać 3—4 razy większe ilości mieszanki, niż w innych razach. 5) Najbardziej należy zachowywać ostrożność przy stosowaniu mieszanki na świeże, okrwawione powierzchnie lub do stawów. Pomimo wyżej przytoczonych ujemnych stron mieszanki jodoformowo-glicerynowej, prof. MIKULICZ nie zastępuje gliceryny innym środkiem, ponieważ przypisuje tejże glicerynie lekko drażniące na tkanki działanie, które wzmacnia wpływ jodoformu na gruźlicę.

Po pracy SCHELLENBERG'a ogłosił dwa przypadki zatrucia gliceryną ANTICHEVICH. W jednym z nich 8-letniemu chłopcu, dotkniętemu gruźlicą stawu biodrowego, wstrzyknięto 15 ctm. sz. mieszanki, w 4 godziny poczem wystąpiła hemoglobinurya. W ciągu całego tygodnia mocz zawierał białko, walczki nerkowe, czerwone krążki krwi i nabłonek nerkowy; chory przytem nieco gorączkował. Po upływie 2 tygodni można było jeszcze wykryć ślady białka w moczu. W drugim przypadku 11-letniemu chłopcu, cierpiącemu na gruźlicę kolana, wstrzyknięto do stawu kolanowego 20 ctm. sz. mieszanki, poczem w ciągu trzech dni chory nieco gorączkował. W dwa miesiące potem wstrzyknięto ponownie 18 ctm. sz. mieszanki; już po upływie 3 godzin wystąpiła hemoglobinurya. W osadzie moczu znaleziono niewiele czerwonych krążków krwi i liczne grudki barwnika; elementów nerkowych nie było. W ciągu pierwszej doby ilość moczu wynosiła 2500 ctm. sz.. Ciepłota była podniesiona w ciągu 2 dni. Po upływie 3 dni wszelkie objawy zatrucia ustąpiły. W miesiąc po drugim wstrzyknięciu przekłuto staw ponownie i wprowadzono do niego 15 ctm. sz. 10% mieszanki jodoformu z oliwą. Rękoczyn ten nie wywołał żadnego odczynu.

Opierając się na powyższych pracach, ALEKSANDROW przeprowadził szereg doświadczeń nad działaniem mieszanki jodoformowo-glicerynowej, przy czem w 5 przypadkach spostrzegał mniej lub więcej silne objawy zatrucia. Przypadki te dotyczyły dzieci w wieku lat 4—8, dotkniętych gruźlicą stawów. Wstrzykiwania powtarzano po kilkakroć, wykonywając je co dni kilka lub kilkanaście. Za każdym razem wstrzykiwano 10 ctm. sz. mieszanki 10 procentowej. Objawy zatrucia występowały po drugim, częściej po trzecim, lub czwartym wstrzyknięciu i niczem się nie różniły od objawów powyżej opisanych. Wobec takich wyników swych poszukiwań A. zarzucił stosowanie gliceryny do przyrządzania mieszanki i zastąpił ją roztworem żelatyny. W tym celu użył on 1½% roztworu żelatyny, który poddawał długiemu gotowaniu. Ponieważ w tych warunkach żelatyna przechodzi w żelatozę, nie krzepnącą przy zwyczajnej ciepłocie, możemy przeto tym sposobem otrzymać płyn gęstawy, nadający się w zupełności do przyrządzania mieszanki jodoformowej.

Liczne przypadki, w których A. stosował taką 10% mieszanę jodoformowo-żelatynową, przekonały go, że nie ma ona własności trujących, właściwych glicerynie, że wywołuje mniejszą bolesność po wstrzyknięciu i że daje wyniki lecznicze nie gorsze, niż mieszanka jodoformowo-glicerynowa.

(SCHELLENBERG. *Archiv f. klin. Chir.* 1894. Bd. XLIX. S. 387.)

(ANTICHIEVICH. *Archiv f. Kinderheilkunde* 1896. Bd. XX. S. 9'.)

(ALEKSANDROW. *Dietskaja medicina.* 1896. T. I. S. 289.) B. Sawicki.

85. Prof. Litten. O wałkach we krwi.

Oddawna zwracały na siebie uwagę autora pewne ciała, jakie znajdował w świeżych, niebarwionych mikroskopowych preparatach krwi. Ciała te, tak pod względem kształtu, jak i wielkości, przypominały wałki moczowe. Odróżnia autor we krwi dwojakiego rodzaju wałki. Pierwsze są białe, nieco ziarniste i znaleźć je można w każdej krwi, najłatwiej jednak we krwi takich chorych, u których ilość płytek BIZZOZERO'a jest powiększona, a więc przy: *leucaemia*, *pseudoleucaemia*, *chlorosis*, *diathesis haemorrhagica*, *anaemia perniciosa* i t. p.. Wałki te zabarwić można tymi samymi barwnikami, co i płytki BIZOZZERO'a. Obserwując świeży preparat krwi dłużej, dostrzedz można, jak nieraz do utworzonego już wałka przylepiają się przepływające obok płytek B.. Na podstawie powyższych danych autor wałki te poczytuje za zlepki płytek B., tworzące się dopiero na szkle przedmiotowym.

Drugi rodzaj wałków znajdował autor oddawna stale w każdej krwi. Są one jednolite, bez ziarnistości, niebieskawe, o brzegach miejscami karbowanych. Pochodzenie tych wałków było dotąd dla autora zagadką. Dopiero ostatnimi czasy przekonał się, że w ich powstawaniu odgrywa rolę sposób przyrządzania preparatu. I tak: jeżeli kroplę krwi na szkiełku przedmiotowym lekko nakryć szkiełkiem przykrywkowym, to wałków nie będzie widać; jeżeli zaś szkiełko przykrywkowe, naciskając, przesunąć nieco po przedmiotowym, co też autor zwykle robił dla otrzymania cienkiej warstwy krwi, to wtedy tworzą się wałki. Stwierdziwszy powyższe, autor obserwował pod drobnowidzem przez czas długi sposób, w jaki wałki te powstają. Z badań tych okazało się, że przy przesuwaniu i naciskaniu szkiełka przykrywkowego krążki czerwone krwi układają się w szeregi, hemoglobina zostaje z nich wyciśnięta, a z pozostałej stromy tworzą się owe zagadkowe wałki.

(*Deutsch. med. Woch.* 1896. Nr. 15.)

A. Chelmoński.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

7. **Ferrostyptinum.** Ferrostyptyna. D-r EICHENGRUEN (*Therap. Monats.* 1896. 8.) podaje nowy środek krew tamujący (*haemostaticum*), mający się wyróżniać od wszystkich innych podobnych środków leczniczych tem, że obok działania hemostatycznego wywiera i wydatne działanie antyseptyczne, a zatem nowy ten środek leczniczy spełnia jednocześnie dwa ważne zadania: wstrzymuje krwawienia i działa w sposób dezynfekcyjny na krwawiące błony śluzowe, na rany i t. d..

Środek wzmiankowany okazał się podobno już skutecznym w praktyce ginekologicznej, rynologicznej, chirurgicznej i dentystycznej.

Nad półtorachlorkiem żelaza ma ferrostyptyna tę wyższość, że pod jej wpływem tylko krew krzepnie, tkanki zaś nie ulegają żadnemu podrażnieniu, tak, iż nawet po długim zetknięciu się tkanek z ferrostyptyną nie widać ani nadżarcia, ani większych strupów. Prócz tego można ferrostyptynę stosować na rany wprost w postaci proszku, bez potrzeby jednoczesnego użycia innego środka antyseptycznego.

Od ferropyryny wyróżnia się ferrostyptyna większą rozpuszczalnością, z tego też powodu można stosować nowy ten środek leczniczy w bardzo stężonych roztworach, np. 5%.

Ferrostyptyna przedstawia się jako ciemno-żółty proszek krystaliczny. Rozpuszcza się bardzo łatwo w wodzie: mniej więcej pół na pół. Jakkolwiek roztwór ma barwę jasno-brunatną, jednakże ani skóry ciała, ani bieleziny nie zabarwia. Smak ferrostyptyny jest ściągający, wszelako nie tak przykry jak półtorachlorku żelaza.

Środek wzmiankowany może znaleźć zastosowanie przy krwawieniach z narządów rodzajnych, z nosa, z gardła, z dziąseł, przy krwotokach żołądkowych, kiszkowych, przy krwawieniu z nerek, z pęcherza (*haematuria*), przy zapaleniu pochwy (*vaginitis*) i naturalnie przy krwawieniu z niewielkich ran.

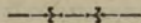
Przy krwawieniu z ran lub z dziąseł stosuje się ferrostyptynę wprost w proszku na miejsce krwawiące i naciska się tamponikiem z waty sterylizowanej dopóty, dopóki się nie utworzy strup ze krwi.

Do wewnątrz-maciczych i pochwowych wstrzykiwań i przemywań używa się roztworu 10%—40%. Do użytku wewnętrznego (*per os*) stosujemy u dorosłych po 0,3—0,5.

Oprócz tego środek wzmiankowany znajduje zastosowanie w postaci muślinu ferrostyptynowego lub waty ferrostyptynowej.

Wiktor Grostern.

Wiadomości drobne.



— Niezmiernie ciekawe dane o patologii t. zw. *kollaterali* w rdzeniu przytacza w ostatnim *Semaine médicale* BALLEET w imieniu znanego badacza MARINESCO. *Kollaterale*, t. j. włókna łączące ze sobą różne części rdzenia [obocznicę], zostały, jak wiadomo, wykazane przez badania GOLGI'ego oraz RAMONA'y CAJAL'a. Interes bezpośrednio praktyczny przedstawiają 3 ich grupy: 1) włókna, ustanawiające związek pomiędzy rogami tylnymi oraz komórkami ruchowymi rogów przednich, czyli t. zw. odruchowe; 2) włókna części środkowej rogów tylnych; 3) włókna dążące do komórek w słupach CLARK'a. Wszystkie one zależą, z punktu widzenia odżywczego, od komórek zwojów kręgowych, których najmniejsze zaburzenie odbija się właśnie na tych włóknach. Przy wiaździe rdzenia cierpią *kollaterale* pierwszego i trzeciego rodzaju bardzo wcześnie, później zaś i drugiego rodzaju. Dowodzi tego znikanie odruchu kolanowego, objaw ROMBERG'a, a potem zaburzenia w czuciu. Być może, że cała sprawa zaczyna się od cierpienia *kollaterali*. Gdyby nawet pierwotne zmiany zaczynały się w zwojach kręgowych, to i wtedy jeszcze możnaby przypu-

ścić, że niezmiernie wrażliwe na wszelkie wpływy *kollateralne* mogą cierpieć jeszcze przed korzonkami tylnymi. Przy ucisku tych ostatnich zmiany występują najpierw w *kollateralach*. W chorobie FRIEDREICH'a związek ze zmianami w *kollateralach* odruchowych i idących do słupów CLARK'a, nie ulegają wątpliwości. Przy syringomyelii zniszczenie dotyczy bardzo wcześniej *kollateral* środkowych oraz rogów tylnych. Powstająca przy tej chorobie dysocjacja zależy od przerwania kontaktu pomiędzy temi *kollateralami* i pewnymi neuronami rogów tylnych. Ponieważ uczucie bólu jest uczuciem dotyku, wzmocnionem przez przejście przez neurony rogów tylnych, więc przy zmianach w tych ostatnich to sumowanie, wzmocnianie się wrażeń nie może mieć miejsca. W przypadkach atrofii CHARCOT-MARIE cierpią wszystkie 3 rodzaje *kollateral*.

(Sem. méd. 1896. Nr. 13).

W. J.

— GILBERT BALLEZ. Głuchotę słowną (*surditas verbalis*), pochodzenia mocznicowego widział u kobiety 53 letniej, bardzo nerwowej, która po napadzie apoplektycznym, nie przedstawiając zaburzeń psychicznych, wyrażała się zupełnie poprawnie, lecz z trudnością lub nawet wcale nie rozumiała tego, co do niej mówiono. Rozkazy, dane jej piśmiennie, chora spełniała natychmiast, przedmioty, ukazywane jej, rozpoznawała dokładnie i bezzwłocznie określała stosownym mianem. Z trudnością rozumiała ono to, co mówiono do niej zwolna, jednak połapać się nie mogła, jeśli szybko powiedziano do niej więcej wyrazów. Robiła ona, wedle porównania BALLEZ'a wrażenie osoby, znajdującej się wobec kogoś, który przemawia do niej językiem, który ona sama zna bardzo słabo. Prócz tego, chora zdradzała pewne niedokładności mowy, zwane parafazyą. Ruch i czucie nietknięte. Stan chorej zwolna poprawiał się i już po 4-ch dniach pozostały zaledwie ślady tych zaburzeń mowy. Godnem uwagi jest to, że chora wcześniej utraciła głuchotę słowną co do swego ojczyztego języka, niż co do znanego jej dobrze angielskiego, co do którego głuchota słowna pozostała w znacznym stopniu i nadal. Po wyłączeniu wszelkich możliwych stanów, przy których mogą zachodzić podobne zaburzenia mowy [cierpienia organiczne mózgowia; migreny, histerya; choroby zakaźne, jak: *pneumonia*; działanie toksyczne tytoniu, santoniny, stany samo-zatrucia, jak: dyateza moczanowa, cukromocz i t. p.], autor dochodzi do wniosku, że jednak mamy tu do czynienia z autointoksykacją, której naturę określa nam dostatecznie znaczna ilość białka w moczu chorej. Uważa on więc ową *surditatem verbalem cum paraphasia* za zaburzenia, wywołane przez mocznicę. Już niejednokrotnie przy mocznicy konstatowano w sferze nerwowej różne zaburzenia, poczynające się od drgawek typu JACKSON'a, hemiplegii i monoplegii, aż do najrozmaitszych zaburzeń mowy [afazy ruchowa, czuciowa, ślepotą słowna i t. p.]. Jednak prócz przypadku L. MOXON'a, którego lakoniczny opis zaledwie domyślać się pozwala, iż miał on do czynienia z głuchotą słowną, przypadek autora jest pierwszym przypadkiem głuchoty słownej pochodzenia mocznicowego. Patogeneza powyższego przypadku jest dosyć niejasną. Być może, że mamy tu do czynienia z umiejscowionym obrzękiem odnośnych ośrodków mózgowia, którego lokalizację spowodowała miażdżycza naczyń tych ośrodków; możliwym również jest i to, że produkty toksyczne spowodowały zmiany w odżywianiu odnośnych ośrodków, wpływając bezpośrednio na komórki kory lub — pośrednio na ścianki naczyń krwionośnych, powodując bezkrwistość pewnych cząstek kory.

(Sem. méd. Nr. 22).

K. Rz.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава, 4 Октября 1896. Друк Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8