

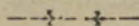
GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK SPASTYCZNEGO ZWĘŻENIA PRZEŁYKU.

WYPADNIĘCIE ŚCIANY ŻOŁĄDKA PRZEZ PRZETOKĘ ŻOŁĄDKOWĄ.

Podał

A. Ciechomski.



Na początku lutego 1894 r. do kol. LEŚNIEWSKIEGO zgłosił się Antoni Struciński, 25-letni wyrobnik z okolic Warszawy, a to ze skargą na trudność połykania stałych pokarmów od 2 tygodni, która to trudność szybko wzrastała prawie z dniem każdym. Wbrew zaleceniu chory nie zapisał się natychmiast do szpitala, lecz przybył dopiero po tygodniu, skoro nie mógł już połknąć nawet kropli płynu. Zaraz podczas badania przekonano się, że nawet najcieńszy zgłębnik przełykowy nie przechodzi do żołądka, lecz trafia na niepokonany opór niedaleko nad wpustem. W ciągu 5-u następnych dni badanie powtórzone kilkakrotnie z tymże samym, co i po raz pierwszy, skutkiem; mając zaś na względzie przerażające wznieszenie chorego, tudzież obawę głodowej śmierci tegoż, postanowiono niezwłocznie wykonać gastrostomię.

Dnia 27 lutego operację tę, według sposobu HACKER'a, zrobił nieodżałowany kolega nasz ś. p. JAWDYŃSKI i otworzył żołądek na temże posiedzeniu, a to w celu rychlejszego wprowadzenia pokarmów. Przebieg pooperacyjny, wogóle bardzo łagodny, zasługuje jednak na szczególniejszą uwagę, ze względu na wskrzeszoną czynność przełyku, przez pewien czas jeszcze wahającą się wyraźnie. Skoro bowiem zaniechano ławatyw odżywczych i surowo zastrzeżono wprowadzenie czegokolwiekbądź do przełyku, a całe karmienie skierowano li tylko przez przetokę żołądkową, chory 7-go dnia po operacji sam zaczął ku wielkiej swej radości łykać płyny, a w ciągu 2-go tygodnia dość gęstą miazgę. 15-go dnia usunięto dren z przetoki, jako niepotrzebny, odżywianie się bowiem operowanego odbywało się zupełnie prawidłowo i dostatecznie zwykłą drogą.

Wobec szybko postępującej poprawy w stanie ogólnym chorego, zrzucono się pierwotnego rozpoznania złośliwego nowotworu przełyku; powzięto natomiast zamiar całkowitego zaszycia przetoki żołądkowej, o ile rozumie się, trochę dłuższa obserwacja pacjenta w szpitalu pozwoli na to w zupełności.

Tymczasem 12-go kwietnia, a więc w 44 dni po operacji, polykanie znacznie pogorszyło się, a chociaż po kilku dniach poprawa nastąpiła, jednakowoż w ciągu następnego tygodnia, t. j. do chwili wypisania się chorego, podobne pogorszenie się polykania ujawniło się jeszcze po raz drugi, prowadząc za sobą wyraźne schudnięcie chorego.

Zdaje się, że S. opuścił czempredziej szpital z obawy, aby mu nie zaszyto przetoki żołądkowej i w przewidywaniu ponownego utrudnienia w polykaniu. Obawa ta nie opuszczała go przez następne 1½ roku z górą, pomimo że powrócił do dawnych swych zajęć i odżywał się doskonale zwykłą drogą, a przetoka żołądkowa, zatkana kawalkiem szmaty i nie przepuszczająca nic na zewnątrz, była mu zupełnie niepotrzebna.

Jak zobaczymy zaraz, obawa ta niezadługo potem pośrednio przyprawiła go o zgon, jakkolwiek objawy zwężenia przełyku od czasu pobytu w szpitalu już nie powróciły.

Dnia 1-go marca 1896 r. na oddział kliniczny w szpitalu Dz. Jezus zapisał się Struciński w stanie bardzo ciężkim. Przy badaniu stwierdzono wymioty, brak wypróżnień i czkawkę, tętno 120 bardzo drobne, ciepłotę ciała 37,8° i znaleziono w lewym podżebrzu czarny, o powierzchni zgorzelinowej, mocno napięty, wielkości dużej pięści, guz. Z wywiadów przekonano się, że chory poprzedniego dnia podczas dźwignięcia jakiegoś ciężaru uczuł nagle, jak mu coś wtoczyło się i wypadło przez otwór na brzuchu.

Rozpoznano zatem wypadnięcie i uwięźnięcie ściany żołądka w przetocie po gastrostomii, a po uspieniu chorego chloroformem odprowadzono żołądek na swoje miejsce. Nazajutrz pomimo środków podniecających nastąpiła śmierć wśród objawów wzrastającej zapaści.

Ogłędziny pośmiertne wykazały, co następuje: na wysokości 11-go żebra i w odległości 3 ctm. od smugi białej na lewo podłużny otwór 3 ctm. długości, pokryty posokowatym, gęstym płynem i prowadzący do żołądka. Po wydobyciu trzew wraz z przełykiem, przekonano się, że na przedniej powierzchni żołądka zaraz nad krzywizną jego wielką i w odległości 13 ctm. od odźwiernika istnieje prostopadle przebiegający otwór długości 1½ ctm., odpowiadający wyżej wspomnianemu otworowi w powłokach brzusznych. Cała ściana żołądka, poczynając od owej przetoki, aż do odźwiernika i na przebiegu krzywizny wielkiej, nosi na sobie wyraźne ślady zgorzeli i wygląda jakby olbrzymi wrzód z demarkacją głęboko zarysowaną. Tu właśnie część żołądka wypadła przez przetokę po gastrostomii i tu uwięzła, wskutek czego pociągnięty odźwiernik znalazł się wówczas zaraz tuż przy wylocie na zewnątrz; krzywizna zaś mała została pociągniętą ku dołowi.

Co się tyczy przełyku, to, co najciekawsze, absolutnie żadnej zmiany w nim nie znaleziono, tak co do samej ściany jego, jakoteż i światła; poza tem w innych narządach nic szczególnego nie wykryto, chyba tylko w wierzchołku lewego płuca drobne serowate ognisko.

Jakkolwiek przypadek powyższy po raz drugi i ostatni nie był spostrzeżany na naszym oddziale, postanowiłem jednak ogłosić go z uwagi na dwie doniosłej wagi okoliczności, jakoto: zwężenie spastyczne przełyku długotrwa-

jące i wypadnięcie części żołądka pod działaniem tłoczni brzusznej przez przetokę po gastrostomii. Nadto przypadek ten poucza wyraźnie, że zwężenia przełyku wątpliwej natury, np. u młodych ludzi, należy koniecznie badać za pomocą zgłębnika, ale nie inaczej jak w uspieniu chloroformowem.

II. KILKA UWAG

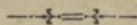
O LECZENIU BLEDNICY

(Chlorosis).

Podał

D-r Teodor Dunin,

lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 42].

Z pomiędzy bardzo dużej ilości blednicy, leczonej tym sposobem, zaledwie w jednym przypadku nie otrzymałem żadnej poprawy, a w drugim poprawę, po każdym leżeniu w łóżku wyraźną, ale krótko trwałą. Obie te chore widuję dotychczas, a pomimo, że kilka lat upłynęło od czasu, jak je leczyłem, wciąż jednak bezskutecznie walczą ze swoją blednicą. Jedynie tylko w najłżejszych przypadkach, względnie nielicznych, nie kładę chorych do łóżka, wtedy jednak zabraniam wychodzić z pokoju, zabraniam nauki, zajęcia i zalecam chorym, aby więcej leżały, niż chodziły.

Leczeniem takim udawało mi się przerwać blednicę raz na zawsze. Nie radziłbym jednak pozwalać chorym, choćby nawet zupełnie wyleczonym, powracać do dawnego trybu życia. Przeciwnie, przez kilka miesięcy po skończeniu leczenia zabraniam wszelkich wysiłków mięśniowych. Gdyby przepis ten był ściśle wykonywany, gdyby chore po przebyciu blednicy nie wracały do uciążliwej pracy umysłowej, nie spędzały bezsennych nocy, nie tańczyły, nie robiły wycieczek, mielibyśmy niezawodnie o wiele mniej recydyw, o wiele mniej upartych blednic. Tymczasem jeden nieogłędny postępek, jedna przetańczona noc, mogą wywołać wybuch choroby. Sam byłem świadkiem, jak u młodej panienki, która cierpiała na blednicę, czas jakiś wszakże od wszelkich objawów była wolna, po jednej i to wcale nie forsownej wycieczce w góry, w przeciągu dwóch dni wróciły wszystkie objawy choroby. Nawet świeże powietrze nie zdoła unicestwić szkodliwego wpływu, jaki wywiera ruch zbyt znaczny. To też co rok widuję panienki, powracające z letnich mieszkań, z Krynicy lub z Francensbadu z blednicą, z której w Warszawie już były wyleczone; a zawsze można było wykazać, iż przyczyną pogorszenia było niezachowywanie moich przepisów. Dopiero, jeżeli w przeciągu roku nie okaże się wcale recydywy, uważam chore za zupełnie wyleczone.

W 1892 roku, kiedy ogłosiłem pierwszą moją pracę o leczeniu blednicy, nie znalazłem w literaturze wzmianki, z której by wynikało, iż leczenie zupełnym spokojem przez kogokolwiek stosowaniem było, jako systematyczna metoda leczenia blednicy; opisy bowiem WEIR-MITCHELL'a odnosiły się do zupełnie innych stanów, niż blednica ¹⁾.

Dopiero w tymże samym roku znalazłem w pracy LUZER'a ²⁾ wzmiankę, iż jego nauczyciel HAYEM kładzie chore na blednicę do łóżka, jednakowoż nigdy więcej, jak na 15 dni. Również w 1892 roku, już jednak w kilka miesięcy po wyjściu mojej pracy, prof. GLUZIŃSKI ³⁾ z Krakowa potwierdził moje poglądy i położył należyty nacisk na ograniczenie ruchów, a nawet na leżenie w łóżku, jako ważny czynnik w leczeniu blednicy. Wkrótce potem PUŁAWSKI ⁴⁾ w roku 1894 ogłosił przypadek ciężkiej, z wysoką gorączką połączoną, blednicy, wyleczonej przez jednoczesne używanie żelaza i leżenie w łóżku. Wreszcie na zeszłorocznym kongresie internistów w Monachium, w dyskusji o leczeniu niedokrwistości, prof. NOTHNAGEL ⁵⁾ zauważył, że jednym z czynników, który wspomaga leczenie blednicy, jest długotrwałe leżenie w łóżku. W Wiedniu powiada NOTHNAGEL, dzięki stosowaniu z wielkim skutkiem tej metody przez niego, już sama publiczność wie, że chore na blednicę kwalifikują się do łóżka. To samo mógłbym powiedzieć o Warszawie, kilka razy bowiem zdarzało mi się słyszeć, iż chore, dowiedziawszy się z ust moich, że cierpią na blednicę, same zapytywały, czy będą leżeć w łóżku.

Drugim czynnikiem, co do którego niema jeszcze ustalonych pojęć, jest skuteczność klimatu górskiego w leczeniu blednicy. Większa część autorów uważa klimat górski za wskazany w leczeniu blednicy. Tylko jeden HAYEM, jak to widać ze słów LUZER'a, robi pod tym względem pewne zastrzeżenie.

W ostatnich czasach powstała bardzo interesująca literatura, tyżająca się działania górskiego powietrza na skład krwi, a z której by wypadało, że pobyt w górach powinien być najdzielniejszym środkiem przeciwko blednicy. Już PAWEŁ BERT, na zasadzie badań krwi, pochodzącej z wysokiej miejscowości, wypowiedział przekonanie, że krew w górach musi być bogatszą w hemoglobinę, a to dla skompensowania braku tlenu, nie nasycającego dostatecznie

¹⁾ PUŁAWSKI w pracy, o której niżej, tak powiada: „O potrzebie spokoju, nienadużywania ruchu przy blednicy i niedokrwistości pisał NIEMAYER, piszą szczególnie autorowie angielscy, począwszy od WEIR-MITCHELL'a, a u nas GLUZIŃSKI i DUNIN“. Ustęp ten wymaga sprostowania. NIEMEYER pisze tylko bardzo ogólnikowo, że uwalnia chore od ruchu, o leżeniu w łóżku nie mówi ani słowa. WEIR-MITCHELL poświęcił swoją pracę zupełnie innym stanom, a mianowicie histeryi i neurastenii, o blednicy niema tam ani słowa. Praca jego niewątpliwie wpłynęła i na stosowanie leżenia w leczeniu blednicy, on jednak o tem wcale nie pisze. GLUZIŃSKI wreszcie ustęp o znaczeniu spokoju przy leczeniu blednicy napisał bardzo dobrze, ale jego praca wyszła już po moim artykule.

²⁾ La chlorose. 1892.

³⁾ O blednicy i jej leczeniu. 1892.

⁴⁾ Gazeta Lekarska. Nr 24. 1894.

⁵⁾ Verhandlungen der Congresser f. innere Medicin. 1895.

czerwonych krążków krwi. Z tej idei wychodząc, VIAULT¹⁾ badał krew ludzi w Kordylarach [4400 metrów] i jeżeli nie potwierdził zdania BERT'a, że hemoglobina była mniej nasycona tlenem, niż u ludzi żyjących na płaszczyznach, to natomiast stwierdził drugie jego przypuszczenie, a mianowicie, że ilość hemoglobiny wzrasta. VIAULT znalazł mianowicie, że liczba czerwonych krążków wzrastała z 5-ju do 8-ju milionów, przyczem pojawiały się liczne drobne ciała [mikrocyty]. Te badania VIAULT'a, w zupełności sprawdzone zostały przez licznych innych autorów. I tak: EGGER²⁾ w Arosa [1800] znalazł, że ilość czerwonych krążków z 5,4 wzrastała do 6,3 milionów w sz. mm.. Aby uniknąć wpływu, jaki zmiana pożywienia mogłaby wywrzeć na skład krwi, EGGER badał króliki w Bazylei, poczem przeniósł je do Arosy, zwracając baczna uwagę, żeby pożywienie tu i tam było jednakowe. I te doświadczenia dały podobny rezultat, co i powyższe, a mianowicie: liczba czerwonych ciałek z 6,2 wzrastała do 7,7 milionów. Zwiększenie to pozostawało stale dopóty, dopóki ludzie lub króliki pozostawali w górach. Również i ilość hemoglobiny wzrastała, jednakowoż nie tak szybko, jak ilość czerwonych ciałek. Tak np. po dwunastu dniach ilość czerwonych ciałek krwi wzrosła o 19,72%, gdy zaś ilość hemoglobiny o 7,23%; po trzydziestu sześciu dniach ilość czerwonych ciałek wzrosła o 23,27%, gdy zaś ilość hemoglobiny o 15,32%. Po powrocie na równiny wszakże ilość czerwonych ciałek krwi, a również i hemoglobiny, zmniejsza się i wraca do pierwotnej cyfry. Zmiany te występują zarówno u ludzi zdrowych, jak i u dotkniętych pierwszymi okresami suchot płucnych, a nawet u tych ostatnich wyraźniej, aniżeli u pierwszych. Co do przyczyny tych zmian krwi, to EGGER wypowiada przypuszczenie, że na najmniejsze zmiany w napięciu narządy krwiotwórcze reagują wzmocnionem wytwarzaniem najpierw czerwonych ciałek krwi, a potem hemoglobiny.

Jednocześnie prawie z powyższą pracą ukazały się poszukiwania KOEPEPE'go i WOLFF'a³⁾ z Reiboldsgrün [700]. I oni także znaleźli, że ilość czerwonych ciałek krwi stale wzrastała. I tak, u jednego chorego, który w Lipsku miał 5 milionów czerwonych ciałek krwi, już w sześć lub siedem godzin po przyjeździe do Reiboldsgrünna znaleziono 6 milionów w sz. mm.. Co do ilości hemoglobiny, to ta, według KOEPEPE'go i WOLFF'a, nie tylko nie wzrasta, lecz ulega zmniejszeniu, szczególnie w pierwszych dniach pobytu w górach. Stąd wnoszą wspomnieni badacze, że wytwarzają się tu młode, małe i ubogie w hemoglobinę ciała krwi.

Wreszcie w rok potem JARUNTOWSKI⁴⁾ w Goerbersdorfie [550] znalazł zupełnie to samo, a mianowicie: ilość czerwonych ciałek krwi wzrastała z 5 milionów do 5,8 mil., ilość zaś hemoglobiny wzrastała nieznacznie. Odnosi się to zarówno do zdrowych, jak i do chorych, i to nawet do ciężko cho-

1) Médecine Moderne. Nr. 7. 1891, sprawozdanie z posiedzeń Société de Biologie. Równie obszernie streszczenie tej pracy znajduje się u EGGER'a i GRAWITZ'a.

2) Verhandlungen der Congresser f. innere Medicin. 1893.

3) Verhandlungen der Congresser f. innere Medicin. 1893.

4) Nowiny Lekarskie. Nr. 1 i 2. 1895.

rych. Ze wszystkich powyższych badań okazuje się nadto, że istnieje ścisły związek pomiędzy wzmocnionem wytwarzaniem się czerwonych ciałek krwi, a wzniesieniem nad poziom morza danej miejscowości.

Te same w sobie bardzo interesujące badania na pozór jasno wskazują drogę, jakiej by należało się trzymać przy leczeniu blednicy. Ponieważ w chorobie tej mamy zmniejszoną ilość czerwonych ciałek krwi, zdawałoby się więc, że niema nic prostszego, jak chore blednicowe posyłać w góry i to im wyższe tem lepiej, gdzie braki prędko by się wyrównały. Rzecz ta jednak nie jest tak prosta, jak by się zdawało. Jeżeli bowiem fakty, przytoczone przez wyżej wymienionych autorów, nie mogą być kwestyonowane, to natomiast tłumaczenie tych faktów jest bardzo sporne. Już BUNGE na zeszlórocznym kongresie internistów w Monachium zauważył, że zwiększanie się ilości czerwonych ciałek krwi w górach nie koniecznie dowodzi zwiększonej ich produkcji, lecz może zależeć od zupełnie innych przyczyn, a między innymi od tego, że naczynia, kurcząc się, wypychają części plazmy do przestrzeni limfatycznych. Tym sposobem mielibyśmy nie istotną, lecz względną hyperglobulię. Jeszcze dokładniej zarzuty te rozwinął E. GRAVITZ¹⁾. Zwraca on uwagę na to, że trudno jest przypuścić, aby w przeciągu kilku godzin ilość czerwonych ciałek krwi mogła urosć o jeden milion w sześciennym milimetrze, a więc o 5 bilionów w całej masie krwi. Takiej produkcji nie widzujemy nawet w tych niedokrwistościach, w których regeneracja krwi odbywa się jak najszybciej. Dalej przy tak szybkim wytwarzaniu się czerwonych ciałek krwi musiałyby się zdarzyć i ciałka jądrowe. Wreszcie musiałyby powstawać i leukocytoza, która zjawia się zawsze tam, gdzie szpik kostny ulega podrażnieniu; a jednak żaden z powyższych autorów nie podobnego nie opisuje. Jeszcze ważniejszym jest ten zarzut, że u ludzi, którzy z gór powracają na równiny, ilość czerwonych ciałek krwi zmniejsza się w przeciągu 24 godzin o jeden milion w sześciennym milimetrze i to bez żadnej dla ustroju szkody. Tymczasem wiemy, że taki nagły rozpad czerwonych ciałek krwi pociąga za sobą groźne następstwa, a mianowicie żółtaczkę i hemoglobinurję. To też GRAVITZ stanowczo twierdzi, że zwiększenie się czerwonych ciałek krwi zależy nie od nadmiernej ich produkcji, lecz od zgęszczenia krwi, powodowanego zwiększoną utratą wody. Nie wchodzę tu w słuszność tego ostatniego tłumaczenia, w tej chwili bowiem dla mnie najważniejszym jest to, że górom nie można przypisać tego bezpośredniego wpływu na regenerację krwi, o jakim mówili przytoczeni autorzy. Moje osobiste doświadczenie przemawia za tem, że osoby chore na blednicę źle znoszą pobyt w górach. Dawniej chore na blednicę wysyłałem często do Zakopanego, a niekiedy do St. Moritz. Przekonałem się jednak, że im to nie tylko nie pomagało, lecz często i szkodziło. Widywałem, jak chore, już wyleczone, powracały z Zakopanego napowrót z blednicą. Miałem kilka chorych, które z powodu upartej blednicy wysyłałem do St. Moritz, i które nie tylko nie doznały żadnego polepszenia, lecz powracały z pogorszeniem, które dopiero żelazem i leże

¹⁾ Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 33 i 34.

nieniem w łóżku usuwać trzeba było. Toż samo odnosi się do ciężkich niedokrwistości u dorosłych, naprzykład po krwotokach. Jeszcze w tym roku widziałem taką chorobę, która powróciła z Zakopanego w oplakany stan. Pobyt w górach wymaga pewnego zasobu sił, wyrób ciepła się wzmacnia, każdy wysiłek mięśniowy o wiele więcej jest męczący, niż na równinach. To też chore blednicowe skarżą się na uczucie ciągłego zimna, oraz na to, że każdy ruch jeszcze bardziej je męczy. Niewątpliwie część tych złych wyników położyć należy na karb niewłaściwego zachowania się chorych; być też może, że przy zachowaniu absolutnego spokoju [leżenia w łóżku] leczenie w górach lepsze by dawało wyniki. Mnie jednak się zdaje, że chore blednicowe samego klimatu górskiego nie znoszą, że jest on dla nich zanadto pobudzający i że wystawia ich ustrój na zbyt wielką produkcję energii, do czego nie są zdolne. Sądzę też, że dobra opinia jaką się cieszą góry w leczeniu blednicy, a mianowicie St. Moritz, który uważany jest jako rodzaj specyfiku przeciwko niedokrwistości, odnosi się do tak zwanej *pseudochlorosis* i podobnej do niej postaci neurastenii.

Obecnie najchętniej staram się chore blednicowe pozostawiać w mieście, aż do zupełnego zniknięcia wszystkich objawów, a potem z nadejściem odpowiedniej pory wyśłam na wieś. Tylko w tych przypadkach, w których objawy choroby przez dłuższy czas już nie powracały, zalecam wyjazd do niżej położonych miejscowości, np. do Krynicy lub Elster. Byłoby też bardzo do życzenia, aby koledzy, praktykujący u wód żelazistych, do których dużo zjeżdża się chorych na blednicę, przejęli się ideą o ważności oszczędzania sił chorych w leczeniu blednicy i nie nakazywali im spacerów, ani niczem nie umotywowanego rannego wstawania, które wogóle jest dziwnym przesądem, a dla chorych na blednicę szczególnie szkodliwym. Już po przygotowaniu niniejszej pracy do druku, otrzymałem dziełko D-ra F. WOLFF'a [z Reibeldsgrün], który wypowiada zupełnie te same poglądy na znaczenie górskiego klimatu w leczeniu blednicy. Powiada on nawet, że zdrowe osoby, jeżeli tylko posiadają usposobienie do blednicy, dostają tej choroby jedynie wskutek pobytu w górach. To też, zdaniem WOLFF'a, trzeba być bardzo ostrożnym z wyśłaniem chorych na blednicę w góry ¹⁾.

Nareszcie ważny jeszcze nacisk położyć muszę na to, że z użyciem zimnej wody należy być u chorych na blednicę niesłychanie ostrożnym. Chore te znoszą zimną wodę bardzo źle; widywałem, że pierwszy wybuch blednicy następował po nieumiarkowanem użyciu zimnej kąpeli. Czasami, jeżeli objawy niedawno ustąpiły, jedna zimna kąpiel wystarczała do wywołania recydywy. To też chorym na blednicę na dłuższy czas zabraniam używania zimnych kąpeli morskich, zarówno jak rzecznych, jak wreszcie wszelkich procedur hydropatycznych. Tylko daleko w rekonwalescencji posuniętym chorym, dla których pobyt w Krynicy lub Elster uważam już za możliwy, pozwalałam na używanie kąpeli żelazistych od 25° R. do 23° R..

¹⁾ WOLFF. Ueber den Einfluss des Gebirgsklimas auf den gesunden u. kranken Menschen 1895 r.

Dyety szczególnej chorym blednicowym nie zalecam wcale. Mleko jest bardzo pożyteczne, jeżeli chore je znośzą i bez niego jednak można się obejść. Natomiast surowo zabraniam użycia napojów wysokowych, które tylko potęgują jeszcze bóle głowy i objawy podrażnienia serca. Również ograniczam użycie kawy i herbaty, a w pierwszych dniach leczenia zupełnie zabraniam ich użycia.

Do powyższego planu leczenia doszedłem powoli, na drodze doświadczenia, a nie wysnułem go bynajmniej z żadnych teoretycznych poglądów; a jednak, tak jak go wyłożyłem, przedstawia on pewną konsekwentną całość. Wyłania się mianowicie z niego myśl, że podstawą leczenia blednicy, oprócz naturalnie użycia żelaza, powinno być ściśle przestrzeganie zasady oszczędzania (*Schonung*). Ćwiczenie, czyli pobudzanie ustroju (*Uebung*) i to bardzo ostrożne, dozwolone jest tylko wtedy, kiedy napewno możemy twierdzić, iż obawa recydywy już chorej nie grozi.

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

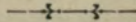
III. ALEXIA SUBCORTICALIS.

Przyczynek 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.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 42].

Spostrzeżenie 2. Henryk A., liczący 56 lat, z zawodu majster ciesielski, cieszył się dawniej dobrem zdrowiem. Chorób zakaźnych nie przechodził; długie lata nadużywał trunków. O zarażeniu się syfilisem ęnie nie może powiedzieć. Miał wprawdzie w roku 1889 na żołądki prącia owrzodzenie bardzo twarde, które po kilku dniach zabiłiło się, nie pozostawiwszy śladu; chory nie może jednak dokładnie oznaczyć, w ile dni po odbytych *coitus* pojawiło się owrzodzenie i czy wystąpiła różyczka lub inne objawy wtórnego okresu. Lekarz, który go wówczas widział, rozpoznał podobno twardego szankra; leczenia jednak przeciwsylitycznego chory nie przechodził. Żona chorego cieszy się dobrem zdrowiem; rodziła 6 razy, dwa razy roniła. Poronienia miały miejsce w późniejszych miesiącach, a przyczyna ich nie została wyjaśniona. Poronione płody nie należały ani do pierwszych, ani do ostatnich z szeregu porodów. Z tych dzieci, które przyszły na świat żyjącymi, dwoje zmarło na zapalenie płuc, pozostałe zaś są zupełnie zdrowe i fizycznie dobrze rozwinięte. Żona od wielu lat jest już bezpłodną.

W roku 1890, mniej więcej w 13 miesięcy po owem zagadkowym owrzodzeniu na żołądki, zauważył chory osłabienie kończyn dolnych, swędzenie i uczucie marznięcia; w znacznie mniejszym stopniu istniały również bóle w krzyżu i zatrzymanie moczu. D-r ŻERA wysłał chorego do Akwizgranu, skąd tenże po 8 tygodniach powrócił do domu, czując się znacznie lepiej; dokuczalo mu wtedy jedynie zapalenie dziąseł, będące następstwem energicznej kuracji przeciwsyfilitycznej [wstrzykiwania].

Mniej więcej w 1½ roku potem, czyli w r. 1892, pojawia się u chorego bezwład połowiczny lewej połowy ciała; twarz również była dotknięta bezwładem. Dłuższy czas istniało zaburzenie w mowie. Natomiast nie było ani objawów prodromalnych, ani utraty przytomności. Prawie jednocześnie z niedowładem połowicznym wystąpiło widzenie podwójne; trwało ono jednak dość krótko, tak, iż chory nie doznawał zbyt wielu zaburzeń wzrokowych. W tym czasie poddał się pacjent leczeniu metodą KNEIPP'a w Wöris-hofen; wrócił jednak stamtąd z ciężkimi zaburzeniami w czynności pęcherza i prostaty, z obustronnem opadnięciem powiek (*ptosis*) i z osłabieniem siły wzroku. Chorego badał wtedy oftalmolog, D-r KRAMSZTYK, nie znalazł jednak nic godnego uwagi na dnie oka.

W roku 1893 udał się chory do Oeynhausena, gdzie kąpiele, elektryzacja i małe dawki jodu sprawiły to, że stan chorego uległ znacznej poprawie. Opadnięcie powiek zupełnie ustąpiło. W lipcu 1894 r. chory ponownie wyjechał do jakiegoś zakładu wodoleczniczego pod Dreznem; przesiedział tam zaledwie 10 dni i został odesłany do Warszawy, „z powodu dziwnego zachowania się jego“. Towarzysz podróży naszego chorego zdziwiony był niepomierne osobliwym zachowaniem się jego w drodze. Prócz ogólnego osłabienia pamięci — chory opowiadał jedno i to samo kilka razy — rzucił się w oczy zupełny brak oryentowania się tak w drodze, jak i po przybyciu do Warszawy. Wszystko wydawało mu się obcem, nie poznawał ulic, domu własnego, pokojów. Mówił chory poprawnie, sprawował się przyzwoicie. 2 września 1894 r. po raz pierwszy widziałem chorego.

Z tego, com znalazł w owym czasie, zaznaczam, co następuje: pacjent jest mężczyzną silnym, dobrze odżywionym, inteligentnym. Chory skarży się na mocne bóle w krzyżu, nieznośne uczucie opasywania i dotkliwe, wierzące bóle głowy. Czaszka — średniej wielkości, nie widać na niej zniekształceń, ani blizn; opukiwanie czaszki nie sprawia bólu. Stan bezgorączkowy. Świadomość stanu chorobowego zachowana. Śladów przebytego syfilisu nie znaleziono [kol. MARKUSFELD]. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej nic chorobowego nie zauważyłem. Mocz zawierał ślady białka.

Wyraźny niedowład prawego nerwu okoruchowego, jego wewnętrznych i zewnętrznych gałązek. Przeciwnie, wszystkie ruchy lewego oka doskonale zachowane i swobodne; jedynie stwierdzić można było wybitne zwężenie i odruchową nieruchomość źrenicy nawet przy najjaskrawszem świetle. Akomodacja prawidłowa.

Drżenie języka. Lekki niedowład lewego dolnego nerwu twarzowego. Lewa połowa ciała jest znacznie słabsza od prawej.

Napężenie mięśni (*tonus*) na kończynach lewej strony wzmoczone, odruchy ścięgniste żywe. Na prawej nodze — zupełny brak objawu kolonowego. Czucie na lewej, porażonej niedowładem, połowie ciała nie zmienione. Zato na obu dolnych kończynach, zwłaszcza w obrębach obwodowych, zauważyć się daje wyraźna analgezya.

Bezwładu ruchowego (*ataria*), bólów strzelających i zmian troficznych nie stwierdziłem.

Nerwy czaszkowe w porządku. Siła wzroku znacznie osłabiona. Dno oka prawidłowe.

Z prawej strony — *hemianopsia homonyma*; nietknięty pozostał cały obręb plamki żółtej. Nieznaczne zwężenie lewej połowy pola widzenia. Słoty barw niema; chory dokładnie określa daną barwę i dobiera prawidłowo rozmaite jej odcienia.

Chory zazwyczaj mówi poprawnie; ani parafazy, ani zbytnej rozciągłości w mowie, ani skandowania nie dostrzegłem. Chory wszystko rozumie, co do niego mówić, również jest w stanie powtórzyć wszystko; łatwiejsze obliczenia wykonywa szybko i bez błędu, przy bardziej złożonych namyśla się długo, jednak najczęściej daje odpowiedzi poprawne. Jedno rzuciło się w oczy, mianowicie, że chory na pewne zapytania dawał niekiedy 3—4 razy odpowiedź w ciągu kwadransa i nie spostrzegał, że się powtarza. Tak, pewnego razu opowiedział mi trzykrotnie w ciągu pół godziny o tem, jak, przyjechawszy do miejsca kuracyjnego, stanął „pod białym jeleniem“, jak brał kąpiele nasiadowe, jakie odbywał przechadzki i t. p.. O rozmaitych szczegółach i faktach z chwili bieżącej lub z niedalekiej przeszłości daje chory nie zawsze jasne odpowiedzi; rzadko np. jest zupełnie pewnym, czy jadł już obiad, lub też nie. Jeszcze mu trudniej przypomnieć sobie opis spożytych potraw. Przeciwnie imiona dzieci swoich, oraz krewnych i znajomych pamięta doskonale. Powolność mowy i częste zacinanie się przypisuje chory słusznie osłabionej pamięci.

Rozmaite przedmioty poznaje po większej części dobrze i prawidłowo je nazywa; nie jest jednak w stanie nazwać przedmiotów, mało mu znanych, rzadko używanych, lub niezwykłych, pomimo tego, że z dość rozwlekłego opisu, jaki chory podaje, widać, że przedmiot ów poznał. Kiedy mu pokazałem spluwaczkę, splunął do niej, chcąc przez to wyrazić, że wie, do jakiego użytku służy spluwaczka, a jednak nazwać jej nie potrafił dopóty, dopóki mu nie poddałem, wśród wielu innych, wyrazu odpowiedniego. Niektóre przedmioty [kałamarz] określa chory za pomocą wyrazów podobnego brzmienia lub podobnego znaczenia. Szczoteczkę do zębów nazwał dopiero, obmacawszy ją; pęk kluczy, gdy mu nimi zabrzeczano.

Szczególnie wyraźne były objawy afazyi optycznej wtedy, kiedy chory się zmęczył, lub gdy go bardzo bolała głowa; wówczas z trudnością dobierał nazwy pokazywanych mu przedmiotów, a nie wiele pomagało mu w tej czynności użycie rozmaitych środków pomocniczych dla określenia danego pojęcia. Czasami, kiedy i użycie innych, prócz wzroku, narządów zmysłów nie pomagało do określenia danego przedmiotu [afazyja agnosteny-

czna], chory opisywał go dość dokładnie, chcąc zmanifestować to, że przedmiot ów poznał. Tak było z łańcuszkiem od zegarka: chory nie był w stanie nazwać go, pomimo tego, że długi czas mu się przyglądał, brzęczał nim, obmacywał go ze wszystkich stron i zastanawiał się nad nim. Ciekawą zaś była ta okoliczność, że pacjent w potocznej rozmowie używał z łatwością i prawidłowo takich wyrazów, których nie mógł dobrać w wyżej przytoczonych warunkach.

Chory po większej części wie, do jakiego użytku służą rozmaite przedmioty domowe. Rodzina pacjenta wszakże nadmienia, że pod tym względem było daleko gorzej, kiedy chory powrócił ostatni raz z zagranicy. Jako dowód, zwraca żona chorego uwagę na to, że mąż jej, jeszcze dotychczas nie poznaje ulic w mieście pomimo tego, że dawniej znał je doskonale, dalej, że, znając setki domów w różnych częściach miasta — pracował bowiem przy nich, jako cieśla, całe miesiące — obecnie przejeżdża koło nich jak najobojętniej, nie okazując, wbrew swojemu zwyczajowi, wcale zainteresowania z powodu tej lub owej budowli. Wszelkie zapytania, tyżące się tego przedmiotu i skierowane wprost do niego, zostawia po większej części bez odpowiedzi: nie poznaje żadnego domu i nie wie nawet, jak go nazwać. Wie np., że go prowadzą do doktora, codzień jednak przechodzi najobojętniej około bramy domu, w którym zamieszkuje lekarz i za każdym razem trzeba mu zwracać na to specjalną uwagę. Dlatego też chory, pomimo dość dobrego wzroku, orientuje się w mieście bardzo źle i bez obcej pomocy nie trafiłby na najbliższą ulicę. I w mieszkaniu początkowo nie mógł sobie chory wcale radzić, nie poznawał bowiem ani osób, ani rzeczy. Obecny jednak stan jest dość znośny. Obrazy wzrokowe wielu przedmiotów, zwłaszcza do częstego użytku służących, zachowane są dobrze w pamięci chorego, natomiast znikły, jak powiedziano wyżej, obrazy przedmiotów rzadziej używanych.

W czytaniu dostrzegłem u chorego kilka, ciekawych osobliwości, które zniewoliły do szczegółowego i nieraz bardzo uciążliwego badania. Zestawię tu jedynie w krótkości odnośne rezultaty z historii choroby pacjenta, by nie utrudzać czytelnika rozmaitymi drobiazgami z licznych notatek, tyżących się tej sprawy. Na wstępie winieniem zaznaczyć, że u chorego okazały się przy czytaniu objawy tej rzadkiej postaci, którą nazywają, niezbyt trafnie dobranem, mianem „dysleksyi“. Z trudnością udało się przeprowadzić analizę czytania dłuższych zdań. Chory zaczynał czytać pewien ustęp w książce zupełnie dobrze, po kilku [3—4] wszakże wyrazach zacinął się, powtarzał kilkakrotnie jeden z przeczytanych wyrazów, wtrącał 1 lub 2 wyrazy, których w tekście wcale nie było, a których związek z przeczytanymi wyrazami bywał mniej lub więcej ścisły, znów jąkał się przez kilka chwil, nie mogąc przeczytać ani jednej sylaby, powtarzał ponownie jedno ze słów przeczytanych lub bezpotrzebnie wtrąconych, wreszcie, całkiem jakby niespodzianie, odczytywał zupełnie poprawnie 2 lub 3 wyrazy dalsze z tekstu. Gdy się to już udało choremu bez widocznego zresztą ze strony jego starania, rozpoczynało się na nowo jąkanie, powtarzanie wyrazów i rozmaite dodatki. Im dłużej czytał chory bez przerwy, tem gorzej i bliźniej szło dalsze czytanie, tak, że już w drugim wierszu

na 10 mylnie przeczytanych wyrazów zaledwie trafiał się jeden prawidłowo odczytany.

Jako przykład może służyć następujące zdanie, złożone z 9 wyrazów: „Tak im wtedy zeszło bardzo spokojnie do stacyi Lublin“. Chory czytał to w następujący sposób: „tak im wtedy że — chciało ... chcieliście iść do nie chiał zeszło bardzo spokojnie do stalowych obręczy... kolei nie chcieliśmy nie stalowych... stalowych stalowych stacyi stał stał spokojny człowiek do kolei lubi dzieci zechciał społeczny do lubić do stacyi Lublin....“

Jeśli przyjrzeć się bliżej temu zdaniu, nie posiadającemu pozornie żadnego związku wewnętrznego i sprawiającemu wrażenie jakiegoś wytworu jednostki, daleko posuniętem przytępieniem umysłu dotkniętej, to można jednakże dopatrzeć się w niem pewnego porządku i ładu. Po pierwszych trzech wyrazach ¹⁾ przeczytanych prawidłowo następuje sześć wyrazów błędnych, co świadczy o nagłym zaburzeniu zdolności czytania; wkrótce jednak, bez żadnej przerwy, następuje 2-gi okres, w którym chory czyta znów bez błędu dwa wyrazy i dodaje ośm wyrazów nie istniejących w tekście. Tu zjawia się krótkotrwałe zacinięcie się, poczem chory [trzeci okres] odczytuje dość dobrze trzy wyrazy i dodaje do nich 9 wyrazów skomponowanych. Okres czwarty tworzą: jeden dwusylabowy wyraz przeczytany prawidłowo, jedenaście wyrazów błędnych, wreszcie trzy ostatnie wyrazy w zdaniu przeczytane bez błędu.

Podczas czytania chory sprawiał wrażenie takie, jak gdyby czytał bez przerwy; wodził przytem palcem wskazującym wzdłuż przeczytanych wierszy i wymawiał komponowane wyrazy bez najmniejszego namysłu lub błędu. Podobne zjawisko można było spostrzegać i wtedy, kiedy kazano choremu czytać nie pewne zdanie umieszczone w książce, lecz szereg oddzielnych wyrazów, rozrzuconych po rozmaitych miejscach na tej lub owej stronicy. Wyraz, który pacjent dopiero co przeczytał dobrze, po chwili czyta zupełnie fałszywie [zamiast król — czyta: krajowy, Karlsbad], albo też, zamiast danego wyrazu [król], wymawia kilka wyrazów niezrozumiałych [kard, likier, kozet], zbliżonych do niego zaledwie dźwiękiem. Czasami udaje się choremu po dłuższym namyśle przeczytać dobrze taki wyraz, który poprzednio przeczytał z błędem. Chory jednakże sam nie zwraca na to uwagi, bo w ślad za tem znów wtrąca rozmaite cudaczne wyrazy. Wyrazy dłuższe czyta z taką samą trudnością, jak i wyrazy krótkie, niezłożone. Peryodycznie wpływa na wierzch kilka wyrazów rzeczywistych z tekstu, i to niezależnie od ilości lub jakości sylab w wyrazach, by po chwili utonąć bezpowrotnie w fali nieświadomości. Próbowałem kilkakrotnie skłaniać chorego do przeczytania jakiegoś wyrazu za pomocą sylabizowania, co mi się jednak nie udawało, z tej jedynie przyczyny, że chory nie był w stanie rozpoznać nawet pierwszych liter: mieliśmy tu klasyczną postać

¹⁾ Dla łatwiejszego zrozumienia popodkreślałem naumyślnie te wyrazy z tekstu, które chory prawidłowo przeczytał. Kropki [.....] oznaczają przerwę w czytaniu lub jąkanie i zacinięcie się chorego.

tego zboczenia, kiedy osobnik nie jest zdolny czytać, sylabizując. Patrząc na swego pacyenta w chwili, kiedy czytał, miałem wrażenie, jak gdyby odga-
dywał znaczenie wyrazu na mocy wyglądu tego ostatniego. Chory, nawet
poznawszy i przeczytawszy jakiś wyraz, nie umiał przeczytać
wszystkich jego liter.

Próby z czytaniem liter i liczb wypadły mniej więcej tak samo. Ma-
jąc przed sobą pewien szereg liter, chory komponuje całe wyrazy, liczebni-
ki a nawet i krótkie zdania. Wogóle chory przy czytaniu liczb daje stosunko-
wo rzadziej błędne odpowiedzi, niż przy czytaniu liter. Pewnego dnia na 12
pokazanych mu liter zaledwie jedną przeczytał, jak się należy, podczas gdy
przy czytaniu wyrazów trafne odpowiedzi zdarzały się o wiele częściej.
Okoliczność powyższa była tak wybitna, że przy powierzchownem i szyb-
kiem badaniu chorego przypuszczać można było aleksyę literową (*alexia lit-
teralis*), nie zaś słowną (*al. verbalis*), tę najczęstszą postać aleksyi.

Badając chorego dłuższy czas, można było i odnośnie liczb oraz liter
wykazać zarówno wspomniane zmiany peryodyczne w zdolności rozpoznawa-
nia ich, jak i owe w toku badania coraz rzadziej występujące i coraz krócej
trwające okresy, w których zmęczony chory, przy natężeniu uwagi, mógł zno-
śnie przeczytać coś. Przy dłuższem badaniu zdolność chorego do czytania
stopniowo coraz bardziej malała. Prócz zmian peryodycznych w zdol-
ności czytania stale można było widzieć u naszego chorego skłonność
do powtarzania pewnych wyrazów i tak zwane parafrazowanie
[SOMMER], polegające na tem, że chory dodawał do wyrazu [wydrukowanego]
cały szereg pojęć, będących z danym wyrazem w bliższym, lub dalszym
związku assocyacyjnym myślowym, lub też fonetycznym.

Podczas całego trwania badania pacyenta nie zauważyłem w nim wyra-
źnego uczucia zmęczenia podmiotowego, ani też zajęcia *sensorii*. Chory za-
chowywał się przytem przyzwoicie i całkiem poprawnie nazywał po imieniu
różne przedmioty, odpowiadające wyrazom przeczytanym, a jednocześnie
dziwił się sam sobie z powodu przykrego zaburzenia w czytaniu. Zdolności
do pisania, niestety, wówczas nie badałem.

W końcu września wyjechałem na miesiąc; żadnych informacyi co do
stanu chorego w tym przeciągu czasu udzielić nie mogę. Otoczenie sądzi, że
przez cały październik zmian w ogólnym stanie chorego nie zaszło. Nie po-
twierdziło jednak tego mniemania badanie, przedsięwzięte w początkach
listopada.

Bóle głowy silniejsze z każdym dniem, zwłaszcza w godzinach
wieczornych; niejednokrotnie stają się one przyczyną obfitych wymio-
tów. Bóle neuralgiczne w obrębie pierwszej gałęzi lewego nerwu trójdziel-
nego. Na lewej powiece i na skroni — obrzęk. Żyły na około jamy
ocznej nastrzyknięte mocno. Lewa gałka oczna wypukła się. Żyły na le-
wej siatkówce znacznie rozszerzone. Objawy te, typowe przy zakrzepie
zatoki jamistej, stają się z każdym niemal dniem wyróżnionejsze. Pra-
wostronna hemianopsya trwa niezmiennie w dalszym ciągu. Zupełna ale-
ksya wyrazów i liter: chory nie rozpoznaje wcale liter i słów, zarówno

pisanych, jak drukowanych. Ślady zaburzeń dyslektycznych odnaleźć jeszcze można przy czytaniu liczb. Oddzielne cyfry chory poznaje i nazywa prawidłowo. Od czasu do czasu jednak parafrazuje. Po niejakiem czasie chory przestał i liczby czytać.

Pisać potrafi on nieźle: pisze dokładnie prawie wszystkie litery, wyrazy, liczby i t. d. zarówno samodzielnie, jak i za dyktandem. Techniczna strona pisania [samo pismo] przedstawia wiele braków, błędy jednak spotyka się bardzo rzadko. Kiedy niekiedy chory opuści literę, lub zmieni na inną. Poprawić takiego błędu chory absolutnie nie jest w stanie; nie umie bowiem przeczytać tego, co sam napisał. Również nie może chory przepisywać. Automatycznie jednak, litera po literze, chory z łatwością kopiuje.

Jedynie tym posiłkując się fortelem, czyta chory to, co sam napisał. Poznaje on również zupełnie dobrze litery pisane biernie jego prawą ręką. Naśladowując drukowane pismo, chory kopiuje to, co jest wydrukowane, nie zmieniając znaków drukowanych na pisane.

Chory rozumie zupełnie dobrze to, co się do niego mówi i sam wyraża się poprawnie. Oznak afazji optycznej prawie nie już nie znalazłem. Pewnego rodzaju trudność w wysłowieniu się zauważyć można było przy określaniu nazwy przedmiotów niezwykłych. Ślepoty duchowej *sensu strictiori* również u chorego stwierdzić już nie mogłem. Poznaje on dokładnie pokazywane mu przedmioty. W zwykłych domowych warunkach zachowuje się, jak należy; wie, gdzie jest jego pokój, jego łóżko; ubiera się sam; wie, do czego służą rozmaite sprzęty domowe; je całkiem przyzwyczajony i t. p. Barwy odróżnia dobrze, nie wie jednak, jak się nazywają; wnosić o tem można było z tego, że chory dobierał dobrze kłębki bawełny jednakowo zabarwionej. Pamięć wzrokowa rozmaitych przedmiotów domowego użytku zachowana dość dobrze: na pytania, jak wygląda ołówek, fortepian, łyżka, jaki ma zapach olejek terpentynowy, fiojki i t. p., odpowiada chory poprawnie. Trudniej już idzie choremu z osobami, całkiem zaś utracił chory pamięć miejsca. Nie jest w stanie powiedzieć, jakie gmachy rządowe, lub instytucje publiczne znajdują się na główniejszych placach miejskich: na placu Ś-go Aleksandra, Zamkowym, Teatralnym, Bankowym. Nawet i wtedy nie udaje mu się przypomnieć sobie topografii tej lub owej miejscowości, kiedy mu się ułatwia zadanie podpowiadaniem pewnych wybitnych cech lokalnych. Wskutek tego choremu bardzo trudno oryentować się w mieście; nie zdolny on jest nawet przedstawić sobie w umyśle drogi, często przez niego odbywanej, a prowadzącej od jego mieszkania do mnie. Domy, ulice, place, których nie może sobie w żaden sposób przedstawić w umyśle, poznaje dość szybko i nazywa mniej więcej poprawnie. Pamięć słuchowa, węchowa i smakowa, zdają się nie być zmienione. Pamięć ogólna znacznie poprawiła się w ciągu choroby.

Z dalszego przebiegu choroby należy zwrócić jeszcze uwagę na to, że leczenie energiczne jodem [leczeniu rtęcią chory opierał się] usunęło większość ciężkich objawów ogólnych. Po dwutygodniowym użyciu jodu w dawkach dziennych 5-gramowych ustąpiły zupełnie uporczywe bóle głowy, wymioty i objawy, świadczące o miejscowym ucisku na zatokę jamistą.

Objawy ze strony narządów odbytńico-pęcherzowych i przykre parestezye w nogach uległy znacznej poprawie. Badanie jednak przedmiotowe świadczyło pod pewnymi względami o postępie dalszym sprawy chorobowej: siła wzroku stopniowo słabła, odruchy kolanowe po obu stronach znikły, czynność płciowa wygasła, analgezja na dolnych kończynach stała się wybitniejszą. Aleksya i agrafia pozostały niezmienione.

Jeśli rzucimy okiem na całą historję choroby, to przedstawi się nam ona w następujący sposób: 56-letni mężczyzna, alkoholik, w rok po nabyciu syfilisu, dostaje ciężkich objawów, które, przemawiając za zajęciem mleczca paciierzowego, ustępują prawie doszczętnie po zastosowaniu leczenia ręcją i kąpielami siarczanemi. W 1½ roku potem zjawia się pierwszy objaw mózgowy, polegający na ostro powstałej hemiplegii i podwójnem widzeniu. Po upływie kilku miesięcy dołącza się do tego osłabienie siły wzroku i obustronne porażenie mięśni ocznych. Lecz i te objawy w ciągu kilku tygodni częściowo ustępują, aż wreszcie po roku pojawiają się, bądź to ostro, bądź przewlekłe, ciężkie objawy mózgo-rdzeniowe, które określiliśmy jako prawostronną hemianopsyę, częściową ślepotę duchową, afazyę optyczną i dysleksyę. W przebiegu cierpienia niektóre psychiczne zboczenia sfery optycznej ustępują, inne pozostają bez zmiany, *resp.* pogarszają się, wreszcie dołączają się ciężkie objawy ogólne i miejscowe, świadczące o wzmożeniu ciśnienia wewnątrz-czaszkowego [ból głowy, wymioty, nerwoból nadoczodołowy, objawy zakrzepu zatoki jamistej]. Energiczna kuracya jodowa usuwa wprawdzie groźne objawy, lecz pozostawia niewątpliwe znamiona ciężkiego, przewlekłego cierpienia mózgowia oraz mleczca.

Jaka jest natura tego cierpienia i gdzie szukać siedliska choroby? Że w danym przypadku nie mamy do czynienia z niczem innym, jak z syfilisem układu nerwowego, zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości, już choćby ze względu na obfitość i zmienność objawów chorobowych. Zadziwia tylko niezwykle szybkie pojawienie się pierwszych objawów ze strony rdzenia paciierzowego—w 13 miesięcy po nabyciu syfilisu: Nie jest to zresztą jedyne spostrzeżenie; podobne przypadki ogłaszało wielu syfilidologów francuskich i niemieckich. Niedawno ogłosił JOLLY (23) przypadek, w którym pierwsze oznaki zapalenia opon mózgowych pochodzenia syfilitycznego wystąpiły w 8 miesięcy po wkroczeniu do ustroju zarazka swoistego. U chorego BRASCH'a (24) jeszcze w okresie wtórnym [3 miesiące po zarażeniu] wystąpiły pierwsze kliniczne objawy stwierdzonego później badaniem pośmiertnem syfilisu mózgowego; u pacjenta NONNE'go były w 3 miesiące po zakażeniu wyraźne objawy syfilisu rdzenia. Być może, że późniejszy wiek naszego chorego oraz wykroczenia jego *in Baccho* miały poniekąd znaczenie czynników sprzyjających, przyspieszających.

Jeśli przyjrzymy się bliżej objawom, znanym nam z wywiadów i znalezionym obecnie u chorego, to część ich musimy uznać za oznaki cierpienia mle-

cza, mianowicie, owe początkowo niejasne parestezye, bóle w krzyżu i osłabienie w nogach, które świadczyły o *meningomyelitis*, i późniejsze, stanowiące obraz wiądu rdzenia, które składały się ze stopniowo wzmagającego się osłabienia odruchów kolanowych, obniżenia siły wzroku, braku oddziaływania źrenicy na światło i wreszcie z analgezyi w kończynach dolnych. Wszystkie objawy rdzeniowe rozwijały się powoli i stopniowo, być może, dzięki zwyrodnieniu pęczków tylnych, wywołanemu przez swoiste zapalenie opon rdzeniowych, oraz korzeni tylnych. Trudniej znacznie postawić rozpoznanie objawów mózgowych. Te ostatnie rozwijały się bądź przewlekłe, bądź też występowały ostro. *A posteriori* trudno rozstrzygnąć, z kąd się wzięły wspomniane w anamnezie dwa objawy: obustronne, ostre opadnięcie powiek i porażenie mięśni ocznych. Spostrzegano je zarówno przy rozlanem porażeniu syfilitycznem naczyń mózgowych, jak i przy „*polioencephalitis superior alcoholica*“, opisanem przez WERNICKE'go. U naszego pacyenta istnieją oba momenty etyologiczne.

Trudno także powiedzieć, co ma oznaczać, znany nam z wywiadów, bezwład połowiczny, który nagle powstał wraz z podwójnem widzeniem. Podczas badania stwierdzono bezwład połowiczny z lewej strony i niedowład nerwu okoruchowego prawego, t. j. tak zwany syndrom WEBER'a, który zazwyczaj towarzyszy porażeniom odnóg mózgowych i znany jest pod nazwą „*hemiplegia alternans superior*“. Nie łatwa rzecz rozstrzygnąć, czy w naszym przypadku było ognisko [gumat] w odnodze mózgu, czy też *meningitis basilaris*. Być może, istnieją wspólnie obie sprawy—zjawisko dość częste przy syfilisie mózgu. Za *meningitis gummosa basalis* przemawiałyby również dość szybki rozwój objawów zakrzepu w lewej zatoce jamistej [zastój w żyłach czołowych, oczodołowych i siatkówkowych z lewej strony, nerwoból pierwszej gałęzi lewego nerwu trójdzielnego]: zakrzep ów bowiem często wytwarza się przy zapaleniu opon mózgowych na podstawie mózgu.

Dalej, jako objaw, przemawiający za zajęciem podstawy mózgu, a jednocześnie, jako składową część *hemiplegiae alternantis*, przyjąć należałoby *hemianopsiam homonymam*. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę stosunki anatomiczne na podstawie mózgu, względnie drogę, jaką przebiegają szlaki wzrokowe (*tractus optic.*), to przyjdziemy do przekonania, że gdyby *hemianopsia* pochodziła z tego samego źródła, co *hemiplegia alternans*, to powinna by się znajdować po stronie lewej, jako odpowiadającej porażeniu lewostronnemu kończyn. Powinniśmy zatem oczekiwać *hemianopsiam sinistram*; tymczasem była ona po stronie prawej, ztąd wniosek, że podkładu anatomicznego dla niej należy szukać gdzieś indziej. I podkład taki znajdziemy, jeśli z *hemianopsją* prawostronną zwrócimy się do innych zaburzeń wzrokowych u naszego chorego, jako to: do dysleksyi, afazyi optycznej i ślepoty duchowej. Z liczby tych ostatnich objawów pozostały u chorego całkowita aleksya z zachowaniem wszakże zdolności do pisanja i ślady ślepoty duchowej, czyli, krótko mówiąc, pozostał obraz „aleksyi podkorowej“. Nie pomylimy się przeto, zaliczając niezrozumiały dla nas objaw *hemianopsiae homonymae* do t. zw. zbioru objawów WERNICKE'go, który to zbiór, jak wiadomo, zawiera między innymi i *hemianoptyczne* zaburzenie pola widzenia po stronie prawej.

Analogicznie z nielicznymi przypadkami, stwierdzonymi na seceyi pośmiertnej, siedlisko ogniska, które wywołało aleksyę i hemianopsyę, przyjąć można na granicy pomiędzy zrazem potylicowym lewym i dolnym zrazem ciemieniowym. Na zasadzie afazyi optycznej, ślepoty duchowej i ogólnego zwężenia pola widzenia można przyjąć z wszelkiem prawdopodobieństwem, że i w prawej półkuli mózgu obręb czynności wzrokowej został zaatakowany. Czy jednak mamy tu do czynienia z nowotworami gummatycznymi, które, jak wiadomo, posiadają skłonność do pojawiania się w rozmaitych miejscach i w większej ilości, czyli też z zakrzepem tętnicy mózgowej tylnej głębokiej (*art. prof. post. cerebri*), która unaczynia rzeczzone terytoryum kory mózgowej, nie będą rozstrzygał. Brak nam po temu niektórych danych wytecznych z wywiadów i pewnych faktów z pierwszego okresu psychicznych zbroceń wzrokowych. A zresztą w późniejszych fazach syfilisu mózgowia istnieją zazwyczaj jednocześnie i gumaty i zmiany w naczyniach i zapalenia opon mózgowych. Tembardziej należy być bardzo ostrożnym w stawianiu ścisłego rozpoznania lokalizacyjnego u syfilityków, jednocześnie oddających się nałogowi pijaństwa: alkoholizm bowiem sam przez się może spowodować ciężkie postaci *pachymeningitidis* na wypukłej powierzchni mózgowia.

[C. d. n.]

IV. KILKA SŁÓW

O MEZKIEM OWŁOSIENIU U KOBIET,

oraz niektórych innych anomaliach owłosienia i rozwoju ogólnego

[Podług odczytu w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem].

Podał

Fr. L. Neugebauer.

— 3 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 42].

MAYER opisał miesiączkę u 9-letniej dziewczynki, d'OUTREPONT obserwował miesiączkę u 9-letniej dziewczynki, która wkrótce potem zaszła w ciążę i w 14 miesięcy po rozwiązaniu zmarła na *phthisis pulmonum*.

U 11 z tych dziewczątek miesiączki zjawiły się już przed pierwszą zmianą zębów, a u 7 z tych już w pierwszym roku życia. O innych objawach dojrzałości w opisach mowy niema. W dwóch przypadkach pierwsza miesiączka zjawiła się w 9 roku życia. W innych przypadkach opisano i inne zmiany, w związku *cum evolutione praecoci* będące. Zwykle podaną tylko jest wiadomość o przedwczesnym peryodzie i przedwczesnym rozwoju sutek, o tem zaś, czy istniało owłosienie sromu, czy nie, niema wzmianki. PLOSS podaje razem 40 spostrzeżeń.

Nelly O., urodzona w Londynie dnia 27 stycznia 1872, miesiączkowała od 22 miesiąca życia; już przy porodzie miała dobrze rozwinięte sutki. Przed

każdym miesiączkowaniem dziecko cokolwiek niedomaga. W wieku lat 4 i 2 miesiące sutki były już zupełnie rozwinięte, o brodawkach wielkości *phalana* dużego palca ręki dorosłego mężczyzny. *Areola* różowa, cokolwiek wystająca. Przy każdym miesiączkowaniu sutki cokolwiek nabrzmiwiają. Dziecko waży 55 funtów. Ogólny rozwój całego ciała przedwczesny, a charakter dziecka poważniejszy, niż zwykle bywa w tym wieku [BOUCHUT].

Józefina X., urodzona 15 marca 1871 z bliźniąt. Siostrzyczka jej jeszcze w 8 roku życia żadnej nie wykazywała anomalii. Przy porodzie już uderzyła otoczenie nadzwyczajna wielkość tego dziecka w porównaniu z drugim. Już po upływie 6 miesięcy sutki zaczęły się rozwijać. W 7 czy 8 miesiącu zjawily się pierwsze zęby, jak u siostry. Pod koniec pierwszego roku życia pierwsze ślady krwawienia z pochwy, następnie w maju 1874 krwawienie trwa 3 dni. Od owego czasu miesiączka ta powtarzała się regularnie co 4 tygodnie bez dolegliwości. Od 5 roku życia peryody te stały się obfitszymi i dziewczynka narzekała na 3 dni przed ich nastąpieniem na bóle w brzuszku. Nie spełna 8-letnia dziewczynka wygląda jak 12-letnia. Ciekawem jest porównanie z siostrzyczką: jedna waży 34,75, a druga 20 kilogramów, jedna ma wysokości 139 ctm., a druga 121 ctm.. Obwód brodawek u obu siostr 7 i 6 centymetrów, obwód brzucha 73 i 62 ctm. [SROCKER].

Luzia R., urodzona 1840, miesiączkuje od 15 miesiąca życia przy równoczesnym rozwoju sutek [REUTER].

WACHS opisał regularne miesiączkowanie u dziewczynki 3-letniej, po 3—4 dni trwające. Wargi sromowe rozwinięte, jak u dorosłej osoby.

PEACOCK obserwował peryody regularne od piątego roku życia, sutki dobrze rozwinięte już od trzeciego roku.

Fig. 25.



Dziewczynka $4\frac{3}{4}$ -letnia podług BERNAYS'a.

DRUMOND opisał dziewczynkę, która już od drugiego miesiąca życia prawie co miesiąc krwawiła z pochwy. Opisywano dziecko jako tłuściocha o sutkach, jak u 17-letniej panny rozwiniętych. Brodawki przy badaniu w 4 roku życia miały 5 centymetrów długości i obwódkę 2 ctm. szerokości, pigmentowaną. *Genitalia externa* dobrze rozwinięte, małe wargi sromowe sterczą pomiędzy większemi, lecz owłosienia nie było. Dziecko rachityczne o *genu valgum*. Rozwój umysłowy, jak u dziecka tego wieku.

BERNAYS opisał Annę Strobel, urodzoną 1876 r., w okolicy St. Louis, miesiączkującą od 16 miesiąca życia. W wieku lat 4 i 9 miesiące sutki dobrze rozwinięte, [patrz figurę 25].

Marya Augustyna Coquelin, urodzona w Michel z Paryża, miesiączkowała regularnie od wieku lat dwóch i pół. Już w 8 roku życia zupełny rozwój sutek. [DESCURET].

Prawie u wszystkich tych dzieci sutki były rozwinięte przed 5 rokiem życia, w trzech przypadkach rozwój sutek nastąpił przed nastąpieniem miesiączki. Tylko w niektórych przypadkach istnieją dane co do owłosienia sromu. RAMON DE LA SAGRA opisał dziecko urodzone 6 lipca 1821 przez murzynkę w Hawanie: już przy porodzie sutki rozwinięte i srom owłosiony.

Anna Mummenthaler z Trachselwald, w Kantonie Bern urodzona w 1751 i zmarła w 1826, miesiączkowała od 2 roku życia; przy urodzeniu się sutki były już rozwinięte i srom owłosiony. Już w 9 roku życia pierwsza ciąża; miesiączkowała Anna do 52 roku życia [v. HALLER].

MOLITOR opisał dziecko urodzone z owłosieniem sromu dnia 27. X. 1868 w Luksemburgu. Miesiączka, która zjawiała się po raz pierwszy w 4 roku, od 8-go roku regularna. W wieku lat 8 dziewczynka ta miała 133 ctm. wysokości. *Pubes* bardzo obfite, sutki sterczą; już od 8 roku życia częste spółkowania z mężczyzną lat 32. Od trzech miesięcy miesiączka się zatrzymała, następnie dwa i pół miesiąca krwawienia, dnia 27 lipca 1877 dziewczynka urodziła zaśniad groniasty oraz płód. Dziecko wyzdrowiało zupełnie.

GEDICKE u dziewczynki 7-letniej o owłosieniu lekkim sromu i dobrze rozwiniętych sutkach, przy seceji pośmiertnej znalazł *steatomati hydatis* jajników. U Anny S., urodzonej 1860 w Altenburgu, miesiączkującej od 19 miesiąca życia, o sromie owłosionym, włosami długości od 3—4 cali, sutkach jak u dorosłej, przy seceji pośmiertnej znaleziono *sarcoma ovariorum* [GEINITZ].

LENHOSSEK opisał dziewczynkę, miesiączkującą od 10 miesiąca życia; w drugim roku *pubes* i sutki jak u dorosłej osoby. Miesiączkowanie od 9 miesiąca, rozwój sutek w wieku lat 1½, owłosienie sromu pod koniec drugiego roku życia opisał WALL.

Krystyna Teresa A., urodzona 27. I. 1838, w drugim roku życia miesiączkowała, w czwartym roku życia, badana przez CARUS'a, miała sutki jak panna 16-letnia i srom owłosiony ciemnymi włosami.

CORTEJANERA opisał dziecko, u którego dnia 4 kwietnia 1878 w 7 miesiącu życia nastąpiło krwawienie pochwowe, 3 dni trwające. Krwawienie to powtarzało się regularnie co miesiąc, aż do marca 1879. Wtenczas w wieku miesięcy 18 zamiast miesiączki nastąpiła obfita *leucorrhoea*, trwająca do stycznia 1880. Potem po silnych kolkach powróciła miesiączka. Za każdym razem wydzielało się krwi około 45 gramów. W wieku 28 miesięcy dziecko miało 75 ctm. obwodu talii i wygląd kobiety o zatrzymanym rozwoju ogólnym. Sutki wielkości cytryny, elastyczne, nabrziałe, jak u 17-letniej dziewczyny, o wystających brodawkach i szerokiej obwódce. *Genitalia externa* dobrze rozwinięte, *vulva* szeroka, wargi sromne grube; srom owłosiony rudymi włosami.

PLOSS w temże miejscu cytuje spostrzeżenie miesiączki od trzeciego roku życia przy równoczesnym rozwoju sutek i owłosieniu sromu.

Teodora Possassi miesiączkowała od 40 miesiąca życia, mając srom owłosiony gęstymi, czarnymi włosami, sutki dobrze rozwinięte. Przy seceji pośmiertnej skonstatowano *sarkomat jajników*.

U Joanny Fryderyki Gloch z miasta Koethen, urodzonej 18. IV. 1799, zmarłej 1803, o gęstym owłosieniu sromu twardymi, czarnymi włosami i sutkach obwisłych, przy ogólnej *obesitas*, przy sekcji TILLESUS znalazł macię, jajniki i pochwę, jak u dorosłej kobiety rozwinięte.

Dnia 15. X. 1883 r. w Towarzystwie Akuszeryjnym w Lipsku przedstawiono dziewczynkę, 3½ lat mającą, wyglądającą jak 6—7-letnia dziewczynka. Sutki, owłosienie sromu i wargi sromne bardzo rozwinięte. Od Bożego Narodzenia 1881 regularne miesiączkowanie co miesiąc.

WILSON opisał Maryę Annę G., urodzoną 1845.; od 5 roku życia miesiączki typu 5, potem 3, potem 7-miesięcznego do 6 roku życia. Przy porodzie sutki wielkości kurzego jaja. Srom owłosiony, czarnymi włosami, w 4 roku.

Elżbieta Klink, urodzona 31. X. 1875 w Bornheim, od 9 miesiąca miesiączkowała, w drugim roku życia miesiączkowanie już się ustaliło. W lutym 1882 przy badaniu znaleziono sutki bardzo rozwinięte i srom owłosiony ciemnymi obfitymi włosami. W wieku lat 6 i 4 miesiące dziewczynka ta ważyła 47 funtów i miała 120 cm. wysokości [LOREY].

Ewa Krystyna Fischer, której podobizna znajduje się w Instytucie anatomicznym w Lipsku, urodzona 1750 r. w Eisenbach, zmarła 18 maja 1753, była rozwiniętą jak 20-letnia kobieta i w roku 1753 była pokazywaną na jarmarku w Lipsku, ważyła wtenczas 82 funty.

We wszystkich tych przypadkach owłosienie sromu zjawilo się już przed pierwszą zmianą zębów, a trzy razy istniało już przy porodzie. Znam również opisane przez CRUVEILHIER'a spostrzeżenie owłosienia, jak u dorosłej, u czteroletniej dziewczynki. Niedawno widziałem owłosienie sromu u dziewczynki 8-letniej, tutaj w Warszawie.

LE BEAU opisuje dziewczynkę Matyldę R. z Luiziany, urodzoną d. 30 września 1827 r., która od trzeciego roku życia miesiączkowała co miesiąc przez 4 dni, już przy urodzeniu się miała srom owłosiony.

PLOSS osobiście znał dziewczynkę 11-letnią, o sutkach wielkości mandarynki, pomimo że miesiączki jeszcze nie miała i nie była dotkniętą *obesitate*.

Dnia 31 maja 1891 r. fotografowano w Berlinie inną 5-letnią dziewczynkę, urodzoną 16 czerwca 1886, która w wieku 5 lat okazała się zupełnie rozwiniętą co do narządów sromu i owłosienia, pomimo że peryodów jeszcze nie miała, pod pachami jeszcze włosów nie było, sutki dziecięce. Rozwój umysłowy, jak u 8-letniej dziewczynki [patrz fig. 26].

Niedawno M. HARRY CAMPBELL w Londyńskim Towarzystwie klinicznym [patrz: *Annales d'hygiène publique. Janvier. 1896. p. 90*] przedstawił chłopczyka o przedwczesnym rozwoju płciowym, mianowicie dnia 22 listopada roku 1895. Chłopczyk obecnie liczy lat 14, CAMPBELL zna go osobiście od lat 10. Już w 15 miesiącu życia zupełne owłosienie sromu, pod koniec drugiego roku życia narządy płciowe były rozwinięte, jak u dorosłego mężczyzny i od owego czasu już wyglądu nie zmieniały. Już pod koniec drugiego roku życia zauważono erekcyjne prącia, a od 4-go do 7-go roku częste polucye i wytryski płynu, noszącego makroskopijne cechy nasienia, [drobnowidzowego badania płynu nie dokonano]. Mięśnie tego chłopczyka były rozwinięte, jak u 25 do 30-le-

tniego mężczyzny i chłopczyk ten już oł kilku lat musiał golić się regularnie (podług *Semaine médicale* 27. XI. 1895).

Fig. 26.



Przedwczesne owłosienie sromu u 5-letniej dziewczynki. [Podług Ploss'a].

EBLE [l. c. p. 235] co do przedwczesnego rozwoju owłosienia w pewnych miejscach, na których dopiero w późniejszym wieku zjawić się powinno, przytacza również kilka spostrzeżeń. Już starożytne piśmiennictwo wspomina o „*pueri barbati vel citiberbes*. Za czasów cesarza Konstantego w roku 308 w Antyochii opisywanym był potworek męzki o zajęczej wardze, 2-eh zębach, 4 oczach, krótkich uszach i o „brodzie“ urodzony [patrz *Ulysses Aldrovandi histor. monstros. p. 446*].

JAKÓB DOBROŻEŃSKI z Negroponte opowiada o chłopcu, w roku 1673 w Czechach urodzonym, nader silnie rozwiniętym, który już w 3 roku życia miał zarost na bródce i w 12 roku życia zupełnie rozwiniętą brodę. Również

deska piersiowa była szorstką od owłosienia, przy przedwczesnym rozwoju narządów płciowych. Podobnego chłopczyka brodatego opisano w *Zod. med. (Ann. 2 mens. Octob. Obs. 9)*. [C. d. n.]

NOTATKI LEKARSKIE:

10. Przypadek zapalenia płuc włóknikowego z przebiegiem bezgorączkowym.

Przy końcu r. z. obserwowałem przypadek zapalenia płuc włóknikowego, którego przebieg bezgorączkowy, podobnie jak w przypadku kolegi ARNSTEINA [p. *Gazeta Lekarska*, № 16 z r. b.], ze względu na rzadkość tego rodzaju spostrzeżeń, na szczegółowe zasługuje opisanie.

Z. K., uczennica pensyi pp. G., 14 lat mająca, zachorowała 5. XII. 1895 r. Ponieważ w tym czasie miałem dwie chore na tej pensyi, więc podczas mej wizyty poproszono mnie o zbadanie panny K., która przed wieczorem uskarżała się na ból w boku lewym i kaszel. Założyłem termometr i znalazłem 37,6° C., tętno 108—112, silne, dobrze napięte. Chora średniego wzrostu, niezłej budowy ciała, miała być podobno zawsze zdrową, skłoną tylko do nieżyłtów nosa i oskrzeli. Na pensyi znajduje się 2 lata, w przeciągu tego czasu nie chorowała. Obecnie niezadowolona, że kazano jej położyć się do łóżka, mówi, że czuje się dobrze, trochę tylko kole ją w boku, szczególnej przy kaszlu. Przystąpiłem do badania, będąc przekonanym, że będę miał do czynienia z zapaleniem oskrzeli lub nieznacznem zajęciem opłucnej, gdy tymczasem, ku wielkiemu memu zdziwieniu, znajduję wyraźne stłumienie odgłosu opukowego pod lewą łopatką, oddech oskrzelowy i bronchofonię na całej przestrzeni dolnego płata lewego płuca z tyłu i z boku. Nie dowierzając swemu termometrowi, założyłem inny, lecz i ten wskazał tę samą ciepłotę: 37,6° C.

W przeciągu ośmiu następnych dni widziałem pacjentkę każdodziennie, czasami nawet dwukrotnie i zawsze znajdowałem stan bezgorączkowy: 36,8—37,3°. Plwocina rdzawa wydzielala się przez pierwsze dwa dni, klucie w boku zmniejszyło się 5-go dnia, stan ogólny był względnie dobrym, gdyż pacjentka prosiła nawet, by pozwolić jej wstać; łaknienie i sen — dobre. Dziewiątego dnia nastąpiła typowa rezołucya, przyczem jednakże do końca drugiego tygodnia, t. j. do czasu, kiedy pacjentka pojechała na święta do rodziców, były widoczne ślady przebytego cierpienia pod postacią mnóstwa rzężeń drobno-pęcherzykowych. W innych narządach zmian żadnych nie znalazłem.

W przypadku tym, wobec tak wyraźnych zmian i typowego przebiegu, musiałem postawić rozpoznanie zapalenia płuc włóknikowego, samoistnego.

Przypadek ten zarazem wskazuje, że nawet stosunkowo silne zajęcie płuca i u osobnika młodego i zdrowego może przebiegać bez wyraźnego od-czynu gorączkowego, gdyż pierwotnie spostrzegana ciepłota 37,6° C. może być zaliczoną li tylko do stanu podgorączkowego.

Częstochowa, 30 kwietnia 1896 r.

J. Pisarzewski.

II. Przypadek braku macicy i przydatków.

Do ogłoszonych przez kol. G. WAWELBERGA w № 5 Gazety Lekarskiej spostrzeżeń pozwalam sobie dołączyć opis spostrzeganego przezemnie zupełnego braku macicy.

Dnia 8. X. 1895 r. zgłosiła się do mnie Łucya N., lat 25 mająca, żona zagrodnika, skarżąc się na bóle w krzyżu i prawym barku. Przy szczegółowych wywiadach okazało się, że chora, 3-i rok zamężna, bezdzietna, nigdy nie chorowała, nigdy nie miała miesiączki, ani *mollimina menstrualia*; popędu płciowego nie doznaje, spółkowanie zaś nie sprawia jej żadnej przyjemności, owszem często budzi odrazę.

Status praesens. Kobieta wysokiego wzrostu, prawidłowej budowy, brunetka, na górnej wardze wyraźny meszek; głos kobiecy, dosyć cichy. Podściółka tłuszczowa miernie rozwinięta; piersi mają postać bardzo długich, wiotkich worków; tkanka gruczołowa rozwinięta bardzo słabo; brodawki małe, płaskie. Miednica budową swoją jest bardziej do męskiej podobną. Nie posiadając cyrkla, wykonać pomiarów nie mogłem. *Mons Veneris* pokryty delikatnym i bardzo rzadkim blond meszkiem, na wargach sromnych większych nieliczne, krótkie, żółte włoski.

Wargi większe budowy prawidłowej, flakowate, wargi mniejsze bardzo słabo rozwinięte, wiotkie, łechtaczka bardzo mała; otwór cewki moczowej normalny, wejście do pochwy otoczone resztkami błony dziewiczej. Przy badaniu pochwy w położeniu grzbietowem palec wykrywa ślepy worek długości około 5 centym., szerokość jego jest znaczna, albowiem przepuszcza 2 palce, jakoteż średni wzienik, przez który widać doskonale wyrażone fałdki poprzeczne. Wszelkie usiłowania wykrycia macicy [badanie dwuręczne *per anum et vaginam*, oraz przez wprowadzenie cewnika do pęcherza przy jednoczesnym badaniu *per anum*] lub przydatków dały wynik ujemny.

Mieliśmy tedy w danym przypadku zupełny [klinicznie rzecz biorąc] brak macicy oraz przydatków, przy stosunkowo niezłe rozwiniętej pochwie, oraz upośledzonych narządach płciowych zewnętrznych. Kończąc tę notatkę, chcę zwrócić uwagę na jeden szczegół, mianowicie na brak owłosienia wzgórza łonowego [istnieje bowiem tylko *lanugo*], czem przypadek mój wyróżnia się od znanych mi z literatury przypadków ALBERTIN'a (*La province médicale*, Nr. 14, 1893 r.), HORWITZ'a (*Rukowodstvo k patologii i terapii ženskoj polowej sfery*) D-ELIAW'a (*Wracz.* 1892) i kol. G. WAWELBERGA.

Preny, 5 lutego 1896 r.

F. Grodecki.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 = 3 —

85. Westermarck. Przypadek myomatis recti, symulującego torbiel jajnika.

Dolny koniec przewodu pokarmowego, szczególnie *rectum* i *anus*, o wiele częściej są siedzibą nowotworów, niż wyżej położone części *tractus intestinalis*. BAILE wlicza pomiędzy niezłośliwymi nowotworami guzy hemoroidalne, adenomaty, papillomaty, limfomaty, oraz, jako rzadkie nowotwory patologiczne

in recto napotykanie lipomaty, teratomaty, enchondromaty i rozlane angiomaty. Otóż W., docent ginekologii w Stokholmie, do tych guzów natury niezłośliwej dodaje jeszcze myomaty. Według BALE'go dotychczas ogłoszono tylko 2 spostrzeżenia, W. dziś dodaje trzecie: 49-letnia kobieta odbyła prawidłowo dwa porody i 9 lat temu straciła miesiączkę. W przeciągu zaś ostatnich dwu lat kilka razy miała nieregularne i bolesne krwawienia [1893]. Wskutek *pareseos n. facialis sinistri* w roku 1884, stosowano elektryczność oraz *kalium jodatum*, pomimo że pacjentka syfilisu nie przechodziła. Od 1/2 roku od czasu do czasu bóle w podbrzuszu oraz w okolicy kości krzyżowej; bóle te czasami rozchodziły się aż na uda, powiększały się przy pracy, a ginęły przy zachowaniu spokoju. W tymże czasie cuchnące nieco upławy, częste parcie na mocz, oraz zaparcie stolca. Ostatnie dwa objawy znacznie wzmogły się w ostatnich czasach. W ostatnich czasach chora zauważyła powiększenie się objętości brzucha. W listopadzie 1893 skonstatowano w tylnem sklepieniu pochwy guz o chropowatej powierzchni, guz ten sięgał ku górze do jamy brzusznej prawie do wysokości pępka, przekraczając znacznie linię pośrodkową ku stronie prawej. Macica swobodnie ruchoma. Pseudofluktaacya w elastycznym guzie. *Inversio parietum vaginae partialis*, macica dyzlokowana ku przodowi, przyparta do spojenia łonowego. Guz zdaje się wychodzić z prawostronnych przydatków macicznych.

Chorą przyjęto do kliniki w lutym 1894 r. *pro ovariotomia*. Po cięciu brzuszmem znaleziono guz wielkości głowy męzkiej o powierzchni gładkiej, czarno-czerwono zabarwionej. Guz kruchy, rwie się gdziekolwiek go uchwyciono, obfite krwawienia żyłne. Ponieważ nie udało się opanować krwawienia obkluciami, ułożono chorą w położeniu obwisłem, usunięto zrosty z pęcherzem, prawą trąbką i fleksurą, poczem udało się nareszcie dojść do szypuły guza, z małej miednicy wychodzącej, ścisnąć takową ręcznie i zmniejszyć krwawienie. Przy uwalnianiu guza ze zrostów z pętlicą кишки cienkiej naderwanie кишки, zeszytacie podarcia szwami LEMBERT'a. Szypuła guza zachodziła w głąb małej miednicy i wychodziła poniżej *promontorii* z przedniej ściany кишки prostej. Nałożono ligaturę na szypułę, palec zaś do odbytnicy wprowadzony ujawnił, że przednia ściana *recti* była wciągnięta do wewnątrz pętlicy ligatury. Ligaturę więc prowizoryczną zdjęto i, posilkując się nożyczkami, usunięto tyle guza, co się dało usunąć, nie kalecząc кишки. Wytworzono więc rodzaj kikuta i zabezpieczono go szwami od krwawienia. Usunięto również prawą trąbkę, z guzem zrosniętą. Jamę brzuszną przemyto fizyologicznym roztworem soli kuchennej. Z obawy perforacyi przedniej ściany *recti* ku jamie DOUGLAS'a wypełniono takową gazą jodoformową, której koniec wychodził przez dolny kąt rany brzusznej, tampon częściowo usunięto na 4 dzień. Operowana zmarła 4 dnia wskutek *peritonitidis* przy objawach niedrożności kiszki. Sekcya: *ileus, peritonitis fibrinosa fossae Douglasii, tumor recti, gumma hepatis*.

Przyczyną niedrożności kiszki był szew nałożony spiralnie dokoła jelita biodrowego na 2 ctm. powyżej początku кишки ślepej, szew nałożony tam przy zeszywaniu rozdarcia кишки przy oddzielaniu od guza. 13 ctm. powyżej otworu odbytnicy na przedniej ścianie *recti* znajdowała się szypuła usuniętego guza,

który przy badaniu drobnowidzowem okazał się myomatem w stanie początkującej nekrotyzacji.

Podobne spostrzeżenie opisał SENN, który u 45-letniej pacjentki wypuścił cały kubek płynu przy *ascites*; po paracentezie znalazł się w małej miednicy guz, odpychający macicę ku prawej stronie i ku górze. Prawy jajnik prawidłowy, lewego nie wymacano. Guz ruchomy, cokolwiek daje się unieść ku górze, lecz następnie znów opada. Przy rozpoznaniu: solidny guz lewego jajnika lub też intraligamentarny guz. Koeliotomia: guz twardy, pokryty otrzewną, wolny od zrostów osadą 6 ctm. szerokości wychodzi z przedniej ściany *intestini recti*. Podstawę guza przeszły 3 szwami, na średnią część nałożono ligaturę, a poniżej tej ostatniej guz przecięto. Natychmiast zjawiał się kał w jamie miednicy, nacięto kışkę przy przecinaniu podstawy guza. SENN wprowadził do odbytnicy gruby dren, aż blisko do *flexura sigmoidea*, a dziurę w kışce zaszył szwami LEMBERT'a. Następnie zaprowadził szklany dren do małej miednicy, aż przed zaszytą ranę kışki i ranę brzuszną powyżej drenu szklanego zeszył. Na 3 dzień po *luxans* stolec, lecz i w szklanym drenie kałowe masy. 6 dnia dren szklany zastąpiono paskiem gazy; w 2 tygodnie później przetoka kışki okazała się zarośniętą. Myofibromat 12 f. wagi, powstały w przedniej ścianie *intestini recti*.

Spostrzeżenie trzecie opisał JOHN BERG również w Sztokholmie: 56-letni mężczyzna; od 10 lat bardzo utrudnione stolce, kilka razy połączone z obfitymi krwotokami. Masy stolcowe spłaszczonego kształtu. Cała *fossa sacralis* zajęta przez twardy guz, wypuklający się ku kışce prostej tak, że światło jej ma kształt półksiężycowy. Trudno dojść *per rectum* do górnego końca guza, błona śluzowa kışki na guzie przesuwalna prócz jednego miejsca, gdzie przedstawia się owrzodzoną i z guzem spojona. Guz przesuwalny na *os sacrum*. 21 lipca 1890 BERG dokonał operacji podług KRASKE'go. Udało się okrągły, kulisty guz wyłuszczyć, prócz w jednym miejscu, gdzie przedziurawił na szerokości 3—4 ctm. ścianę kışki prostej. Obcięto zatem brzegi rany kışkowej i takową zaszyto. Pomiędzy raną kışki a otworem odbytnicy zaledwie wąski mostek. Ranę zewnętrzną zaszyto tylko w górnej części, dolną wypełniono gazą. Pacjent wyzdrowiał po dwukrotnem pojawieniu się przetoki kałowej w ranie skośnej.

W przypadku BERG'a myomat *recti* leżał ekstraperitonealnie po za *rectum*, w przypadkach zaś WESTERMARK'a i SENN'a, bardzo do siebie podobnych, guz wychodził z przedniej ściany *recti*, rósł w jamie brzusznej i symulował nowotwór *in annexis muliebribus*, symulując w jednym przypadku fibromat jajnika, a w drugim—torbiel, różnica w rozpoznaniu przypuszczalnem, wskutek różnej konsystencji guzów. W przypadku SENN'a guz, bardzo bogaty w tkankę łączną i twardy, w przypadku WESTERMARK'a guz miękki wskutek początkującej nekrozy. WESTERMARK uważa rozpoznanie różniczkowe w tych przypadkach za niemożliwe przed operacją. Pomimo że guzy te, myomaty *recti*, nie są natury złośliwej, będą przypuszczalnie zawsze operowane z powodu niemożności wykluczenia rozpoznawczego złośliwego nowotworu jajnika w tych przypadkach.

Rokowanie pooperacyjne W. uważa za dobre, jak dowodzi przypadek SENN'a; śmierć w przypadku własnym W. przypisuje temu, że *ileus* powstał wskutek działania tamponu z gazy jodoformowej. Tampon był założony z obawy przed perforacją *recti*. Tampon miał leżeć tak długo, dopóki nie wytworzyły się zrosty dosyć odporne dokoła niego. Niestety, zeszyta kiszka opuściła się do jamy małej miednicy i zrosła się tam z sąsiedztwem, wskutek czego powstało zgięcie kiszki („*Abknickung*“) oraz *ileus*.

(*Centralblatt f. Gynäkologie*, 1896. Nr. 1).

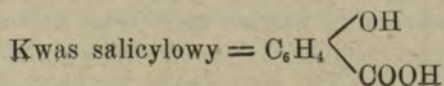
[Powyższe spostrzeżenia, szczególnie dwa pierwsze, mają tak ważne znaczenie dla każdego ginekologa, tak co do rozpoznania, jak i co do leczenia, że uważałem za stosowne streścić je w tem miejscu. Rzeczywiście przypadki, w których nie sposób jest postawić ścisłego rozpoznania różniczkowego przed samą operacją, są o wiele częstsze, niżby się zdawało, czytając podręczniki ginekologiczne, wykłady teoretyczne, a nawet opisy pojedynczych przypadków kazuistycznych, które, *post operationem* napisane dla druku, zawierają bardzo często rozpoznanie przedoperacyjne trafne, podczas gdy na szemacie szpitalnym chorej napisane są dwa rozpoznania, z których pierwsze jest wykreślone. Wypadałoby pomyłek takich się nie wypierać, ponieważ „*errando discimus*“. Osobiście niedawno miałem trzykrotnie sposobność znaleźć po otworzeniu jamy brzusznej umiejscowienie nowotworu inne, niż przypuszczałem bez badania pod narkozą, w ostatnim z tych przypadków znalazłem złośliwy nowotwór kiszki, zlany w jedną masę z trąbką maciczną lewą, wskutek konkmitujących spraw zapalnych. Rozpoznanie takie przed operacją było zupełnie niemożliwym. *Przypisek sprawozdawcy*].

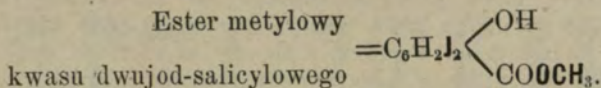
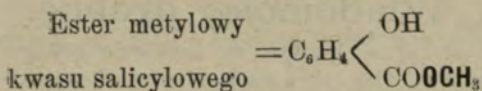
FRAIPONT (*Le Scalpel*, Nr. 28. *Janvier*, 1896) u kobiety, która już kilka razy rodziła, w 4 miesiącu ciąży natrafił na włókniaka, szybko rosnącego w tylnej wardze ust macicznych. Aby zapobiedz cesarskiemu cięciu w trakcie porodu, Fr. naciął tylną wargę termokauterem, wyluszczył bez trudności guz, a łożysko jego wytamponował. Naza jutrz zaś zeszył ranę częściowo po wydrenowaniu. Cięża poszła pomyślnie dalej do końca. *Fr. Neugebauer*.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

8. **Sanoformium. Sanoform.** W ostatnich czasach wprowadzono do terapii nowy środek antyseptyczny, ester metylowy kwasu dwujod-salicylowego, któremu dla zwiększości nadano nazwę: s a n o f o r m.

Przyjrząwszy się następującym wzorom, łatwo zrozumiemy budowę chemiczną wzmiankowanego środka leczniczego.





Związek ten pierwsi otrzymali D-r GALLINEK i COURANT przez działanie jodu na olejek golteryowy (*oleum Gaultheriae*).

Sanoform przedstawia się w postaci igielek bezbarwnych. Nie ma żadnego zapachu, ani smaku. Pod wpływem światła nie ulega zmianie. Topi się przy 110° C. i daje się ogrzewać aż do 200° C. bez rozkładu. Dopiero powyżej tej ciepłoty zaczyna się zabarwiać, a przy ciepłocie 300° C. zupełnie się rozkłada, wydzielając pary jodu. Mocny kwas azotny i stężony kwas siarczany rozkładają również sanoform, odszczepiając od niego jod. Rozpuszcza się w 200 częściach zimnego alkoholu, a w 10 częściach gorącego alkoholu. Łatwo rozpuszcza się w eterze, chloroformie i w benzolu. Rozpuszcza się również w olejach tłustych i w wazelinie przy ogrzewaniu; bardzo trudno zaś rozpuszcza się w wodzie i w glicerynie.

Z powodu obecności wolnej grupy hydroksylowej [OH] w drobince sanoformu tenże tworzy z alkaliarni sole.

D-r ARNHEIM (*Allgem. med. Central-Zeitung*. 1896. 37. *Therap. Monatsh.* 1896. 9.) stosował sanoform w 72 przypadkach, a mianowicie: *ulcus molle* (22), *ulcus durum* (20), *bubo* (6), *phimosis* (16), rany po wycięciu wrzodu (3), *panaritium* i po otwarciu ropni (5).

W dwa dni po zasypaniu proszkiem sanoformu obficie wydzielające owrzodzenia i rany okazywały się prawie zupełnie suchemi; ropienie ustawało.

Sanoform można stosować, albo wprost w postaci proszku, albo w postaci maści [10%]. Ponieważ rozpuszcza się w chloroformie i eterze, przeto można go używać również w kollydynie i traumatycynie [10%]. Oprócz tego do opatrunków stosować można muślin sanoformowy (*Sanoformgaze*), który doskonale można sterylizować dzięki temu, że sanoform dopiero w bardzo wysokiej ciepłocie rozkłada się.

Wiadomo, że muślinu jodoformowego niepodobna sterylizować, że zaś muślin sanoformowy można doskonale wyjaławiać tak w parze gorącej, jakoteż na sucho, szczegółowo przekonał się o tem D-r SCHLESINGER (*Therap. Monatsch.* 1896. 9.) na mocy ścisłych doświadczeń, których tu nie powtarzamy.

Dodać tu wreszcie należy, że sanoform sam, jakoteż i muślin sanoformowy są białe, a tem samem nie barwią ani bielizny, ani ciała. Wreszcie sanoform odznacza się jeszcze jedną bardzo ważną zaletą: nie drażni tkanek i nie wywołuje żadnych objawów nieprzyjemnych, tak, że środek ten stosować można bez obawy i wewnątrznie.

Wiktor Grostern.

Wiadomości drobne.

— BURNETT spostrzegł chorego na zapalenie lewego przyjądra 35-letniego mężczyzny, któremu, w 5-m roku życia usuwano kamień za pomocą lewostronnego cięcia kroczowego. Chory nigdy przy spółkowaniu nie miał wypływu nasienia, a nadto w ciągu 24—48 godzin po spółkowaniu doświadczał bólu w jądrach. Przy endoskopowaniu B. zauważył, że wzgórek nasienny był w stanie zaniku i że część cewki krokowa (*p. prostatica*) była nader krótka. Badanie przez prostopięć wykazało, że gruczoł krokowy był miękki oraz mniejszy, niż tenże gruczoł u 10-letniego chłopca. Sądząc z tych zmian, oraz z kierunku blizny, pozostałej po operacji, B. mniema, że w danym przypadku przecięto przewody wytryskowe (*canales ejaculatorii*), które wskutek tego uległy zarośnięciu. Powyższy przypadek dowodzi, że samo zamknięcie przewodów wyprowadzających nasienie, bez trzebienia, może spowodzić zanik gruczołu krokowego.

(*Ann. d. malad. d. org. gén. urin. 1896. Nr. 9.*)

B. S.

— WALSH wykonał szereg doświadczeń nad zdolnością wchłaniania rozmaitych środków przez pęcherz. W tym celu wstrzykiwał psom do pęcherza atropinę, apomorfinę, strychninę, eter, chloroform, jodek potasu. Wnioski, do których przyszedł W., są następujące: 1) pęcherz rzeczywiście, aczkolwiek powoli, wsysa wstrzyknięte do jego wnętrza środki; 2) woda i części stałe zawartości pęcherza, pozostając w nim czas dłuższy, ulegają do pewnego stopnia wchłanianiu; przednia część cewki moczowej wsysa szybciej, niż tylna część tejże cewki oraz pęcherz; 4) pochwa szybko wchłania wstrzyknięte doń środki.

(*Deut. med. Zeit. Nr. 76.*)

B. S.

Wiadomości bieżące.

— W Białej Podlaskiej jeszcze w r. b., otwartą będzie lecznica prywatna, zaopatrzona w pewną liczbę łóżek dla umieszczenia chorych stałych. Kol. Wroczyński, kierownik nowego szpitala, komunikuje nam, że całe utrzymanie wraz ze środkami lekarskimi i pomocą kosztować będzie od 75 kop. do 2 rubli na dobę. Jeżeli przyjąć pod uwagę nadzwyczaj małą liczbę szpitali na prowincyi, to szpitale prywatne mogą przynieść wielką usługę okolicznej ludności, zwłaszcza lecznica w Białej, jako miejscowości, sąsiadującej z powiatami: Konstantynowskim i Włodawskim, w których niema ani jednego szpitala.

— Wyszedł z druku 1-szy tom nowego pisma „*Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie*“, obejmujący przegląd prac za r. 1895. Przegląd ten wydawany jest głównie przez młodszych chirurgów pod redakcją prof. HILDEBRAND'a z Berlina. Między polskimi współpracownikami spotykamy tam nazwisko prof. TRZEBICKY'ego z Krakowa.

— Umarł w Genewie w 73 r. życia MAURYCY SCHIFF, znany fizyolog, profesor na Uniwersytecie Genewskim.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

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

Sprostowanie. W N-rze 40 na str. 1080, wiersz 3 od dołu zamiast „LEJORS“, winno być: LEJARS, zamiast „LEGUEN“, powinno być: „LEGUEU“.

W N-rze 41 na str. 1125 wiersz 9 od góry, zamiast: „zaufania“ powinno być: „zacofofania“ i wiersz 2 od dołu zamiast: „piszą“, powinno być: „piszę“.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów broszurę p. t.: „Woda mineralna Fachingen“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довзделено Цензурою, Варшава, 10 Октябрю 1896. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.