

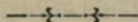
GAZETA LEKARSKA

Z PRACOWNI D-RA M. REJCHMANA.

I. PRZYCZYNEK DO ELEKTROTERAPII W CIERPIENIACH ŻOŁĄDKA. O WPŁYWIE PRĄDU STAŁEGO I PRZERYWANEGO NA WYDZIELANIE SOKU ŻOŁĄDKOWEGO.

Podał

Józef Goldbaum.



Przeciwko chorobom narządów trawienia oddawna stosowano leczenie elektrycznością. Posiadając w składzie swym stosunkowo wiele tkanki mięśniowej i nerwowej, przewod pokarmowy okazuje podatny grunt dla bezpośredniego wpływu prądu elektrycznego, a wszak często ulega on zбочeniom czuciowym, naczynioruchowym, wydzielniczym i t. p.

Jak obecnie, leczenie strumieniem elektrycznym stosuje się przy cierpieniach zależnych od chorobowych stanów nerwów czuciowych żołądka, od zbytnej kurczliwości lub osłabienia muskulatury, lub wreszcie od niedostatecznej czynności nerwów wydzielniczych żołądka

Liczne robiono poszukiwania nad wpływem leczniczym elektryczności przy cierpieniach żołądka. Bocci dowodzi, że bezpośrednio pobudzenie ścian żołądka strumieniem faradycznym wywołuje wyraźne skurcze, pośrednie zaś przez ściany brzuszne nieznaczne tylko skurcze o wątpliwej wartości leczniczej. Według Erb'a, bezpośrednio wewnętrzne stosowanie strumienia faradycznego, prócz skurczów, wywołuje także nastrożenie naczyń i obfite wydzielanie soku żołądkowego. Przeciw wymiotom nerwowym u histeryczek, u ciężarnych, przy migrenie i t. p., uznali rozmaici badacze [SEMMOLA, LENTE, POPPER] za korzystne stosowanie strumienia elektrycznego. LENTE i POPPER radzą stosować strumień przerywany, przyczem jedną elektrodę umieszczać na karku, drugą na okolicę żołądka [LENTE], lub też obie szerokie elektrody na okolicę żołądka [POPPER], SEMMOLA zaś zaleca w tych razach stosowanie strumienia stałego, przyczem jeden biegun radzi umieszczać na szyi, gdzie najbardziej dostępnymi są: nerw błędny, współczulny i przeponowy, drugi na dołek podsercowy. Erb również zaleca galwanizowanie nerwu współczulnego i błę-

dnego w części szyjowej. BEARD wykonywa tak zwaną centralną galwanizację w taki sposób, że katodę w postaci większej płytki kładzie na dotek podsercowy, a anodą, opatrzoną gąbką, pociera czoło, idąc z jednej strony ku drugiej, potem okolice między obydwojma uszami przez 1—2 minuty, następnie nerwy współczulne i błędne na szyi i ostatecznie kręgosłup od góry do dołu przez 3—6 minut. ZIEMSSSEN używa obecnie przy wszystkich nerwicach żołądka, według potrzeby, galwanizowania w celu uspokojenia, a faradyzowania w celu podniecenia i wykonywa je w ten sposób, że anodę o powierzchni 600 □ cent. przykładła na podżebrze lewe, na powierzchni od odźwiernika do dna żołądka, a w odległości 1—2 cent. od niej katodę, o powierzchni 500 □ ctm., na przestrzeni od dna żołądka ku kręgosłupowi, odpowiednio położeniu żołądka. Przy zewnętrznym stosowaniu prądu, tak stałego, jak i przerywanego, na okolicę żołądka u zwierząt i ludzi zauważyli ZIEMSSSEN i CARAGIOSIADES kurczenie się żołądka na przestrzeni, odpowiadającej wielkości elektrody, równocześnie zwiększenie wydzielania soku żołądkowego, wzmożenie łaknienia i ogólne orzeźwienie. HOFFMANN¹⁾ stwierdził również ten wpływ podniecający prądu galwanicznego na wydzielanie soku żołądkowego przy zewnętrznym stosowaniu. Przedewszystkiem powtórzył HOFFMANN doświadczenie ZIEMSSSEN'a na psach ze sztuczną przetoką żołądkową. Przy przepuszczaniu przez żołądek czczy psa, po 24 godzinnym głodzeniu, strumienia stałego, spostrzegł autor po kilku minutach działania strumienia wydzielanie się z przetoki płynu kwaśnego, tak, iż w ciągu 12 minut działania prądu zebrało się około 14 ctm. sześć. o 0,219% zawartości kwasu solnego, po przerwaniu zaś strumienia wydzielanie trwało jeszcze przez 3 minuty. Doświadczenie to powtórzył autor kilka razy i zawsze otrzymywał mniej więcej jednakowe wyniki. Po tych doświadczeniach na psach przeprowadził autor badania nad ludźmi zdrowymi. Każdy z tych osobników przed badaniem w ciągu 12 godzin nie przyjmował żadnego pokarmu, w tych bowiem warunkach żołądek nie zawiera soku żołądkowego. Jakkolwiek najnowsze badania SCHREIBER'a i ROSIN'a zdawały się temu przeczyć, doświadczenia jednak HOFFMANN'a, w tym kierunku przeprowadzone, potwierdziły poprzednio panujące przekonanie. Badając żołądki 25 osobników zdrowych obu płci, różnego wieku, otrzymał autor z 48-iu doświadczeń w 33-ch minimalne ilości płynu, w 6-ciu około 8 ctm. sześć., a tylko w 9-ciu ilość wydobytego płynu wynosiła około 50 ctm. sześć.. Kwaśność płynu ani razu nie dosięgała 0,1% HCl. Ztąd wyciąga HOFFMANN wniosek, że tak mała ilość płynu w żołądku po 12-godzinnym poście nie może dowodzić stałego wydzielania się soku, zbyt mały zaś stopień kwaśności przy większych ilościach płynu wskazuje, że płyn ten nie jest czystym sokiem żołądkowym, że raczej składa się on ze śluzu, połkniętej śliny, w części zaś z zawartości jelita, czego dowodzi częsta obecność barwników żółciowych, w pewnej wreszcie części jest to wydzielina błony śluzowej żołądka, otrzymywana wskutek drażnienia jej zglębniem, szczególnie gdy przy głębszem wprowadzaniu takowy się zgina

¹⁾ „Ueber den Einfluss des galvanischen Stromes auf die Magensaftabscheidung“. Berlin klin. Wochenschr. 1889.

i przychodzi w zetknięcie z nią na większej przestrzeni. Toż samo stwierdza oparte na licznych spostrzeżeniach wieloletnie doświadczenie D-ra REJCHMANA, autor zaś niniejszego artykułu w przeciągu 4-eh lat miał sposobność obserwować kilkaset przypadków i w tej liczbie niezmiernie rzadko wydarzało się otrzymywać naczczo z żołądka ilość płynu, sięgającą kilkudziesięciu ctm. sześć. ze stopniem kwaśności soku żołądkowego; w tych rzadkich przypadkach niewątpliwie miał miejsce stan patologiczny, tak zwany sokotok żołądkowy.

Dla wykazania zatem wpływu prądu stałego na wydzielanie błony śluzowej żołądka wybrał HOFFMANN 7 osób ze zdrowym żołądkiem i codziennie naczczo wydobywał zgłębnikiem zawartość żołądka. Po kilku podobnych kontrolujących próbach przez kilka następných dni poddawał żołądek badaniu dopiero po uprzednim elektryzowaniu prądem stałym, przyczem biegun dodatni umieszczał na plecach [powierzchnia elektrody 20:25 ctm.], ujemny w okolicy żołądka [20:15 ctm.], przepuszczając strumień o sile 50 miliamperów przez 20 minut [duży poziomy galwanometr EDELMANN'a]. Z doświadczeń tych okazało się, że podczas gdy bez elektryzacji otrzymywano z żołądka zaledwie kilka kropel zawartości, to po każdym seansie elektryzacji płyn wydobywany z żołądka sięgał od 20 do 60 ctm. sześć., a stopień kwaśności od 0,1 do 0,3%. Płyn ten dawał wszystkie odczyny na kwas solny, trawił szybko białko w termostacie, niewątpliwie zatem był sokiem żołądkowym.

Co się tyczy wewnętrznej galwanizacji i faradyzacji żołądka, to według ZIEMSEN'a działanie prądu w obu razach pozostaje bez widocznego skutku. ZIEMSEN wprowadzał do żołądka wypełnionego wodą jeden biegun w postaci zgłębnika, zaopatrzonego gałką metalową, podczas gdy drugi umieszczał na powłokach brzusznych i, jak utrzymuje, działanie prądu, tak stałego, jak i przerywanego, ogranicza się tylko do miejsca, odpowiadającego wielkości główki elektrody; wskutek tego zaniechał on elektryzowania wewnętrznego zupełnie, zwłaszcza, że wykonywanie takowego jest dla chorego bardzo niedogodne.

Do zupełnie przeciwnego wniosku przyszedł EINHORN¹⁾ w Nowym Jorku i poleca wewnętrzną elektryzację żołądka, jako zabieg bardzo skuteczny; wykonywa on ją za pomocą wydrążonych i opatrzonych otworkami oliwek, wewnątrz których znajduje się elektroda. Aby zbadać fizyologiczne działanie prądu stałego i przerywanego, EINHORN przeprowadził doświadczenia na ludziach zdrowych i chorych. Badania wykonywał on naczczo, przyczem przed każdym badaniem opróżniał za pomocą zgłębnika możliwie zupełnie żołądek, potem dawał wypijać 100 ctm. sześć. wody i połykać elektrodę, po 10 minutach zaś zawartość z żołądka wydobywał i badał chemicznie. Po kilku kontrolujących próbach rozpeczął doświadczenia z prądem elektrycznym w ten sposób, że przez 10 minut przebywania elektrody w żołądku przepuszczał prąd o sile 15—20 miliamperów. Wydobywana zawartość żołądkowa za każdym razem była chemicznie badaną. Doświadczenia te, które sam autor uważa jeszcze za niedostateczne, doprowadziły do wniosku, że działanie katody prądu stałego

1) EINHORN. Ueber die therapeutischen Erfolge mit der directen Magenelectrisation. 1893.

na błonę śluzową żołądka zmniejsza nieco wydzielanie soku żołądkowego, prąd zaś przerywany zwiększa je. W celu sprawdzenia skuteczności wewnętrznej elektryzacji w celach leczniczych EINHORN obserwował 29 przypadków, z których w 12 było rozpoznane rozszerzenie z nadmierną kwaśnością, w 1-y *gastroxynsis*, w 3-ch miały miejsce odbijania wskutek niedowładu wpustu, w 4-ch *gastritis glandularis chr.*, w 3-ch poczynający się zanik błony śluzowej, w 5-iu wreszcie długotrwałe nerwice żołądka. Najprzód we wszystkich tych przypadkach stosował EINHORN prąd przerywany. Wyniki okazały się świetne, i tylko w jednym przypadku *gastritidis glandularis chr.* i w 5-iu przypadkach uporczywych nerwic poprawy nie było. W tych ostatnich tedy począł autor stosować prąd stały, działając przytem katodą na błonę śluzową żołądka w celu podniesienia upośledzonej czynności nerwów, anodą zaś na powłoki brzuszne w celu uspokojenia uporczywych bólów. Wynik leczenia był też bardzo pomyslny.

Opierając się na powyższych wynikach, uważa autor, że zewnętrzne stosowanie prądu przerywanego znajduje wskazania w przypadkach rozszerzenia, zależnego od osłabienia mięśni, bez względu na to, czy towarzyszy mu nadmierne, czy też upośledzone wydzielanie, dalej przy osłabieniu działalności wpustu lub odźwiernika, objawiającem się odbijaniem lub przedostawaniem się żółci do żołądka. Wewnętrzną galwanizację radzi autor stosować przy nerwicach czuciowych żołądka.

Z kolei przytoczę doświadczenia własne nad wpływem strumienia elektrycznego na wydzielanie soku żołądkowego. Rozpocząłem od doświadczeń nad działaniem prądu stałego, stosowanego bezpośrednio na błonę śluzową żołądka, następnie przeszedłem do zewnętrznego stosowania tegoż na okolicę żołądka, w końcu wykonałem doświadczenia nad prądem przerywanym.

Przy galwanizacji i faradyzacji wewnątrz żołądkowej posługiwałem się metalową gałką pomysłu D-ra REJCHMANA. Gałka ówa, wewnątrz wydrążona, średnicy około 1 centym., pokryta jest zamszą i uciepiona na długim sznurku z cieniutkich nitki metalowych splecionym i nicią jedwabną zzewnątrz okręconym. Aby gałka łatwo się nie urywała, skręcone nitki metalowe wchodzi przez otwór mały w gałce i przylutowane są wewnątrz gałki u przeciwnego końca, a zamsza pokrywa nie tylko gałkę, lecz także na pewnej przestrzeni i sznurek, będąc mocno okręconą nitką jedwabną wokoło sznurka.

Chorych, służących mi do doświadczeń, badałem ściśle zgłębnikiem kilkakrotnie, aż, przyzwyczajeni do tego rodzaju manipulacji, bez trudności mogli połykać i wspomnianą gałkę, na sznurku uciepioną.

Przypadek I-szy. Seweryna Mig., panna, 22 lat wieku licząca. Łańnienie dobre, odbijania, zwracania pokarmowe, czasem bóle w dołku po jedzeniu, uczucie obcego ciała w przelyku, stolce codziennie, kołatanie serca, od 2-ch miesięcy miesięczkowanie wstrzymane, czucie skórne i pole widzenia prawidłowe, fizycznie źle rozwinięta. Badanie zgłębnikiem wykazało: naczeczko żołądek zawierał 60 etm. sz. płynu żółciowego, całkowita kwaśność wynosiła 0,104%, ilość wolnego kwasu solnego 0,048%. W godzinę po pró-

bnem śniadaniu [60 grm. bułki i 250 ctm. sześć. ocukrzoney lekkiej herbaty] wydobyto 60 ctm. sześć. zawartości pokarmowej, której stopień kwaśności wynosił 0,144%, ilość wolnego kwasu solnego 0,024%, wreszcie całkowita ilość kwasu solnego + soli kwaśnych [fosforanów] ¹⁾ równała się 0,128%.

Na zasadzie powyższych danych rozpoznano: *subaciditas nervosa, regurgitatio nervosa*.

Rozpocząłem doświadczenia w ten sposób, że codziennie zrana, po zupełnem opróżnieniu żłądka, dawałem chorej wypijać 200 ctm. sześć. wody przekropłonej, a jednocześnie polykać wyżej opisaną galkę, umocowaną na sznurku, a gdy galka dochodziła do żłądka, łączyłem koniec sznurka z jednym z biegunów maszyny elektrycznej. Siła prądu, jaką chora mogła bez znaczniejszego bólu znieść, sięgała 18 miliamperów. Dla kontroli co drugi dzień pozostawiałem sznurek bez połączenia z maszyną elektryczną, zachowując przytem wszelkie pozory czynnej interwencyi. Po 10 minutach wyciągałem sznurek z galką, następnie za pomocą zgłębnika zawartość żłądka i określałem w niej, nie filtrując:

1. Ogólny stopień kwaśności $\frac{1}{10}$ normalnym roztworem ługu sodowego, przyczem, jako wskaźnika, używałem roztworu fenoltaleiny lub papierków lakmusowych, o czem przy każdym doświadczeniu jest wzmianka [*Ph* fenoltaleina, *l*-lakmus, brak litery lakmus].

2. Ilość wolnego kwasu solnego metodą MINTZ'a.

Galwanizacja wewnątrz-żłądkowa.

T a b l i c a 1-sza.

Doświadczenia bez strumienia elektrycznego.				Doświadczenia ze strumieniem. Anoda w żłądku. Katoda szeroka na dołku podserc.			
Nr.	Ilość wydobytej zawartości.	Ogólny stopień kwaśności.	Ilość wolnego HCl.	Nr.	Ilość wydobytej zawartości.	Ogólny stopień kwaśności.	Ilość wolnego HCl.
1	135	0,028	0,004	2	200	0,028	0,008
3	210	0,048 [Ph]	0,020	4	210	0,024 [Ph]	0,008
		0,040 [l]				0,016 [l]	
5	225	0,024 [Ph]	0,004	6	195	0,036 [Ph]	0,016
		0,024 [l]				0,032 [l]	
7	175	0,018 [Ph]	0,020	8	150	0,032 [Ph]	0,008
		0,044 [l]				0,028 [l]	
9	215	0,024 [Ph]	0,004	10	155	0,044 [Ph]	0,028
		0,024 [l]				0,010 [l]	
11	180	0,024 [Ph]	0,008	12	225	0,020 [Ph]	0
		0,024 [l]				0,016 [l]	
Średnio	190	0,033 0,030	0,010	Średnio	192	0,031 0,027	0,011

²⁾ Ilość soli kwaśnych bywa zazwyczaj nieznaczną, mniej więcej około 0,020%.

Przeoglądając powyższą tablicę, widzimy, że tak przy działaniu strumienia, jak i bez strumienia, przeciętny stopień ogólnej kwaśności i przeciętna ilość wolnego kwasu solnego prawie nie różnią się wielkością. Ilość wydobywanego z żołądka płynu średnio brana też się nie różni.

T a b l i c a 2-ga.

Doświadczenia bez strumienia elektrycznego.				Doświadczenia ze strumieniem elektrycznym. Katoda w żołądku. Anoda na dołku podserc.			
Nr.	Ilość wydobytej zawartości.	Ogólny stopień kwaśności.	Ilość wolnego kwasu HCl.	Nr.	Ilość wydobytej zawartości.	Ogólny stopień kwaśności.	Ilość wolnego kwasu HCl.
13	140	0,028 [Ph] 0,024 [I]	0,012	14	140	0,028 [Ph] 0,024 [I]	0,016
15	170	0,036 [Ph] 0,034 [I]	0,028	16	225	0,088 [Ph] 0,080 [I]	0,068
17	150	0, 48 [Ph] 0,044 [I]	0,032	18	160	0,052 [Ph] 0,044 [I]	0,020
19	160	0,040 [Ph] 0,024 [I]	0,012	20	150	0,028 [Ph] 0,024 [I]	0,008
Średnio	155	0,038 0,031	0,021	Średnio	168	0,049 0,043	0,032

Porównywując w powyższej tablicy średnie ogólnej kwaśności i ilości wolnego kwasu solnego, spostrzegamy bardzo nieznaczny przewyżkę przy stosowaniu strumienia. Z dalszych obserwacji, jak to wskazuje tablica 3-ia, widzimy, że przewyżka ta bynajmniej nie wzrasta, a oddzielnie biorąc, spostrzegamy nieraz cyfry niższe, niż bez działania strumienia. Ilość zawartości, otrzymywana po elektryzacji, średnio biorąc, jest tylko nieco większa.

T a b l i c a 3-a.

Doświadczenia ze strumieniem. Katoda w żołądku. Anoda na dołku podsercowym.			
Nr.	Ilość wydobytej zawartości.	Stopień ogólnej kwaśności.	Ilość wolnego kwasu HCl.
21	175	0,032 [Ph] 0,028 [I]	0,012
22	200	0,064 [Ph] 0,060 [I]	0,012
23	200	0,024 [Ph] 0,024 [I]	0,012
24	130	0,068 [Ph] 0,064 [I]	0,044
25	125	0,060 [Ph] 0,056 [I]	0,031
26	220	0,028 [Ph] 0,028 [I]	0,016
Średnio	175	0,046 0,043	0,022

Po tych doświadczeniach chora czuła się o wiele lepiej. Uczucie obcego ciała w przelyku znikło. Odbijania puste, które przedtem występowały bardzo często, stały się o wiele rzadszemi, a zwracania pokarmowe ustąpiły zupełnie.

Taż sama chora służyła mi w dalszym ciągu do doświadczeń nad działaniem strumienia stałego, już nie wprost na błonę śluzową żołądka, lecz pośrednio przez powłoki brzuszne, przyczem w pierwszych doświadczeniach anodę w postaci elektrody długości 20 ctm., szerokości 15 ctm., stawiałem na okolicę żołądka, katodę zaś okrągłą, 5 ctm. średnicy mającą, między łopatką a kręgosłupem, w następnych zaś kierunku prądu zmieniłem.

[D. n.]

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

II. 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].

Przy porównaniu aleksyi i towarzyszących jej objawów klinicznych w obu naszych przypadkach rzucają się nam zaraz w oczy rozmaite, dość ciekawe i z klinicznego punktu widzenia zasadnicze różnice. W przypadku pierwszym u młodego, ogólnie zdrowego osobnika, nie obciążonego dziedzicznie, rozwija się powoli i stopniowo obraz aleksyi podkorowej; w przypadku drugim rozwija się toż samo znacznie szybciej, prawie ostro u osobnika starszego, który lata całe oddawał się nałogowi pijaństwa i który już przechodził kilkakrotnie analogiczne napady pochodzenia mózgowego z zajęciem mięśni ocznych lub mięśni całej połowy ciała. I rozwój powyższego zaburzenia czytania nie jest w obu przypadkach jeduaki. Wprawdzie tu i tam mamy prócz aleksyi zaburzenia w zdolności pisania oraz *hemianopsiam homonymam dextram*, lecz sposób powstania ich w obu przypadkach jest odmienny, podobnież jak różny jest ich obraz kliniczny. W przypadku pierwszym najprzód pojawiła się *hemianopsya*, która pociągnęła za sobą coś w trzy, czy cztery dni zaburzenia alektyczno-agraficzne; w przypadku drugim nie wiemy nic pewnego o chronologii rozmaitych odnośnych zbieżności: przy pierwszym badaniu lekarskiem znalazłem już zaburzenie w czytaniu oraz *hemianopsyę*, przyczem ta ostatnia była powikłana przez afazyę optyczną i ślepotę duchową.

Wielce różniły się także same zaburzenia w czynności pisania i czytania: tam zboczenie w czytaniu zaczyna się od tego, że chory nie jest w stanie nazwać znaków pisarskich, które zresztą dobrze poznaje, później dopiero zboczenie to przeradza się w aleksyę słowną, a wreszcie w aleksyę zupełną; tutaj zaś widzimy z początku pewne swoiste zaburzenie czynnościowe — dysleksyę, która powoli przechodzi w zupełną aleksyę słów i liter, pomimo że afazya optyczna i ślepotą duchową przeminęły. U pierwszego chorego zdolność do pisania przepadła równocześnie z utratą zdolności do czytania, u drugiego pozostała ona zgodnie z obrazem czystej aleksyi podkorowej prawie nie naruszoną, z wyjątkiem umiejętności kopiowania.

W przypadku pierwszym mamy sporą ilość danych, przemawiających za nowotworzeniem syfilitycznym, umiejscowionem w obrębie *gyri angularis sinistri*; w spostrzeżeniu drugim, gdzie obok syfilisu istniało niewątpliwie namiętne pijaństwo, tak trudno powiedzieć coś stanowczego w sprawie istoty chorobowej [cierpienie naczyń, zapalenie opon, gumaty], jak i w sprawie jej siedliska.

Przechodząc obecnie do poszczególnych, ważniejszych objawów aleksyi podkorowej, jakie notowaliśmy u swoich chorych (*hemianopsia, alexia, agraphia*), porównamy je ze zjawiskami spostrzeganymi w podobnych przypadkach, ogłoszonych w piśmiennictwie lekarskiem i poddamy je następnie głębszej analizie, ze względu na ich patogenezę. Najsamprzód, co się tyczy hemianopsyi, to, jak można wnosić z uwag, zamieszczonych na wstępie, stale spostrzegano ją przy aleksyi podkorowej i najczęściej z prawej strony. W przypadkach BERNHEIM'a (25) i BENETT'a (26) hemianopsya była lewostronna, ale też i aleksya w obu tych razach tyczyła się osobników — mańkutów. W dawniejszych spostrzeżeniach nie znajdujemy żadnych wzmianek co do zaburzeń hemianoptycznych; z nowszych spostrzeżeń wymienię nie zupełnie czyste przypadki aleksyi podkorowej SÉRIEUX'ego (27), WEISSENBERG'a (7) i LANSNOIS (28), w których notowany jest brak hemianopsyi.

Co stanowi przy aleksyi podkorowej podkład anatomiczno-fizjologiczny dla hemianopsyi? Ponieważ we wszystkich prawie przypadkach t. zw. aleksyi podkorowej, gdzie doszło do badania zwłok, znaleziono zajęta korę zraza potylicowego, lub też jakąś sprawę chorobową tuż pod nią, wnosić należy, że i hemianopsya jest pochodzenia korowego lub podkorowego, a w każdym razie nie bazalnego. Według dawnej teorii REINHARD'a, główny udział w percepcyi wrażeń wzrokowych przypisać winniśmy powierzchni zewnętrznej zraza potylicowego. Natomiast HENSCHEN, opierając się na bardzo obfitym materiale anatomiczno-patologicznym, umiejscawia ośrodek wzroku wyłącznie w brózdzie szponowatej (*fissura calcarina*) na powierzchni środkowej mózgu. MONAKOW upatruje ośrodek wzroku na powierzchni wewnętrznej i zewnętrznej płata potylicowego, aż do zawoju kątownego (*gyr. angularis*). DÉJÉRINE i VIALET (13) zgadzają się na to, że brózdzie szponowatej należy przypisać przeważny udział w czynności wzrokowej, już choćby ze względu na bardziej rozwinięte tutaj drogi asocjacyjne i wyjątkowo bogate unaczynienie, dodają wszakże, że i zajęcie *cunei, lobi lin-*

qualis et fusiformis, oraz wierzchołka płata potylicowego może wywołać hemianopsję. Dla nas kwestya siedliska ośrodka wzroku jest kwestyą pierwszorzędnej wagi i wiąże się ściśle z podstawowem pytaniem o istnieniu specjalnego ośrodka potylicowego dla pamięciowych obrazów wzrokowych, o czem niebawem bliżej pomówimy.

Jaki zachodzi związek patogenetyczny między aleksyą i prawie stałą towarzyszką jej — hemianopsyą prawostronną? KNIES sądził, że hemianopsya sama przez się, a zwłaszcza zaburzenia ruchowe gałek ocznych, jakie występują nieraz po przeciwnej stronie przy cierpieniach zraza potylicowego, sprowadzają aleksyę. Przeciwno temu jednak przemawiają liczne bardzo fakty:

1. Znajdywano przy badaniach pośmiertnych liczne ogniska w lewym zrazie potylicowym, podczas gdy za życia stwierdzano hemianopsyę bez aleksyi. Dość przekonujący przypadek taki, zbadany dokładnie po śmierci, ogłosił niedawno BRUNS: w przypadku owym istniała początkowo hemianopsya prawostronna oraz aleksya, spowodowana ogniskami rozmięklej istoty mózgowej w lewym zrazie potylicowym, później jednak, gdy odżywianie zajętego terytorium wskutek ubocznego krążenia się poprawiać zaczęło, aleksya ustąpiła zupełnie, pozostała zaś hemianopsya. Że oba powyższe objawy nie zależą pospolicie jeden od drugiego, świadczy wreszcie wymownie moje pierwsze spostrzeżenie, gdzie aleksya przyłączyła się do hemianopsyi dopiero czwartego dnia.

2. Za niezależnością wzajemną rzeczonych objawów przemawiają również trzy przytoczone wyżej przypadki, w których hemianopsya wcale nie towarzyszyła typowej aleksyi [zwłaszcza przypadek LANNOS'a (26) i SERREUX'ego (27)].

3. Porażenie lewego szlaku wzrokowego powinno by również sprowadzać hemianopsyę prawostronną wraz z aleksyą, tymczasem współistnienie takie nigdy nie było notowane.

4. Że hemianopsya utrudnia czynność czytania, nie ulega, zdaje się, wątpliwości; nie wystarcza ona jednak, jak KNIES chce, do wytłómaczenia sobie aleksyi.

BRUNS mniema, że „w sprawie poglądu KNIES'a najlepiej rozstrzygałoby zbadanie takiego chorego, który czyta pismo hebrajskie; różni się ono bowiem od greckiego i łacińskiego tem, że się czyta od strony prawej ku lewej. Oczekiwać więc tylko należy takiego doświadczenia klinicznego“.

Szcześliwym trafem jestem właśnie w posiadaniu dwóch takich chorych. Pierwsze moje spostrzeżenie [I] tyczy się wszak chorego, który dość dobrze władał językiem hebrajskim, lepiej nawet, niżeli polskim. Aleksya jednak, jak widzieliśmy, obejmowała oba języki. Wprawdzie była ona wybitniej wyrażona dla liter polskich, pochodziło to jednak raczej wskutek słabszego zakorzenienia się asocjacji mowy, oraz pisma, którego się nauczył w późniejszym wieku, niż wskutek hemianopsyi. U afatyków często spotyka się zjawisko, że chory całkiem zapomina języki obce, których nauczył się później, w ję-

zyku zaś swoim, ojczystym, po części wygadać się może. Również i powrót mowy u afatyków-polyglotów [PITRES] przemawia za tem.

Bardziej przekonujący jest przypadek drugi, spostrzegany przeze mnie wspólnie z kol. WINAWEREM i MARKUSFELDEM. W przypadku tym dość inteligentny 70-letni doradca prawny z Pińska, nabywszy przed 1½ rokiem syfilisu, zachorował na *hemianopsiam homonymam dextram* bez aleksyi. Chory ten, którego dokładnie mogłem badać i który bardzo biegle władał tak językiem rosyjskim, jak i hebrajskim, sam zwrócił moją uwagę na to, że zdaleko większą trudnością przychodzi mu czytanie ksiązek rosyjskich, niżeli hebrajskich. Chory czytał powoli i z trudnością, o aleksyi jednak słów i liter, w ścisłym tego słowa znaczeniu, mowy nawet nie było.

W tych przypadkach, w których prócz hemianopsyi pamięć jest znacznie osłabiona, może zjawić się rzeczywiście pewne zaburzenie czytania, przypominające aleksyę; polega ono jednak na tem, że mało wprawny w czytaniu chory, zanim przeczyta cały wyraz, zmuszony jest wciąż na nowo sylabizować litery, które już był przeczytał.

Jak objaśnić sobie aleksyę w dwóch naszych przypadkach, jeśli nie uważać jej za zależną od hemianopsyi, współcześnie z nią istniejącej? Jeżeli poddamy analizie objawy, towarzyszące aleksyi, to przekonamy się, że w obu historyach chorób wspomina się o takich objawach, które, będąc w ścisłym związku z zaburzeniem czytania, zdolne są rzucić niejeden promień światła na to ostatnie i jako takie zasługują na bliższą uwagę. I tak, najprzód nasuwa się na myśl szczególny sposób mowy u pierwszego chorego. Wyrazy tworzył on zupełnie prawidłowo, pojmował, co do niego mówiono; artykulacja była poprawna, powtarzanie wyrazów nawet trudnych było bez zarzutu. A jednak mowa jego, zwłaszcza w późniejszych okresach choroby, przedstawiała pewne właściwości dość charakterystyczne. Nie trudno było zauważyć brak pewnych wyrazów, szczególnie imion własnych i to tak, gdy chory sam coś mówił, jak i wtedy, kiedy odpowiadał na pytania. Wyraz wypowiedziany zapominał on bardzo szybko, a samo zapominanie uwidoczniło się głównie wtedy, kiedy chory był zmęczony; ten ostatni objaw, świadczący wymownie o zmniejszeniu zdolności do pracy umysłowej, spostrzegać się dawał i-u drugiego chorego. Niezależnym od podmiotowego uczucia zmęczenia był natomiast drugi objaw, stanowiący pozorny kontrast z wspomnianym objawem krótkotrwałego zatrzymywania wrażeń, a polegający na utrwalaniu się w umyśle chorego raz użytego wyrazu: chory z trudnością pozbywał się pewnego pojęcia lub wyrażenia, które zagościło w jego umyśle i zazwyczaj przenosił raz użyte określenie na cały szereg innych przedmiotów.

Powyższe dwie właściwości, wprawdzie w zmienionej postaci, spotykamy u drugiego chorego z tą jeno różnicą, że tyczą się one nie mowy jego, lecz czytania: pacjent nie był w stanie przeczytać powtórnie wyrazu, który dopiero co poprawnie odczytał; nie pomagało mu nawet wypowiedzanie, a wyraz, którego nie mógł przeczytać, określał najczęściej za pomocą wyrażenia, od-

noszącego się do jakiegokolwiek innego pojęcia, które przed chwilą zagościło w jego umyśle.

Pierwszy z tych objawów można uważać jako zwykły objaw zmęczenia; podobne zjawiska spotykamy często i w warunkach prawidłowych: czynność asocjacyjna słabnie, głównie zaś upośledzoną zostaje czynność tych dróg mózgowych, które są mało i rzadko używane. Tem się tłumaczy, dlaczego chory najgorzej zachowywał w pamięci swej imiona i nazwy przedmiotów konkretnych, dlaczego język polski, który mu był mniej znany, niż hebrajski, więcej ucierpiał tak w mowie, jak w czytaniu; tłumaczy to nam również, że zdolność poznawania i określenia liter zaginęła doszczętnie i wcześniej, niż ta sama zdolność co do liczb oraz cyfr; że w tych razach, kiedy czytanie ze środka tekstu nie udawało się, czytanie od początku rozdziału szło jako tako; że chory lepiej czytał litery małego abecadła, niż dużego; że poznawanie liter drukowanych mniej ucierpiało, niż pisanych; że wreszcie chory mógł napisać przynajmniej dwie początkowe litery swego nazwiska, gdy tymczasem nic innego napisać nie był w stanie.

Wogóle przy afatycznych i alektycznych zaburzeniach cierpią najbardziej te asocjacje, których istota jest dość skomplikowana, które rzadko są używane i które zostały nabyte w późniejszych latach. Z tego samego względu mniej szwankują te asocjacje, które następują po sobie w pewnym kolejnym porządku [cyfry, dni w tygodniu, poezye].

Drugie zjawisko, o którym wyżej wzmiankowaliśmy, mianowicie ustawiczne powtarzanie tego samego wyrazu lub zdania, można objaśnić sobie w podobny sposób: gdy mechanizm asocjacji działa opieszale, wówczas te drogi asocjacyjne, które raz zostały otwarte, których opory raz zostały pokonane, nabierają większego znaczenia, gdyż wszelkie bodźce z łatwością po nich przechodzą. Niżej, gdy będziemy mówili o dysleksyi, wrócimy jeszcze do analizy tego ciekawego zбочenia czynnościowego, rozmaicie nazywanego (*recurring utterance*, *functionelle Rückbildung*, *Perseveration*, *Reinvolution* i *Disinvolution*) przez różnych autorów [HUGHLINGS JACKSON, BASTIAN, NEISSER, PICK (29)].

U 2-go naszego chorego widzieliśmy inny jeszcze objaw, w ścisłym pozostający związku z aleksyą, mianowicie afazyę optyczną [nazwaną tak przez FREUND'a], którą spostrzegano w większości przypadków aleksyi podkoroowej [ADLER (4), MOELI (5), BRUNS (20), STOELTING (14), REDLICH (22)]. Chory niezdolny był nazwać po imieniu wielu przedmiotów domowego użytku, które mu były doskonale znane, jeśli optycznemu wrażeniu żadne inne nie przyszło z pomocą. Tak np. chory nie mógł znaleźć nazwy dla szczoteczki do zębów, wymienił zaś natychmiast jej nazwę, skoro mu szczoteczkę dano do ręki. Pęczek kluczy poznał on natychmiast, tłumacząc jasno, do czego służą, nazwał jednak prawidłowo dopiero wówczas, kiedy kluczami zabręczano. Jeśli zwrócimy teraz uwagę na tę okoliczność, że właściwe poznawanie przedmiotów i pojmovanie ich nie zostało naruszone, ucierpiała zaś jedynie ta czynność, która polega na łatwym zresztą w warunkach prawidłowych wywoływaniu określeń słownych dla obrazu, jaki pozostał w umyśle oso-

bnika pod wpływem danego przedmiotu, to będziemy musieli zgodzić się na to, że w danym przypadku przerwaniem zostało przewodnictwo jednakże między ośrodkiem wzroku i ośrodkiem mowy. Z drugiej strony, ponieważ chory z łatwością określał nazwę przedmiotu, gdy mu z pomocą podążały inne [słuchowe, dotykowe] czynniki zmysłowe, to należy przypuszczać, że drogi prowadzące od innych ośrodków zmysłowych do ośrodka mowy były całkiem wolne.

Jeżeli w przypadku analogicznym drogi pomiędzy oddzielnymi ośrodkami zmysłów nie są zajęte, natomiast istnieją przeszkody na wszystkich drogach, prowadzących od tychże ośrodków do ośrodka mowy, np. w razie umiejscowienia ogniska w bliskości *gyri Broca*, chory wprawdzie poznaje przedmioty, ale nie jest w żaden sposób dać im odpowiedniej nazwy, tej najważniejszej składowej części pojęcia o danym przedmiocie (*Objectbegriff*). Na pewne osłabienie przewodnictwa rzeczonych dróg u naszego chorego wskazuje poniekąd ta okoliczność, że częstokroć pojęcie, jakie wytworzyło się w umyśle chorego drogą wrażeń wzrokowych, nie znajdowało dla siebie określenia słownego [afazyza agnostyczna FREUD'a (30)] pomimo współdziałania ubocznych wrażeń, jak np. dotykowych. Zaburzeń czucia mięśniowego i stereognostycznego w prawej ręce, któreby mogły ułatwić pod pewnym względem pojawienie się afazyi dotykowej, u naszego chorego nie znaleźliśmy. Jedynie więc upośledzeniem przewodnictwa wzmiankowanych dróg asocjacyjnych tłómaczy się dziwny na pozór fakt, że chory nie-afatyk nie mógł znaleźć nazwy dla „pędzelka“, pomimo że go się dotykał i dobrze oglądał.

Objawów afazyi optycznej nie stwierdziliśmy w pierwszym naszym spostrzeżeniu i pod tym względem zgadza się ono ze spostrzeżeniami MONAKOW'a (1) URHOFF'a (3), a zwłaszcza DÉJÉRINE'a (10). Również brakło dowodów ślepoty duchowej, która znów u drugiego chorego rozwinęła się do tego stopnia, że otaczający chorego przypuszczali pierwotnie ostrą psychozę. Chory, mając zachowaną zupełnie świadomość oraz pamięć dawno minionych zdarzeń, nie mógł się zupełnie oryentować: nie poznawał wcale ulic, domów w mieście, osób i przedmiotów otaczających go, Ślepotą duchową stopniowo przeszła, pozostało jedynie poważne zaburzenie zmysłu topograficznego.

Jak objaśnić sobie ślepotę duchową naszego alektyka? Wiadomo, że czynność poznawania znanych już dawniej przedmiotów wymaga porównania nowego wrażenia wzrokowego z istniejącymi jeszcze śladami podrażnienia dawniejszego wyobrażenia, t. j. z tak zw. obrazem pamięciowym. W czynności tej odróżniamy świadome postrzeganie wrażeń odbijających się na siatkówce [percepcya] i kojarzenie tych postrzeżeń z innymi pojęciami. WILBRAND (31) sądził, że, aby pojąć rozmaite odmiany kliniczne ślepoty psychicznej [ślepotą słów, ślepotą duchową, ślepotą korową], należy przede wszystkim przyznać istnienie korowego „pola pamięciowego“, zupełnie niezależnego od ośrodka dla czynności postrzegania, mieszczącego się w zrazie potylicowym; mniemał nadto, że istnieje osobne pole dla obrazów, przedmiotów, liter, wyrazów, liczb i t. p.. Przypuszczenie powyższe, dość wygodne

pod wieloma względami, ma niejeden, czysto teoretyczny zarzut przeciwko sobie, głównie zaś ten, że jest za bardzo szematyczne i sztuczne, by objaśnić tak zawiłą sprawę, jaką jest optyczne poznawanie przedmiotów. Wreszcie i anatomia patologiczna nie dostarczyła dotychczas przekonujących dowodów istnienia takiego pola pamięciowego.

Poznawanie przedmiotu jest aktem nierównie więcej skomplikowanym; składają się na nie rozliczne bodźce z przeróżnych okolic kory mózgowej. W pamięci naszej może powstać obraz wzrokowy, jeśli wspólnie działają wrażenia czysto wzrokowe i wrażenia ruchowe oka, a nadto przy współdziałaniu obu zrazów potylicowych, z których każdy odbiera wrażenia z połowy siatkówki. Ślepy duchowo osobnik dlatego nie poznaje przedmiotu, który widzi i dlatego nie jest w stanie nazwać go, że zasadniczy i niezbędny warunek świadomego poznania, t. j. porównanie wrażenia zmysłowego z wzrokowym obrazem pamięciowym, nie dochodzi do skutku. Przytem pojęcie o przedmiocie może być całkiem zachowane.

[C. d. n.],

III. 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. 43].

HALI RHODOAM i przeor GIEBALD opisywali chłopczyków brodatych. Młody Ledue w wieku 6 lat uchodził za „*petit homme*“ wobec bogatego owłosienia bródki, klatki piersiowej i sromu (*Dict. des sc. med. Cas rares. Tom. 4. p. 202.*) Duhamel: 7-letni *puer barbatus*. MOREAU przedstawił lekarskiemu wydziałowi w Paryżu chłopca, u którego przedwczesny rozwój jąder tak wpłynął na owłosienie, że już w 6 roku życia piersi miał owłosione, jak dorosły mężczyzna.

W Londynie pokazywano chłopczyka, już od 4-go miesiąca życia na sromie owłosionego czarnymi włosami przy nadmiernym rozwoju prącia. Już w 12-ym miesiącu życia posiadał on 9 zębów w górnej szczęce oraz częste bardzo osłabiające go pollucye (EBLE *l. c. p. 236.*) (*Med. Chir. Transact. Vol. XII. P. 1. 1822.*)

W czasopiśmie HUFELAND's *Journ.* (14. Bd. 3. St. 1802) opisana 4-letnia dziewczynka o przedwczesnym rozwoju narządów płciowych i owłosieniu całego grzbietu. SMITH widział noworodka słabowitego, który od 6-go miesiąca życia nader szybko się rozwijał. W 4-ym roku życia jego

narządy płciowe dorównywały rozwojowi u 14-letniego chłopca. Srom już wtenczas pokryty był długimi, jasnymi włosami. W wieku lat 6 chłopczyk ten ważył już 74 funtów. Ślady wąsów i brody, prącie jak u dorosłego.

Znam spostrzeżenie CRUVELHIER'a, dotyczące 4-letniej dziewczynki o rozwoju owłosienia sromu, jak u dorosłej kobiety. Bardzo często przedwczesne owłosienie sromu u dziewcząt małych, idące ręką w rękę, z przedwczesnym rozwojem narządów płciowych i czynności fizjologicznych sfery płciowej, obserwowano przy chorobliwym stanie narządów płciowych wewnętrznych, np. nowotworach jajników. Do szeregu już powyżej cytowanych podług dzieła PLOSS'a przypadków, dodaję jeszcze spostrzeżenie prof. REIN'a w Kijowie, który brzusznem cięciem usunął torbiel lewego jajnika u 6-letniej dziewczynki regularnie miesiączkującej. Owłosienie sromu i rozwój sutek odpowiadały wiekowi dojrzałości płciowej. Podobne spostrzeżenie opisał LANDAU: „*Vorzeitige Geschlechtsreife bei einem Mädchen*“. (*Petersb. Med. Woch.* 1895).

ROSENMUELLER (*l. c. p. 13.*) podaje opis dziecka, w roku 1667 we Francji urodzonego przez żonę kupca Noel. Dziecko urodziło się o długich, jasnych włosach na głowie. W przeciągu pierwszych 6 miesięcy życia główka tak się powiększyła, że wyglądała, jak głowa 30-letniego człowieka; cały grzbiet był wtenczas owłosiony, jedynie kończyny pozostały bez hypertrychozy. Włosy często obcinane szybko odrastały. Narządy płciowe tego dziecka były przedwcześnie rozwinięte, również srom owłosiony. Dziecko zmarło 1671 t. j. w wieku lat 4½.

W roku 1790 w Wiedniu pokazywano chłopczyka 5¾ lat, 3 stopy i 9 cali wysokiego o brodzie i wąsach. Podobne spostrzeżenia opisane są podług ROSENMUELLER'a jeszcze:

Medicina septentrionalis collatitia. Genevae 1684.

SCHENCK: *Obs. med. Lib. I. p. 6. Lib. II. obs. 283.*

BONETI: *Med. Sept. Collat. Th. I. Lib. 3. Sect. 31. c. 16. p. 853.*

BORELLUS: *Cent. obs. 58.*

Ephemerid. Natur. Cur. ann. 4. Dec. 2. Appendix. p. 203.

ROBERT HOWIE [w mieście Crewe w Anglii zamieszkały] w *Brit. Med. Journal.* 12. IX. 1896 r. opisuje spostrzeżenie przedwczesnego płciowego rozwoju u 5-letniej dziewczynki; miesiączkowanie zjawiało się regularnie od wieku 3 lat i 14 tygodni. Początkowo peryody trwały po dni 4 sześć razy z rzędu, później spóźniały się o tydzień, następnie przez 8 miesięcy miesiączkowania wcale nie było, potem znów miesięczne krwawienia powtarzały się regularnie. Podczas miesiączkowania bóle w krzyżu; dziewczynka wygląda, jak gdyby była o 3 lata starszą. Sutki bardzo rozwinięte o sinawo przeświecających przez skórne powłoki żyłach.

E. PLYUETTE (*Marseille méd. 1896*): 5. III. 1821 r. urodziła się dziewczynka, nader szybko rosnąca. P. dnia 15. I. 1825 został do niej wezwany wskutek krwawienia z pochwy; krwawienie przestało 4-go dnia, lecz powtórzyło się dnia 22. II., a więc po 37 dniach i trwało 5 dni. 3. V. 1895 silne krwawienie z nosa, *menstruatio vicaria*; taka sama *epistaxis* dnia 13. V.; 21. V.; 29. VI.

znów miesiączka, która powtórzyła się dnia 3. VIII., 9. IX. i od owego czasu powraca regularnie co 34 do 35 dni, trwając do 3 dni.

WŁADIMIROW: (*Wracz 1896. Nr. 17. p. 499.*) dnia 25 marca 1896 r. w Towarzystwie Psychiatrów w Moskwie przedstawił 6-letnią dziewczynkę o przedwczesnym rozwoju fizycznym. Już w 5 roku życia zjawilo się owłosienie sromu, wkrótce potem sutki zaczęły się rozwijać. W wieku lat 6 i 7 miesięcy wzrost wynosił 121 ctm., obwód piersiowy 66 ctm., brzucha 59 ctm., a waga 27500 gramów.

Scoliosis rhachitica. Narządy płciowe rozwinięte, jak u 16-letniej dziewczyny, sutki wielkości pomarańczy, cokolwiek obwisłe. Włosy sromu 2—3 ctm. długości. Wargi sromowe i lechtaczka, jak u dorosłej. Wskaziciel przez otwór błony dziewiczej wchodzi do pochwy. Miesiączka pierwsza skończyła się na dzień przed wstąpieniem do szpitala, trwała zaś 4 dni. Wstydlivość rozwinięta ponad wiek tej 6-letniej dziewczynki.

W okresie dojrzałości płciowej następują uderzające zmiany w owłosieniu u obojga płci. U chłopca zjawia się owłosienie sromu, krocza, ud, jam pachowych, zjawia się puszek na wardze górnej, na policzkach, na bródce, nareszcie na podbródku. HELMONT: *a testibus barba nascitur.* Następnie wyrasta owłosienie deski piersiowej, brodawek sutkowych, grzbietu, smuga włosów na linii białej, właściwa płci męskiej, u której owłosienie sromu i brzucha tworzy zwykle figurę romboidalnego kształtu, podczas gdy owłosienie sromu u kobiet zwykle przedstawia się jako trójkąt o poziomej górnej podstawie. Również u kobiet zjawienie się owłosienie sromu, następnie jam pachowych towarzyszy nastąpieniu dojrzałości płciowej, idąc prawie równolegle z rozwojem i nabrzmiewaniem sutek. Zdarzają się najróżniejsze anomalie, co do heterochronii w wstąpieniu owłosienia.

Zanim jednak wspomnę o nich, pozwolę sobie jeszcze załączyć kilka spostrzeżeń hypertrychozy, czy to ogólnej, czy to miejscowej, które dopiero w trakcie druku pracy niniejszej zebrałem.

W roku 1895 przez p. SALTARINO wydane zostało dziełko pod tytułem: „*Fahrend Volk*“. Oryginalna ta książka zawiera na str. 123—134 opis szeregu ludzi o nadzwyczajnym owłosieniu, za pieniądze pokazywanych. W roku 1858 po raz pierwszy pokazywano publicznie w Berlinie wtenczas 25-letnią pannę Julię Pastranę [patrz fig. 27], kobietę rozumną i uczuciową, wykształconą, która jednak skazaną była na życie niewolnika i wieczną samotność, aby nie zmniejszyła się ciekawość publiczności, przysparzająca niemało pieniędzy przedsiębiorcy, który p. J. Pastranę po świecie obwoził. Po kilkoletniem podrózwaniu po świecie, panna Julia wyszła za mąż, czyli pan X. impresaryo po brał ją za żonę. SALTARINO pisze tak: „*Und ihr Impressario reiste u. reiste mit ihr und machte Geld. Als sie nun oft genug die Tour gemacht hatte und die Neugierde des Publikums nachzulassen anfing und sie auch zu kraenkeln begann, da — heiratete sie d. h. sie wurde geheiratet, von ihrem Impressario. Von ihrer Seite war dies gewiss eine Ehe aus Liebe, denn sie hing mit rührendem Vertrauen an dem Manne, dem einzigen, der jemals ihr nacher getreten war. Die böse Welt behauptete, er habe kalkuliert, dass sie doch ein Anrecht habe auf das Geld, das sie gemacht, dass es Spe-*

kulanten gebe, welche sie zu gewinnen suchten, und dass — sie sterben könne, ohne einen Ersatz zu hinterlassen. Wir wollen Das nicht glauben. Thatsache ist aber, dass der Impressario sie heiratete, dass sie einen Knaben gebar und dass sie bald starb sammt ihrem Kinde“.

Żałobą pokryty wdowiec nie zrzekł się jednak korzyści, które mu obiecywały trupy żony i dziecka, albowiem kazał oba trupy z mumifikować [naród

Fig. 27.



23-letnia panna Julja Pastrana [patrz i fig. 13].

prosty mówi „wypchać“] i z trupami dalej objeżdżał [świat. „*Er lies aber alle Welt an seinem Schmerze theilnehmen, das heist, er zeigte Frau und Kind in einem Glaskasten gegen ein Entrée von so u. so viel....*“. „*Der Schreiber dieses trat mit ganz eigenthümlichen Gefühlen vor den gläsernen „Sarg“, in welchem dieser ruhelose Leichnam gezeigt wurde, und gar seltsame Gedanken überkamen ihn beim Anblick dieser Mumie. Im einem rothseidenen Flitterkleidchen stand sie da, mit dem schrecklichen*

Leichengrinsen auf dem Gesichte, ihr Kind in einem ebensolchen Flitterkleidchen auf einer Stange neben ihr, wie ein Papagei, und draussen strömte der Regen zwischen die Schaubuden der Wiener Praters herab, und ein wimmernder Wind umtoste das Zelt, und ich hatte ein tiefes, tiefes Mitleid mit diesem Leichnam, der doch nichts mehr hören u. sehen konnte und weder Freud nach Leid empfand, weder Lieblosigkeit noch dieses Mitleid. Ich erinnerte mich eben daran, dass sie einst mit einem hellen Lächeln gesagt hatte: „He loves me for my own sake—er liebt mich um meinetwillen“.

Co się nareszcie stało z mumiami matki i dziecka, czy nareszcie dopięły spoczynku w zakurzonej kątce jagiegoś muzeum, czy też ciągle jeszcze obwożone są po jarmarkach i wystawach, aby oczekiwać zmartwychstania w kuferekach zardzewiałych: ktoż by to wiedział? Tylko tyle, pisze autor, znanem mu jest, że GASSNER w roku 1889 w Monachium na wystawie antropologicznej pokazywał trupy zmarłej w 1860 Julii Pastrany oraz jej dziecka, równocześnie z przedstawieniem miss Zenory Pastrany, która obecnie

Fig. 28.



Kra-o w 6 roku życia.

[1896] liczy lat 34. Owłosienie nadmierne tej ostatniej dotyczy całego ciała z wyjątkiem piersi.

W roku 1630, pisze SALTARINO, na jarmarku Lipskim pokazywano jednoroczne dziecko „welches übern ganzen Leib haaricht, und einen Burt an Maul,

auch zun Ohren heraus lange Haare hatte“. Dalej cytuje on dziewczynę Kra-o z wyspy Borneo, która w wieku lat 6 w roku 1883 w Niemczech pokazywaną była. Dziecko to w roku 1882 przez podróżnika wschodniego KAROLA BOCK'a było przywiezione do Anglii, gdzie przeszło na własność dzisiejszego ajenta teatralnego FABINI, który dziecko obwoził po całej niemal Europie [p. fig. 28 i 29].

Fig. 29.



Kra-o w 16-ym roku życia.

Wielbiciele DARWIN'a widzieli w Kra-o istotę pośredniczącą pomiędzy człowiekiem a małpą, a członek-korespondent Towarzystwa „*Institution Ethnographique*“, KAULITZ-JARLOW w Londynie wyraża się o Krao'a tak: „*Kra-o ist von derselben Grösse, nur zarter gebaut als andere Kinder im gleichen Alter (6 Jahre). Dichtes, kohlschwarzes, schlichtes Haar bedeckt ihren Kopf u. reicht bis tief zum Rückgrat hinab. Am Nacken bildet es eine förmliche Mähne. Die Augen sind von breiten, seidenartigen u. glänzenden Brauen überschattet; darunter blitzen tiefschwarze, weit offene Pupillen; eine Regenbogenhaut (Iris) fehlt ganz wie beim Gorilla. Der Gesichtsbau des letzteren wiederholt sich überhaupt in überraschender Aehnlichkeit. Da ist dessen flache, kaum sich abhebende Nase, mit weiten, nach den Backenknochen zu schraegverlaufenden Nasenlöchern; ferner die dicken, tief herabhängenden Backentaschen, in denen Kra-o, ganz wie ihre Vettern vom Affenstamm, ihre Nahrung aufspeichert und mit sich herumtraegt, und auch der Zopfbackenbart, wie er sich bei Anthropoiden vorfindet. Der Kopf ist der zum Menschen hin am meisten entwickelte Teil; er erhebt sich mit den verständnissvoll blickenden Augen, dem schön gerundeten,*

ausdrucksvollen Mund mit seinen schwellenden Lippen, die beim Plaudern u. Spielen des Kindes oft reizend lächeln, fasst, möchte ich sagen, ideal empor über dem nach untenhin immer mehr dem Affen sich nähernden Körperbau. Kra-o's Hautfarbe ist ein braunes Gelb. Das Haarkleid reicht vom Scheitel bis zur Fusssohle. Ihr Charakter ist gutmüthig, leicht befriedigt u. heiteren Temperaments. Sie spielt gern u. ist dankbar wie wenige Kinder, wenn man sich mit ihr beschaeftigt. Wird sie aber gereizt, so kommt sofort ihre wilde Natur zum Vorschein; sie wirft sich auf die Erde, kreischt und stoest mit den Füßen um sich und ganz besonders macht sie ihrem Zorn durch Haarausraufen Luft“. Przeciw zdaniu KAULITZ'a wystąpił D-r OTTO ZACHARIAS, który w ustroju małej Kra-o widzi po prostu przykład *polytrichiae*, przypominający chłopca ruskiego Andrzeja Jewtichiewa, który przypominał po prostu pudła, a którego 3-letni syn był również na kształt psa owłosiony.

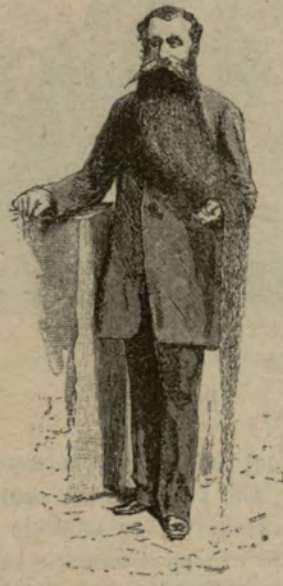
Kra-o również, jak Jewtichiew i syn jego, mieli zatrzymany rozwój zębów w górnej szczęce. Julia Pastrana posiadała w górnej szczęce tylko zęby trzonowe, klów zaś i zębów narożnych nie miała [tak samo jak i Stefan Bibrowski]. W Muzeum w Bazylei wisi portret brodatej kobiety z napisem: „1653 im November ist diese Jungfer von Augspurg allhier gewesen“.

Fig. 30.



Adam Kerper.

Fig. 31.



Józef Büllsbach.

Dzielko D-ra SCHULTZ'a: „Haut, Haare u. Nägel“ (Leipzig J. J. WEBER) zawiera podobiznę jednorocznego chłopczyka o nadmiernem owłosieniu ca-

łego karku i grzbietu, ramion do łokci, podczas gdy u panny *Anny Jones Elliot* zwanej „*Esau Lady*“ owłosienie nadmierne zdradza się tylko w obecności brody męskiej. Panna ta urodziła się 1865 roku w *Marion, Smith County, Virginia*. Rodzice jej oraz 7-u braci i sióstr nie posiadali owłosienia nieprawidłowego, *Annie* zaś urodziła się z długimi włosami na głowie i wąsikami, co spowodowało niemalże lament matki. Lecz już wkrótce chwilowy ten smutek matki ustąpił radości; już w drugim roku życia, nadmiernie owłosiona głowa i broda tej dziewczynki stały się źródłem dochodu

Fig. 32.

Fig. 33.



Bella Carter.



Dziecko z nadmiernem owłosieniem grzbietu i ramion.

dla całej rodziny. Właściciele muzeów wędrujących stale konkurowali o brodaty „*star*“ i *Annie* od samego dzieciństwa obwoziona jest po świecie. Skórne powłoki jej są miękkie jak aksamit, pisze *SALTARINO*, włosy na głowie i broda czarna i miękkie jak jedwab, szczególnem jest, że broda sięga tylko do bródki, dolna zaś część bródki i przestrzeń aż do krtani są wolne od nadmiernego owłosienia. Pannę tę widziałem osobiście w *Berlinie* [patrz dalej]. W roku 1872 w *Wiedniu* pokazywał się *Adam Kerpfer* z *Chicago* [patrz fig. 30], którego broda mierzyła 9 stóp i 6 cali długości. Dawniejszy

stolarz Józef Büllsbach [patrz fig. 31] urodzony, 1847 w Nonnenbergu nad Renem o brodzie 2 metrów długości, pokazuje takową⁷ za pieniądze.

Na str. 131 SALTARINO podaje jeszcze podobiznę 23-letniej amerykanki, panny Bella Carter, [p. fig. 32], która kilka lat temu pokazywała się w Berlińskiem *Panopticum*, później zaś powróciła do Ameryki. Otóż u panny tej wyrosła długa smuga rudawo-żółtawych włosów, jakby grzywa, na grzbiecie pomiędzy łopatkami. Włosy te mają przeszło stopę długości i są również miękkie, jak włosy na głowie. Odpowiednie wycięcie stanika na plecach pozwala przyjrzyć się temu osobliwemu zjawisku.

SALTARINO również podaje rysunek dziecka o nadmiernem owłosieniu grzbietu i ramion [patrz fig. 33].

RUGGIERI (LAURENT; „*Les bisexués et gynécomastes*“. Paris. 1894, p. 173) cytuje, jak już wyżej powiedziałem, spostrzeżenie rozvodu z przyczyny nadmiernego owłosienia na brzuchu żony. Profesor HOFFMANN widział u kobiety owłosienie brzucha, sięgające ku górze aż pomiędzy sutki.

QUEIREL w roku 1895 opisał rozwiązanie u kobiety o męskiej brodzie, i męzkim owłosieniu deski piersiowej, brzucha i ud. Po daremnym nałożeniu wysokich kleszczy symfyziotomia.

W trakcie druku pracy niniejszej znalazłem jeszcze kilka ciekawych spostrzeżeń, opisanych przez Fox'a „*Naevi, pigmented and hairy*“. (*The Amer. Journ. of Obst. etc. August. 1896. p. 227*). F. podaje na str. 223 podobiznę dziecka o owłosionem znamionie na prawej górnej połowie czaszki, na str. 229 *naevus pilosus* nad lewym okiem. Fig. 3 wspomnianej pracy przedstawia dziecko o owłosieniu całego grzbietu i klatki piersiowej.

[C. d. n.]

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

— 4 —

Posiedzenie z dnia 30. VI. 1896.

1. NEUGERAUER przedstawia dziecko 12-letnie z niedającą się określić plcią.

2. GEPNER [syn] demonstruje chorego z obrzękiem powietrznym powieki, powstałym po upadku.

3. KRYSIŃSKI wypowiada „Uwagi nad słownictwem lekarskiem polskim“. Na wstępie zaznacza mówca, że przed wielu jeszcze laty przedsięwziął pracę, mającą na celu zebranie całego słownictwa lekarskiego polskiego. Kiedy ukazał się w druku spis nazw anatomicznych łacińskich, przyjęty przez Towarzystwo Anatomiczne w Berlinie, uważał K. za rzecz pierwszorzędnej wagi dla swego dzieła przetłumaczenie przedewszystkiem owego spisu, w którym pominięto wszystkie synonimy, pozostawiając dla jednego przedmiotu jedną tylko nazwę. Praca ta już została ukończoną, a przy układaniu słownictwa anatomicznego przestrzegał K., aby wszystkie nazwy były czysto polskie i aby jednej nazwie łacińskiej odpowiadała jedna tylko

nazwa polska. Trudności z powodu istnienia wielu synonimów były niemałe, a potęgował je jeszcze brak jakiejś jednej zasady do tworzenia przymiotników. Kr. trzymał się w swej terminologii następujących zasad przy tworzeniu przymiotników: 1) końcówka *ny* oznaczać ma, że dana rzecz zrobiona jest z czegoś; 2) *owy* oznacza przynależność; będzie więc: „aorta brzuchowa“, lecz „tłocznia brzuszna“; 3) końcówkę *aty* mają przymiotniki, oznaczające podobieństwo do czegoś [„wyrostek sutkowaty“]; 4) przymiotniki z końcówką *isty* i *asty* oznaczają pewną obfitość. Kilka wyrazów musiał mówca utworzyć już to dla braku odpowiednich terminów w dotychczasowym słownictwie, już też z powodu, że dawne nazwy nie były odpowiednie. Do tych ostatnich należy np. nazwa „kość gnykowa“, którą Kr. zmienił na „kość grdykowa“.

Posiedzenie z dnia 15. IX. 1896.

1) RYCHLIŃSKI przedstawia 7-letnią dziewczynkę z napadami częściowej padaczki. Chora pochodzi z rodziny zdrowej; przed rokiem chorowała na szkarlatynę, po której wystąpiły obrzęki nóg i twarzy; objawy te wkrótce ustąpiły, a dziewczynka była zdrowa, chociaż blada i nieco osłabiona. 16. VIII. r. b. wystąpiły drgawki w lewej kończynie górnej i wyprężanie lewej kończyny dolnej. Napadów podobnych bywało do 40 w ciągu doby; zdarzały się one i w nocy podczas snu, chociaż we dnie bywały częściej. 4. IX. wystąpił bezwład lewej kończyny górnej, a w dwa dni później widział R. chorą na naradzie; wykluczał on wtedy histeryę oraz pochodzenie toksyczne drgawek [analiza moczu dała wyniki ujemne], a rozpoznawał nowotwór mózgowia. W kilka dni później obraz chorobowy nieco się zmienił: bezwład znikł, drgawki obejmowały lewą połowę twarzy, a po napadzie pozostawał przez pewien czas niedowład lewego nerwu twarzowego. Następnie i te objawy zniknęły, a zjawily się napady, trwające 1—1½ mm. i polegające na wydawaniu przez chorą dźwięków, podobnych do śmiechu; przytomność niekiedy była przytem zachowaną. W moczu znaleziono wtedy białko i walczki. To ostatnie skłoniło R. do zmiany rozpoznania: uważa on teraz chorobę za padaczkę pochodzenia toksycznego.

2) JASIŃSKI wypowiedział odczyt p. n. „Srebrna antyseptyka CREDE'go. Sprawozdanie z podróży do Drezna“.

W dyskusyi KRYSIŃSKI zaznacza, że, jak się o tem przekonał, badając wpływ soli srebra na bakterye, srebro w sokach ustroju rozpusza się szybko i łatwo wywołać może argyryę. Twierdzenie, jakoby gaza ciemna zawierała srebro redukowane uważa Kr. za niedowiedzione; badał on tę kwestyę, ale do rezultatów dodatnich nie doszedł. Co do aktolu i itrolu, to przedewszystkiem należałoby stworzyć chemię tych związków, a dopiero potem przeprowadzić badania kliniczne.

JASIŃSKI odpowiada, że dla chirurga ważniejszym jest poznanie działania gazy, a nie jej składu chemicznego. Co do argyri, to tej J. nie widział nigdy, pomimo że często używał azotanu srebra.

KRYSIŃSKI dodaje, że, trując zwierzęta solami srebra, już po ½ godz. mógł wykazać ten metal w narządach wewnętrznych.

SZTEYNER przypomina, że o antyseptyce srebrnej niezbyt przychylnie wyrażano się na ostatnim zjeździe chirurgów polskich w Krakowie; zachodzi więc potrzeba dłuższych obserwacji klinicznych tej metody.

TRZCIŃSKI zapytuje, czy srebro jest jałowe i otrzymuje odpowiedź J., że metal ten sam jest jałowy, lecz na jego powierzchni osiadać mogą pasyżne choroby chorobotwórcze.

JANOWSKI uważa wobec tego za zbyt ryzykowne używanie gazy srebrnej do opatrywania otwartych stawów.

JASIŃSKI odpowiada, że radził używać gazy tylko do ran zasztych, a do takiego postępowania upoważniają widziane przez mówcę w klinice Créde'go przypadki.

Posiedzenie z dnia 22. IX. 1896.

1. Prof. Kosiński demonstrował śledzionę leukemiczną, wyciętą przed kilku dniami u kobiety młodej, u której przy istniejących oddawna objawach guza w jamie brzusznej wystąpiły nagle objawy skręcenia kiszek. Śledziona zajmowała lewą połowę jamy brzusznej i wchodziła do miednicy małej.

2. CIECHOMSKI przedstawia chłopca 12-letniego, któremu przed pół rokiem pas od maszyny zdruzgotał staw łokciowy. Zaraz po wypadku chory zauważył utratę władzy w ręce, oraz chudnięcie tej ostatniej. Obecnie, prócz zmian w stawie, widać znaczny zanik mięśni drobnych rąk, oraz mięśnia dwugłowego ramienia, zależny od uszkodzenia nerwu pośrodkowego i nerwu łokciowego.

BIERNACKI na zasadzie tego, że czucie skórne w danym przypadku podlega pewnym zaburzeniom, lecz nie jest zniesione, oraz że zanik mięśni występuje i powyżej stawu łokciowego, przypuszcza, że w danym przypadku wskutek uszkodzenia obwodowego nerwów powstały zmiany w komórkach ośrodkowych, mianowicie w rdzeniu kręgowym. Trudno tylko odpowiedzieć na pytanie, czy zmiany te w rogach przednich dałyby się anatomicznie wykazać.

3. OLTUSZEWSKI wygłosił odczyt p. n. „Czwarty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy“. Jest to sprawozdanie z ruchu chorych, dotkniętych zboczeniami mowy w ciągu r. 1895/6. Przypadków niemoty leczył O. 41, a dotyczyły one dzieci i dorosłych, zależały zaś od zmian organicznych lub czynnościowych. Najlepsze wyniki dało leczenie niemoty, zależnej od upośledzenia władz umysłowych, oraz niemoty czuciowej, zależnej od wrodzonych lub nabytych zmian w obu błędnikach [głuchota wyrazowa pozakorowa]. Bełkotanie i wadliwe wymawianie leczył O. w 56 przypadkach, mowę nosową w 12, jąkanie w 101 przypadku. Tej ostatniej wady pozbyło się 100 osób, a jedna doznała poprawy.

W dyskusji RYCHLIŃSKI, zwraca uwagę na nieściśłość nazwy „pozakorowej“, używanej przez mówcę; podkorowy (*subcorticalis*) będzie także pozakorowy. Przy badaniu idiotów należałoby za pomocą wywiadów i badania klinicznego ustalić przypuszczalne zmiany anatomiczne, które powstrzymały

rozwój mózgowia. Pożądane by były historie chorób pacjentów bełkocących, wada ta bowiem mogła być jednym z objawów płasawicy.

4. BĄCZKIEWICZ odczytał rzecz p. n. „Przyczynek do nauki o trawiących własnościach chimozy“. Praca ta będzie drukowana w „Gazecie“. W dyskusyi REJCHMAN zaznacza, że, zajmując się przed kilkunastu laty sprawą trawienia mleka w żołądku u dorosłych, wprowadzał do żołądka mleko alkalizowane i peptonu nie wykrywał.

BĄCZKIEWICZ odpowiada, że HAMMARSTEN znajdował pepton przy działaniu labfermentu na mleko. Sam peptonu w płynie przetrawionym przy odczynie alkalicznym również nie wykrywał.

FLAUM uważa za niemożliwe otrzymanie z soku żołądkowego oddzielnie pepsyny i labfermentu w czystym stanie.

REJCHMAN przypomina, że SIMANOWSKA otrzymała czystą pepsynę z soku żołądkowego psów za pomocą zamrażania. R. próbował zastosowania tej metody do zawartości żołądka ludzkiego, lecz zupełnie zadawalających wyników nie otrzymał.

BĄCZKIEWICZ nie był bynajmniej przekonany, że w swych doświadczeniach miał do czynienia z czystą chimozyną i dlatego utrzymywał odczyn alkaliczny, wykluczający trawienie pepsynowe.

Posiedzenie z dnia 6. X. 1896.

1) Prof. GAŁĘZOWSKI z Paryża wygłosił odczyt p. t.: „O cierpieniach dróg limfatycznych oka“. Na wstępie zaznacza mówca, że przedmiotem jego wykładu będzie anatomia patologiczna jaskry (*glaucoma*), a szczególnie omówienie roli, jaką przy tem cierpieniu odgrywają naczynia limfatyczne oka. Wspomniawszy, że jaskra, według GRAEF'E'go, DESMARRES'a i BOWMAN'a, jest to *choroiditis serosa* i że dotychczas utrzymuje się w nauce podział tego cierpienia, według GRAEF'E'go, na *glaucomą acutum, chronicum* i *simplex*, wypowiada mówca zdanie, że zapalenie naczyńki nie może być główną i pierwotną przyczyną jaskry, a podział na trzy formy jest nieodpowiedni.

Aby uzasadnić pierwsze z tych zdań, G. zwraca uwagę na tę okoliczność, że przy *glaucoma simplex* nie znajdujemy objawów zapalnych, jakie widzimy przy jaskrze ostrej lub przewlekłej: mamy tutaj *excavatio papillae n. optici* bez żadnych zmian w naczyńkowie, bez wzmoczenia ciśnienia wewnątrz gałki ocznej. Zmiany takie, według prelegenta, nie mogą zależeć od zapalenia naczyńki, lecz tylko od zatkania lub przynajmniej zwężenia naczyń limfatycznych oka; to też jaskra, według niego, jest to *lymphangitis* oka. O naczyniach chłonnych oka i o obiegu limfy w tym narządzie mówca wyraża się w sposób następujący: płyn limfatyczny wydziela się głównie przez *circulus ciliaris*, przechodzi do tylnej komory, a potem do przedniej komory oka, skąd znowu wchodzi w naczynia chłonne rogówki i kanał SCHLEMM'a. Istnienie w rogówce naczyń chłonnych, komunikujących z kanałem SCHLEMM'a i komorą przednią, uważa G. za dowiedzione przez ostatnie prace RANVIER'a. Dokąd udaje się limfa z kanału SCHLEMM'a, nie jest to pewnem; najpewniej płyn ten przez

i liczne kanaliki wchodzi pod otoczkę TENON'a, skąd dostaje się do naczyń chłonnych, przebijających twardówkę aż do *lamina fusca*. Tutaj kieruje się on ku przedniej, powierzchniowej części tarczy nerwu wzrokowego i ku *lamina cribrosa*, odżywiając te części. Jeżeli jakkolwiek odcinek dróg chłonnych gałki zostanie zamknięty, tarcza nerwu wzrokowego przestaje otrzymywać odżywczą limfę, włókna zaś *laminæ cribrosæ* wysychają, kurczą się i powodują w ten sposób *excavatio papillæ*. Na podobny sposób powstawania jaskry wskazywać ma, według mówcy, badanie gałek, wyluszczonech z powodu tego cierpienia: zawsze w tych przypadkach znaleźć można zatkanie, zwężenie, zapalenie kanału SCHLEMM'a, zwężenie lub zarośnięcie kanału FONTAN'a, zrośnięcie tęczówki z rogówką u podstawy i t. p.. Najważniejsze zmiany patologiczne dotyczą więc przedniej części gałki i występują jako pierwotne, podczas gdy *excavatio* jest objawem wtórnym, niezawsze zależnym od wzmożonego ciśnienia wewnątrz-gałkowego. Na zasadzie powyższej teorii łatwo zrozumieć, dlaczego w niektórych przypadkach ulegają zanikowi włókna nerwu wzrokowego bez jednoczesnej ekskawacji. Taka *atrophia n. optici glaucomatosa sine excavatione* jest, według mówcy, czwartą formą jaskry.

U chorych na wiał mlecza spotykać można niekiedy bardzo wybitne zaburzenia wzroku, przy stosunkowo nieznacznych objawach tabetycznych. W przypadkach podobnych ma się zazwyczaj do czynienia z jaskrą, istniejącą obok wiału rdzenia, a powstałą na tle artrytycznym. Wczesne leczenie w przypadkach takich może zapobiedz dalszemu rozwojowi choroby: zanikowi nerwu wzrokowego. Cechy, pozwalające odróżnić podobną formę choroby, są następujące:

- 1) osłabienie wzroku w jednym oku przy drugim zdrowym;
- 2) brak ekskawacji obok obrzęku przy wejściu do tarczy nerwu wzrokowego;
- 3) zwężenie źrenicy;
- 4) brak zaburzeń w zdolności rozpoznawania barw prawie aż do czasu zupełnej utraty wzroku;
- 5) obrzęk naczyń przedniej części twardówki;
- 6) zwężenie pola widzenia po stronie nosowej.

Ta ostatnia cecha jest najważniejszą. Do badania pola widzenia poleca G. swój „*campimètre portatif*“.

Wspomniawszy o trzech wyleczonych przypadkach jaskry przy wiałzie rdzenia, opisuje mówca stosowany przez siebie w podobnych przypadkach sposób leczenia. Wykonywa on *sclerotomium cruciatam*, przekuwając twardówkę w czterech miejscach w odległości 5 mm. od brzegu rogówki i wchodząc sklerotomem do komory przedniej. Po operacji stosuje do oka słaby roztwór ezeryny i kurację przeciwartretyczną. Odklejenie siatkówki u krótkowidzów jest, według G., również jedną z form zapalenia naczyń chłonnych. Płyn z pod naczyńki przechodzi tu pod siatkówkę i przy małym ucisku rozrzedzonego ciała szklistego powoduje jej odklejenie. W podobnych przypadkach wykonywa mówca *ophthalmotomiam antero-posticam* za pomocą odrębnej igły.

Po operacjach przekłucia G. trzyma oko przez kilka dni hermetycznie zamknięte. W tym celu skleja powieki za pomocą plastra, nakłada podwójną warstwę gazy antyseptycznej i pokrywa wszystko bandażem kauczukowym z okienkiem celuloidowym na miejscu oczodołu.

W dyskusji KĘPIŃSKI zaznacza, że istnienie naczyń limfatycznych w rogówce stwierdzone jest oddawna przez cały szereg badaczy; podobnież znany jest oddawna stosunek naczyń chłonnych oka do kanału SCHLEMM'a. Teorya GRAEFE'go zapalnego powstawania jaskry również została już dzisiaj zupełnie zarzuconą; istota jaskry jednak nie jest nam znana; najprawdopodobniejszem jest przypuszczenie, że objawy jaskry zależą od rozmaitych przyczyn. Wobec teoryi GAŁĘZOWSKIEGO irydektomia, jako zabieg leczniczy, miałaby więcej racyi bytu, jako operacja, przywracająca komunikację między przednią i tylną komorą oka. Sklerotomia cyrkulacyi nie przywróci, lecz raczej utrudni przez wytworzenie się blizn.

KAMOCKI uważa, że badania KNIES'a i BRAILEY'a stworzyły silną podporę dla teoryi retencyjnej powstawania jaskry. Teorya prof. G., również retencyjna, lecz zmodyfikowana, nie wyjaśnia dostatecznie istoty i patogenetyki jaskry. Jest ona opartą raczej na logicznej dedukcyi, niż na danych anatomicznych. Upatrywanie przyczyn jaskry prostej w zaburzeniach w krążeniu limfy, umiejscowionych w okolicy kółka rzęskowego (*orbiculus ciliaris*), jest czysto hypotetycznej natury; trudno bowiem przypuścić, aby odżywianie nerwu wzrokowego, posiadającego własny układ naczyniowy, mogło być upośledzone wskutek zatamowania w miejscu tak odległym krążenia limfy, która przytem nie jest płynem odżywczym. Na rozumowaniu swoim oparł prof. G. sposób leczenia jaskry za pomocą sklerotomii. Nie kwestyonując skuteczności tej metody, K. sądzi, że jeżeli celem sklerotomii nie jest chwilowe odetkanie dróg chłonnych, lecz trwała poprawa filtracyi płynów śródocznych, to działać się to może chyba tylko za pomocą wytworzenia więcej przepuszczającej blizny. Większa jednak przepuszczalność tkanki bliznowatej nie jest dotąd dowiedziona, a nawet wątpliwą. To też zalecana przed kilkunastu laty sklerotomia przy jaskrze przewlekłej została zarzuconą. K. zapytuje dalej, czem się prof. G. kieruje, wykonywając przy jaskrze ostrej irydektomię, a przy przewlekłej sklerotomię, skoro według niego oba cierpienia zależą od jednej przyczyny, a różnią się tylko umiejscowieniem pierwotnej sprawy. Wyrażonej przez prof. G. obawy zranienia przy zbyt szerokiej irydektomii kanału SCHLEMM'a K. nie podziela.

KRAMSZTYK ZYG. zaznacza, że zwiększona przy jaskrze ilość płynu w gałce ocznej zależy może od utrudnionego odpływu lub wzmożonego przyływu. Tej ostatniej możliwości nikt już obecnie nie przyjmuje, nie uważamy bowiem już jaskry za *choroiditis*. Za przyczynę jaskry uważamy utrudniony odpływ, a przeszkody szukamy w kącie między tęczówką i rogówką. Nowem w wykładzie prof. G. jest przypuszczenie związku pomiędzy naczyniami chłonnymi części gałkowej nerwu wzrokowego a wymienionym wyżej kątem. Nie objaśnia to jednak, dlaczego przy jaskrze prostej, prócz zagłębienia tarczy, nie mamy żadnych innych objawów; jeżeli zagłębienie tarczy jest skutkiem utrudnionego

krażenia limfy, to przeszkody gdzieindziej szukać należy. W takim razie przecięcie twardówki u rąbka rogówki, jako metoda leczenia jaskry prostej, nie wypływa wprost z teorii prof. G.. W przytoczonych przez prelegenta spostrzeżeniach nastąpiło przywrócenie wzroku, utraconego wskutek zaniku nerwu wzroku, a przecież zanikiem nerwu nazywamy bliznowate przeistoczenie jego włókien z bezpowrotną utratą czynności.

STEINHAUS zapytuje, na jakiej zasadzie prof. G. sądzi, że naczynia chłonne przedniej części gałki ocznej i nerwu wzrokowego są z sobą połączone.

WOLBERG zapytuje, jaka jest przyczyna cierpień dróg chłonnych oka, powodujących jaskrę.

Prof. GAŁĘZOWSKI, odpowiada, że przy wykonywaniu sklerotomii nie chodzi mu o bliźną filtrującą. Za najbliższą przyczynę zmian w naczyniach chłonnych uważa podagrę i artrytyzm.

PRUSZYŃSKI zapytuje, na jakiej podstawie prelegent uważa jaskrę za następstwo skażenia moczanowego i czy badania, w tym kierunku przeprowadzone, są gdziekolwiek ogłoszone.

W odpowiedzi prof. GAŁĘZOWSKI zaznacza, że zdanie swe opiera na obserwacjach, dokonanych w klinikach internistów paryskich, którzy w przypadkach jaskry niejednokrotnie stwierdzali objawy podagry.

2) KRAMSZYK ZYG. wygłosił odczyt p. t.: „Zasady optometrii obiektywnej“.

W dyskusyi prof. GAŁĘZOWSKI podziela zdanie K., że badanie w obrazie prostym jest jedynie dokładnem. Skiaskopia ma przeważnie teoretyczną wartość.

3) KĘPIŃSKI przedstawia aparat prof. GAŁĘZOWSKIEGO do badania dna oka w obrazie odwróconym. Jest to kombinacja soczewki + 13,0 dioptry z pryzmatem 10°.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Wzmianka w Nrze 41 Gazety Lekarskiej w rubryce wiadomości bieżących, aczkolwiek pod pseudonimem, zbyt wyraźnie mnie dotyczy, abym tych kilku słów nie skreślił, do czego zresztą sama Redakcyja Gazety pośrednio mnie nawołuje. Protest przeciwko fałszywym wiadomościom, mnie dotyczącym, w prasie peryodycznej uważałem za niepotrzebny z chwilą, skoro pisma codzienne na moje żądanie same od siebie sprostowanie zamieściły. Sądzę, że wyjaśnienie to dostatecznie dowodzi niewłaściwości zestawienia, które z przykrością przeczytałem w łamach Waszego pisma.

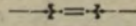
Warszawa, d. 15 października 1896.

Władysław Garliński.

Z chęcią drukujemy powyższy list, gdyż z zamieszczonych w prasie peryodycznej uzupełnień, przez nikogo nie podpisanych, nie mogliśmy dojść w swoim czasie do przekonania, że były one podane z inicjatywy kol. GARLIŃSKIEGO.

Redakcyja.

Wiadomości drobne.



— STEPHAN [Amsterdam]. Przypadek uporczywej biegunki krwawej, wyleczony za pomocą kolotomii. 26-letni palacz okrętowy przed 8-iu tygodniami dostał biegunki z gorączką i mocnymi bólami głowy; wypróżnienia, którym towarzyszyły silne wydymania, były krwawe i zmieszane z ropą. W ciągu 8-iu tygodni od czasu do czasu ciepłota ciała nieznacznie się podnosi. Rozpoznano biegunkę krwawą. Olej rycynowy, bizmut, makowiec, garbnik z octanem ołowiu i t. d. pozostały bez skutku, lałatyw z krochmalem i makowcem, z garbnikiem i azotanem srebra chory nie mógł utrzymać; stracił on w przeciągu 2 miesięcy 9 kilogramów na wadze. Nie mając nadziei uzdrowienia chorego za pomocą środków wewnętrznych, S. zdecydował się leczyć go na drodze operacyjnej: po otwarciu jamy brzusznej, postanowił zrobić odbyt sztuczny i w ten sposób miejscowo leczyć odprowadzający i doprowadzający odcinek kiszki. Po wykonaniu operacji oba odcinki kiszki były przemylwane początkowo 10-procentowem mlekiem bizmutowem, następnie garbnikiem i nakoniec roztworem azotanu srebra. Wypróżnienia po operacji odbywały się głównie przez przetokę; stan wciąż się poprawiał i chory zaczął przybierać na wadze. Po pięciu miesiącach przetoka się zamknęła, lecz wkrótce okazał się jeszcze maleńki otwór, przez który wydzielal się kał często, lecz w małych ilościach, wypróżnienia zaś odbywały się przez odbyt i były wolne od krwi i ropy; wkrótce jednak i ta przetoka zamknęła się zupełnie. Konsystencja wypróżnień stała się zupełnie prawidłową, lecz forma kału zdradzała do pewnego stopnia zwężenie kiszki.

(Berl. klin. Woch. 1. 1896).

Weisblat.

— FRAENKEL zaleca na kwadrans przed rozpoczęciem chloroformowania lub eteryzowania wstrzykiwać choremu 1,0—1,2 następującej mieszaniny: *morphii muriat.* 0,15, *atropini sulfurici* 0,015, *chlorali hydrat.* 0,25, *aqu. dest.* 15,0. Tego rodzaju znieczulanie autor stosuje od lat 22 i nigdy nie widział przy niem żadnych złych powikłań, pomimo że usypiano chorych z wadami serca, z gruźlicą płuc, z wolami i t. p.. Przy zastosowaniu takiej narkotyzacji chorzy zasypiali łatwiej, okres pobudzenia był słabszym, ilość zużywanego chloroformu bywała mniejsza [przeciętnie wynosiła 25—30 grm., przy wyjątkowo długiem chloroformowaniu 40—50 grm.]. Tętno, oddech, bywały prawidłowe, po obudzeniu się chory nie doznawał nudności, ani też wymiotów.

(Zeitsch. f. prakt. Aerz. 1896. 16).

B. S.

— D- WOLTERS DORF, przecinając na sekcji płuco gruźlicze, skaleczył sobie palec w okolicy pierwszego stawu, poczem na temże miejscu wytworzył się gruzełek anatomiczny (*tuberculum anatomicum*). W ciągu dwóch lat W. stosował bezskutecznie wszelkie środki miejscowe, aż wreszcie uciekł się do sztucznej zastoiny żyłnej, wywoływanej według metody BIER'a. Zamiast opaski W. użył obrączki ślubnej, którą z pewną trudnością wciskał na palec. Zaraz po założeniu obrączki chory palec siniał, nabrzmiwał i stawał się zimnym na dotyk. Początkowo z powodu znacznego bólu W. nakładał obrączkę tylko na krótko, po niejakiem czasie jednakże mógł ją nosić już na stałe. Po upływie 4-ch miesięcy gruzełek znikł bez śladu.

(Sem. méd. 1896. 21. Octobre).

B. S.

— HAVELL zaleca stosowanie u dzieci po tracheotomii wina ipekakoanowego, rozpylanego za pomocą zwyczajnego inhalatora parowego. Inhalacje takie, stosowane tak często, o ile tego zachodzi potrzeba, mają stanowić znakomity środek do oczyszczenia tchawicy, usunięcia duszności i zmniejszenia napadów kaszlu.

(Sem. méd. 1896. 14. Octobre).

B. S.