

GAZETA LEKARSKA.

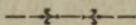
I. LISTY O OPATRYWANIU RAN

[ANTYSEPTYKA SREBRNA].

Przez

R. Jasińskiego,

chirurga Warsz. szpitala dla dzieci.



Przypominam Szanownym Czytelnikom Gazety Lekarskiej to, co przed trzema laty pisałem o aseptyce i antyseptyce ¹⁾. Zdanie, wypowiedziane w tych artykułach, wywołało, o ile wiem, liczne powątpiewania i dość ostrą nawet krytykę ze strony wielu, szczególnie młodszyc kolegów-chirurgów.

Pokazuje się jednak, że tak samo w sprawie aseptyki, jak i w sprawie konserwatywnego postępowania przy leczeniu gruźlicy niektórych stawów, miałem rację, gdym się konsekwentnie od zbytniego zapału i jednostronności częściowo zdołał powstrzymać. Nie spieszyłem się z resekcyami, szukając sposobów oszczędzającego leczenia ogólnego i miejscowego, nawet w epoce najżywszego ruchu operacyjnego w całej Europie i mam prawo z pewną dumą witać powrót, a raczej dalszy ciąg postępu, który w ostatnich czasach dużo spokoju do terapii gruźlicy kostno-stawowej wprowadził. Z równem niemal zadowoleniem wewnętrznem witam coraz wyraźniej ujawniający się w chirurgii kierunek krytyczny w ocenianiu mniemanej niezawodności i skończonej doskonałości metody aseptycznej.

Pisałem i mówiłem o tem, że aseptyka jest tylko rozwinięciem, probierzem antyseptyki i że sama przez się, a więc bez owej antyseptyki, istnieć nie może. Bez dawnej antyseptyki wystarczyć też ona nie może w ubogich szpitalach, a tem bardziej w praktyce prywatnej u biedaków, w praktyce małomiasteczkowej, wiejskiej, wreszcie w przypadkach ważnych, ciężkich, ale niespodziewanych, a tem bardziej w razie masowych wydarzeń.

Nie wspominałem dotąd o wojnie, gdyż jej na szczęście już dawno nie było, nie użyłem więc najsilniejszego argumentu, który nasuwa się każdemu chirurgowi, rozmyślającemu nad pytaniem, czy aseptyka, „w idealnem, utartem tego słowa znaczeniu“ wystarcza wszędzie i czy wszędzie wykonaną być może sumiennie, czy mamy więc prawo powiedzieć, iż ta

¹⁾ Gaz. Lek. 1893. str. 891 i następ..

aseptyka zewsząd dawną metodę, to jest dawną metodę antyseptyczną, wyrugować i wszędzie ją zastąpić zdołała. Nie potrzebuje dodawać, że aseptyka wogóle i dla każdego ma wartość istotną tylko wtedy, gdy „w idealnem tego słowa znaczeniu“ pojmowaną i stosowaną będzie; inaczej jest ona najniebezpieczniejszą, obosieczną bronią, która w ręku „niezupełnie wybornego mistrza“, staje się od razu źródłem łatwych do przewidzenia zawodów i nie-szczęść.

Na wojnie zawsze, a podczas pokoju w większości tak zwanych zakątków, nie święci garnki lepią, trzeba więc koniecznie w przyjęciu do codziennego użytku ostrożnym być w wyborze metody postępowania, a więc wybrać taką, która spełni swe zadanie nie tylko w najlepszych, ale i w najgorszych warunkach, która się nie tylko w rękach mistrzów wymarżonym uwieńczy wynikiem, która pozwoli nawet szeregowcowi prostemu samego siebie lub rannego towarzysza żołnierza uratować od zgąby, ochronić od najstraszniejszego, bo od pierwotnego zakażenia. To nie wymaga chyba dalszego dowodzenia, to trafi przecie do przekonania każdego lekarza, który z miasta stołecznego, z pięknych klinik, lub z wielkiego szpitala, przeniósł się na wieś, do miasteczka, do baraku, zdążającego za pierwszą linię tyralierów, wreszcie do jakiej stodoły lub szopy, zamienionej w ciągu godziny na szpital, wypełniony setką ludzi, pokaleczonych kulami i odłamami kartaczy, lub zawałonych lawiną. Każdy z tych lekarzy pewniejszym się poczuje, posiadając garść pełną dobrego antyseptyku w swej torbie, niż gdyby miał głowę pełną wymagań słusznych, lecz bardzo licznych, bez zadośćuczynienia którym niema aseptyki. Łatwiej jest mieć przy sobie zapas środka antyseptycznego zawsze, na każdy przypadek, niż odpowiednią ilość ognia i wody, a przecież nie tylko ognia i wody potrzeba do aseptyki.

Wobec takiego położenia rzeczy nie dziwnego, że najwyższe zacieka wienie wywołały we mnie wieści o nowych usiłowaniach na polu antyseptyki. Zaczęto mianowicie badać wpływ metali chemicznie czystych na bakterye. Badania BEHRING'a i SCHILL'a wyprzedziły pracę BOLTON'a, z której dowiadujemy się, że np. złoto i platyna żadnego działania na drobnoustroje nie wywierają, że jednak bizmut, mągnez i kadm posiadają własności zabijania zarodków. Czyste hodowle bakteryi chorobotwórczych szczepiono na agarze i rozlewano na płytki, a na powierzchnię agaru pomieszczano cząstkę badanego metalu. Wówczas tak przygotowaną płytkę wstawiano do termostatu i przekonywano się, że hodowla rozwinęła się wszędzie, tylko nie w sąsiedztwie cząstki metalu. Rozwój drobnoustrojów był tedy w sąsiedztwie danego metalu powstrzymany lub zniesiony, czyli, że w około blaszki metalowej powstawało mniej lub więcej rozległe pole wolne od zarodków (*die keimfreie Zone*), w którego obrębie odżywka, czyli gleba, pozostawała najzupełniej przezroczystą wówczas, gdy po za granicami tego pola mętniała, wskutek znacznego rozwoju licznych kolonii drobnoustrojowych.

D-r I. L. BEYER, asystent ze szpitala Carolahaus w Dreznie, zachęcany przez swego zwierzchnika, D-ra BENNO CREDE'go, przedsięwziął pracę doświadczalną w celu poznania wpływu srebra na *staphylococcus pyogenes*

aureus i albus, na *streptococcus erysipelatis*, *streptococcus pyogenes* i *bacillus anthracis*. Doszedł on do wyników nadzwyczaj doniosłych. Niech mi wolno będzie w tem miejscu wyrazić dlań głęboką i szczerą wdzięczność, oraz uznanie za niezwykle doprawdy uprzejmość, z jaką podczas pobytu mego w Carolahaus, wtajemniczał mnie i kilku innych z różnych stron świata przybyłych kolegów we wszystkie szczegóły swej pracy teoretycznej i praktycznego zastosowania przy łóżku chorego całej metody CREDÉ'go, która z tej pracy wyrosła. Chcąc należycie uszanować pracę BEYER'a ośmielę się podać część jej Szanownym Kolegom w dosłownem prawie tłumaczeniu: będzie to najściślejsze ze sprawozdań, na jakie zdobyć się można w razie, gdy chodzi o rzecz nową. W dalszym ciągu tych listów, postaram się moją własną o rzeczy tej wyrazić opinię. Oto, co mówi BEYER na stronie 9-iej [i następnych] broszury zatytułowanej: „*Silber und Silbersalze als Antiseptika*“ von D-r med. BENNO CREDÉ, K. Saechs. Hofrath. Oberarzt der chirurgischen Abtheilung des Carolahauses zu Dresden und D-r J. L. BEYER Assistenzarzt am Carolahause. Leipzig. Verlag v. F. C. W. Vogel 1896.

„MILLER sądzi, iż działanie zarodkobójcze metali polega na zgęszczeniu tlenu powietrza na ich powierzchni. Temu objaśnieniu możnaby stawiać zarzuty“.

„Podług BEHRING'a, w gruncie zjawisk powyżej wspomnianych leży tworzenie się związków metalicznych, działających trująco“.

„Gronkowce i paciorkowce zachowują się w sposób następujący. Jeżeli cząsteczki srebra zostaną z płytki po dwudziestu czterech godzinach usunięte, to jednak na uratowanych od zarazków (*culturfreie*) miejscach rozrost hodowli się nie ukazuje. Miejsca te pozostają jałowemi, gdy na nich na nowo zechcemy zaszczerpić istoty zakaźne przez odpowiednie smarowanie tej gleby. Pozostaje w niej tedy substancya, powstrzymująca rozwój zarodków“.

„Nie dość na tem: pole wolne od zarodków powiększa się, albowiem można przekonać się za pomocą wtórnych przeszczerpień, iż nawet te hodowle, które się rozwinęły [w sąsiedztwie], zostały pozbawione życia“.

„Spostrzeżenia te pozwalają przypuścić, że srebro prawdopodobnie tworzyć musi związki chemiczne, działające antyseptycznie. Dlatego to postanowiłem szukać danych do stwierdzenia powyższych przypuszczeń“.

„Czy w ogóle metale ulegają wpływom drobnoustrojów, lub wytworów przemiany materji tych ostatnich?“

„Jeżeli na glebę zasianą położymy cienką blaszkę miedzianą, to już po dwudziestu czterech godzinach dostrzeżemy wyraźne ślady rozpuszczenia miedzi. Inne metale, jak np. srebro, trudniej wprawdzie, niż miedź, ulegają rozpuszczeniu, występuje ono jednak i tutaj wyraźnie, o ile bardzo cienkie warstwy srebra zostaną użyte. Widać to wówczas lepiej, gdy nalejemy zasianego stafilokokiem bulionu do szklanej probówki, której ściany lustrem srebrnem powleczone zostały“.

„Wreszcie w hodowlach, do których dodano cząsteczek srebra metalicznego, wykazać można srebro w roztworze“.

„Srebro metaliczne, pomieszczone w ranie ropiejącej, ulega rozpuczeniu“.

„Zatrzymanie rozwoju zarodków zależy tedy od zjawienia się antyseptycznych związków srebra, powstających pod wpływem wytworów przemiany materii drobnoustrojów, gdyż tam, gdzie owych drobnoustrojów niema, srebro pozostaje niezmienionem na glebie, zachowując się względem niej zupełnie obojętnie“.

„Jesteśmy nawet w stanie bliżej jeszcze określić, w jaki sposób te związki srebra powstają“.

„Jeżeli pominiemy ciała, których nie można uważać za bezpośredni wynik przemiany materii, od życia drobnoustrojów chorobotwórczych zależnej, np. haloidy, to zauważymy, iż srebro podlegać może przeważnie wpływowi chemicznemu siarkowodoru lub kwasów. W hodowlach użytych do badania siarkowodoru nie został wykazany, wykryto natomiast różne kwasy. Kwas mrówczany, kwas amidooctowy i kwas amidokapronowy występują tu zaledwie w śladach i dlatego niepodobna przypuścić, aby od nich zależały zmiany, które w srebrze zachodzą“.

„Tymczasem kwas mleczny znajdujemy w ilości znacznej; wielokrotne oznaczanie tej ilości za pomocą metod zwykłych, stale w chemii fizyologicznej używanych, wykazywało w starych hodowlach laseczników 0,66% kwasu mlecznego. Jeżeli do tych hodowli od razu dodano cząsteczkę srebra, wówczas odsetka kwasu mlecznego wynosiła zaledwie 0,16%“.

„Możnaby słusznie przypuszczać, że ta zmiana odsetki zależy od zahamowania rozwoju hodowli stafilocoków, a nie od tworzenia się związków chemicznych“.

„Jeżeli do starej hodowli, mającej już 0,66 kwasu mlecznego, dodamy srebra, to mniej więcej po tygodniu znajdziemy, iż posiada ona tylko 0,4% tego kwasu. Tu już tylko wyłącznie tworzeniem się związków chemicznych objaśnić możemy znikanie kwasu mlecznego“.

„Doświadczenie odwrotne także wypada przekonywająco. Jeżeli do gleby zasianej dodamy jakiego ciała, wiążącego kwasy, np. magnezyi palonej, to w koło umieszczonej na takiej glebie blaszki srebrnej nie wytworzy się pole uwolnione od zarodków (*keimfreie Zone*), przy pomyślnem rozwijaniu się zasianych hodowli, gdyż kwas mleczny w miarę powstawania związanym zostaje. Ta okoliczność tłumaczy nam, dlaczego to w środowisku o odczynie zasadowym pole wolne od zarodków w około srebra daleko jest szczuplejsze“.

„Jeżeli tedy doświadczenia powyższe dowiodły, iż bakteryobójcze działanie srebra polega na działaniu tworzącego się mleczanu tlenku srebra, to mleczan tlenku srebra, umieszczony na płytce zasianej, powinien wywołać to samo zjawisko. W istocie związek ten otacza się polem uwolnionem od zarodków o wiele obszerniejszem, niż cząstka srebra metalicznego“.

„Pomimo to wszystko, nie byłoby rzeczą sprawiedliwą twierdzić, iż bezpośrednią przyczyną zatrzymania rozwoju drobnoustrojów tych jest mleczan tlenku srebra. Ten ostatni tworzy z ciałami białkowatymi związki rozpusz-

czalne i w postaci takich właśnie związków wykryć się daje w hodowlach. Jako dowód tego przytoczę, iż za pomocą zwykłych odczynów niepodobna w hodowlach tych wykryć srebra inaczej, jak po ich mocnem zakwaszeniu lub spopieleniu“.

„Widzimy więc, że w związkach tych srebro nie występuje jako zasada w grupie hydroksylowej, lecz pewno zachowuje się tak, jak żelazo w hemoglobinie; trzeba więc sobie wyobrazić, że metal podstawił się tu za wodór po części w hydroksyl, po części w grupy amidowe i imidowe“.

„Takie związki z białkiem także mają działanie antyseptyczne. Jeżeli weźmiemy cząstkę uwolnioną od zarazków [przez srebro] z podłoża udatnie zasianego i pomieścimy ją na innej glebie także zasianej, to dostrzeżemy, iż w koło niej wytworzoną się w sąsiedztwie pola uwolnione od zarodków. Zjawisko to nie zdziwi wcale tych, którzy wiedzą, że białkowy związek srebra zwany argoniną wykazał w ostatnich czasach dość silne działanie antyseptyczne“.

„Jakie to są właściwie te związki srebra z białkiem w tym przypadku powstające, nie śmiem wcale orzekać“.

„W każdym razie z pewnością twierdzić można, że pierwszy okres sprawy chemicznej, wiodącej tutaj do zniszczenia i zagłady stafilocoków w hodowli, polega na tworzeniu się mleczanu srebra“.

„Tym sposobem doświadczalnie dowiedliśmy, że przeciwpasożytne działanie metalów zależy od poprzedniego, choćby krótkotrwałego rozwoju zarodków drobnoustrojowych, który powoduje powstawanie kwasów. Bez tego srebro leży na glebie spokojnie, zachowując się zupełnie obojętnie“.

Oto podstawa całej teorii w dzisiejszem jej rozwinięciu. Jakież wnioski praktyczne ze zdobyczy tych postawiła sobie szkoła CREDE'go. Wnioski niewątpliwie ciekawe w najwyższym stopniu, a mianowicie:

1. Srebro staje się dopiero wówczas antyseptykiem, gdy tego zachodzi potrzeba, to jest, gdy w ranie tą lub inną drogą zaniezione do niej zarodki chorobotwórcze rozwijać się zaczęły i już kwas mleczny wytwarzają. Porównywa tedy BEYER srebro do kłapy bezpieczeństwa, która wtedy dopiero skutecznie działać zaczyna, gdy tego istotna zachodzi potrzeba. To automatyczne zachowanie się szacownego metalu stawia istotnie całą metodę na granicy aseptyki i antyseptyki. Gdy niema *sepsis*, niema zakażenia, wtedy srebro samo przez się jałowe, położone na ranę aseptyczną wybornie odgrywa rolę obojętnego, wyjałowionego opatrunku, który nie wymaga poprzedniego wyjaławiania w sterylizatorach zawsze mniej lub więcej skomplikowanych, potrzebujących na razie lub na zapas całego szeregu zabiegów, szczegółów konstrukcyjnych bardzo dokładnych, opału, ostrożności i t. d.

Gdy jest *sepsis*, rana została niespodzianie, lub była od początku zakażoną, wtedy srebro samo przez się jałowe, położone na ranę ulega działaniu kwasu mlecznego, pojawiającego się lub istniejącego już w ranie, zamienia się na mleczan srebra, łączy się z substancjami białkowymi w związki rozpuszczalne i działa jako antyseptyk, ale działa tylko wtedy i tylko o tyle, o ile tego rzeczywista wymaga potrzeba. Gdy znikła przezeń pokonana *sepsis*, wówczas

reszta srebra pozostaje jałowym, obojętnym, rany i tkanek nie drażniącym środkiem opatrunkowym, aseptycznym. Taki to ma być bezstronny, a surowy stróż bezpieczeństwa.

2. Ten stróż zacyjny może się czasem okazać nieco opieszalym, ze względu na swą niewzruszoną pedanterię w systematycznym spełnianiu obowiązków.

Otóż, ponieważ pierwszy okres sprawy chemicznej, od której zależy bakteryobójcze działanie srebra, polega na tworzeniu się organicznej soli tego metalu, przeto przy ranach już zakażonych, gdzie chodzi o szybkie działanie przeciwważne, gdzie zachodzi *periculum in mora*, powinniśmy ową ranę od razu potraktować taką już gotową solą srebra. Tak, ale czy można w ogóle opatrywać rany solami srebra, czy sole te, łącząc się z chlorkiem sodu obecnym w sokach tkankowych, nie potworzą związków zupełnie obojętnych, a może i szkodliwych, wreszcie w jakich dawkach należałoby je stosować, żeby tkanek samych nie drażnić, a pomimo to otrzymać działanie antyseptyczne, pewne i mniej lub więcej trwałe?

Nie zadowoliliby to nikogo z nas, gdyby nam na te pytania odpowiedziano, iż praktyczne [na chorych] zastosowanie metody wykazało, że słabe roztwory wspomnianych soli nie tworzą takich osadów i nie mają takich własności.

Przewidział to BEYER i takie przedsięwziął badanie:

„Wydzieliny ran [powiada on] i płyny tkankowe, wobec których sole srebrne mają działać, są niezem innym, jak krwią, surowicą krwi, lub czemś bardzo tej ostatniej blizkiem i zmieszane bywają z rozmaitemi częściami składowymi tkanek. Jeżeli więc mamy przenosić do praktyki wyniki doświadczeń pracownianych, to wystarczy, jeżeli do doświadczeń tych użyjemy takich tylko płynów, inne zaś gleby odżywcze i mieszaniny białkowe śmiało możemy pominać“.

„Jeżeli więc do surowicy krwi dodamy roztworu jakiej soli srebra, to utworzy się z początku męty, który wkrótce po zbełtaniu znika. Jeżeli taką surowicę pozbawimy białka, to srebro nie przejdzie do roztworu. Jeżeli białko strącimy za pomocą soli srebra i osad ten oddzielimy, to rozpuści się on w dodanej doń surowicy, pozbawionej przedtem swego białka. Tak samo rozpuści się on w roztworze soli kuchennej, węglanu potasu, lub węglanu sodu. To znaczy, że w surowicy krwi srebro pozostanie w roztworze, przy obecności białka i alkali“.

„Zdanie to ma jednak wartość tylko względną, dotyczy bowiem tylko małych srebra ilości, a więc roztworów słabo nasyconych; roztwór soli srebra w surowicy krwi w stosunku 1:2000 jest zupełnie przezroczysty“.

„Wszystko jedno, czy do tego doświadczenia użyjemy azotanu, mleczanu, szczawianu, cytrynianu i t. d. srebra; argentamina da męty niezupełnie rozpuszczalne; argonina o tyle stanowi wyjątek, że od początku żadnego roztworu męty nie daje, jest to jednak własność niezbyt ważna, gdyż męty, powstające od tych innych soli srebra, od razu się znów rozpuszczają“.

„Jeżeli chcemy zastosować taki preparat srebra, któryby dostatecznie i dość długo, czyli trwale działał, nie tworząc osadu, to powinniśmy wybrać jakąś jego sól trudno rozpuszczalną“.

„Takie własności posiada cytrynian srebra. W wodzie i w wydzielinach ran rozpuszcza się on dopiero w stosunku 1:3800, nie tworząc w tem rozcieńczeniu mętów. Na ranie zapudrowanej tym środkiem, wydzieliną zamienia się na roztwór srebra około 0,025%-procentowy, a dzięki trudnej rozpuszczalności cytrynianu, działanie małej jego ilości trwać może stale i długo“.

BEYER starał się wykazać, czy takie słabe roztwory cytrynianu srebra są w istocie antyseptyczne i jaka jest siła tego ich działania.

[C. d. n.].

Z ODDZIAŁU CHOROÓB 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.

Napisal

Dr med. II. Higier.

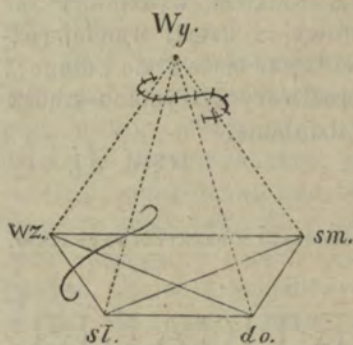
— † — † —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 45].

Musimy zatem ściśle rozróżniać zwykłe, zmysłowe poznawanie przedmiotów, czyli identyfikowanie pewnego nowego wrażenia, jakie otrzymuje siatkówka, z dawnym obrazem wzrokiem, tkwiącym w naszej pamięci — i nierównie więcej złożoną czynność, jaką jest pojmowanie przedmiotu, czy rzeczy; czynność ta bowiem składa się z całego szeregu asocjacji w różnych okolicach kory mózgowej, z obrazów pamięciowych, dotykowych, słuchowych i t. p., do czego dołącza się wreszcie dźwięk odnośnego wyrazu, który służy do określenia danego przedmiotu. Zwykłe, zmysłowe poznawanie może być u chorego zachowane, pomimo że cierpi on na ślepotę duchową; przeciwnie, pojmowanie przedmiotów (*das begriffliche Erfassen*) zawsze szwankuje, nawet w tych razach, kiedy pojęcie o przedmiocie pozostaje nietkniętem.

To też ślepy duchowo ma niekiedy zupełnie dokładne pojęcie np. o długości, kształcie, ostrości noża, potrafi nawet z szeregu rozmaitych przedmiotów wybrać nóż podobny do danego noża, a jednak nie potrafi on noża, jako takiego, poznać i nie będzie wiedział, do jakiego użytku ten ostatni służy. Im więcej narządów zmysłów składa się na wywołanie pewnego wspomnienia, tem ono jest żywsze i tem łatwiej daje się o d-

tworzyć. Gdybyśmy zrobili porównanie między ślepotą duchową i omawianą wyżej afazją optyczną, to okazałoby się, że przy pierwszej przerwane są wszystkie, lub prawie wszystkie drogi asocjacyjne, prowadzące od ośrodka wzroku do ośrodków innych zmysłów, natomiast przy drugiej



- Wy — ośrodek dla wyrazów
 wz — „ wzroku
 sŁ — „ słuchu
 do — „ dotyku
 sm — „ smaku
 ~ — zniesienie przewodnictwa przy ślepcie duchowej
 ~~~~~ — zniesienie przewodnictwa przy afazji wzrokowej.

zniesione jest tylko przewodnictwo między ośrodkiem wzroku i ośrodkiem słów (*Wortzentrum*). W obu przeto razach pobudzenie składnika wzrokowego (*optische Komponente*) danego przedmiotu następuje zupełnie prawidłowo, innemi słowy, chory widzi przedmiot normalnie: w pierwszym jednak przypadku nie poznaje go, w drugim zaś — poznaje, lecz nie jest w stanie nazwać [patrz szemat].

Co można powiedzieć o ślepcie duchowej u naszego chorego? Przede wszystkim zwrócić należy uwagę na tę okoliczność, że w naszym przypadku ślepotą duchową była tylko częściową, a nadto, że zdolność orientowania się była stosunkowo mało zakłóconą; powtóre, ciekawe było zachowanie się zdolności poznawania rzeczy i pojmowania ich w okresie, kiedy ślepotą duchową ustępowała. Chory poznawał już później domy, ulice, aleje i po większej części nazywał je prawidłowo, a jednak nie mógł do wolnie odtworzyć

sobie w pamięci ich obrazu, t. j. tego, co zazwyczaj umożliwia poznawanie widzianych już dawniej rzeczy; inaczej mówiąc, pozbawiony był zdolności dokładnego przedstawiania sobie topografii danej miejscowości. A nie należy przypuszczać, aby te obrazy, których chory nie był w stanie odtworzyć w swej pamięci, należały do rzędu jakichś wyszukanych i nadzwyczajnych: były to przeważnie obrazy powszednie, pospolite. I w normalnych warunkach spotykamy nieraz podobne stany. „Niekiedy, powiada MUELLER (9) w znakomitej pracy swojej o ślepcie duchowej, nie możemy sobie wyobrazić, jak wygląda ten lub ów znajomy nasz, a nawet krewny, pomimo że nie tylko poznajemy go, ujrzawszy, lecz dostrzedz potrafimy najmniejsze zmiany w wyglądzie jego, jakie zaszły od chwili ostatniego widzenia się z nim“.

Ciekawy wielce fakt, że w przypadku naszym po ślepcie duchowej, którą należy z wielkiem prawdopodobieństwem uważać za pośredni objaw sprawy ogniskowej, pozostało ciężkie zбочenie pamięci wzrokowej, świadczy, zdaniem naszym, za tem, że ta ostatnia przyjmuje słaby zaledwie udział w czynności poznawania zmysłowego u osobników dotkniętych ślepotą duchową. Jak wiadomo, LISSAUER odróżnia, stosownie do zachowania się w pamięci obrazów wzrokowych, ślepotę duchową korową i pokazorową (*corticale und transcorticale Seelenblindheit*). Przy pierwszej giną sa-



me obrazy wzrokowe, przy drugiej natomiast zostają przerwane jedynie mosty, łączące ośrodek poznawania z siedliskiem pamięci obrazów wzrokowych. W tym ostatnim przypadku pamięciowy obraz wzrokowy zostaje całkowicie zachowany i może być wywołany przy pomocy innych narządów zmysłów.

Czyste jednakże przypadki zarówno jednego, jak i drugiego typu, dotychczas nie były spostrzegane; pomijam zaś tę okoliczność, że szematyczny podział LISSAUER'a nie zasługuje ani na nazwę anatomicznego, ani psychologicznego.

Podobny do naszego jest zaliczany do grupy korowych głośny przypadek CHARCOT'a (32), gdzie wysoce inteligentny chory utracił również większą część swej pamięci wzrokowej, nb. bardzo silnie rozwiniętej. Analogiczny, acz mniej wyraźny przypadek opisany został przez MUELLER'a. W innym natomiast przypadku MUELLER'a, zarówno jak w licznych przypadkach WILBRAND'a i LISSAUER'a, stwierdzono objawy, polegające na tem, że większa część obrazów wzrokowych zachowała się w pamięci, a chorzy niezdolni byli jedynie do identyfikowania nowych wrażeń wzrokowych z istniejącymi już w pamięci obrazami. Chora np. WILBRAND'a przedstawiała sobie jak najdokładniej obrazy wielu ulic, domu rodzicielskiego, obrazy rozmaitych przedmiotów w domu; skoro jednak pokazywano jej te przedmioty, zachowywała się tak, jakby je poraz pierwszy widziała. Podobnież chora MUELLER'a opisywała po większej części bardzo dokładnie wygląd rozmaitych osób i rzeczy, pamiętała kształty, wymiary, oraz barwę opisywanych przedmiotów, a jednak nie poznawała ich, gdy jej te przedmioty stawiano przed oczyma.

Co jednak wyróżnia nasz przypadek od wszystkich innych podobnych, to ta okoliczność, że zboczenie pamięci w oryentowaniu się trwało i nadal po ustąpieniu zwykłych objawów ślepoty duchowej. Czy powyższe zaburzenie częściowe psychiki u naszego chorego, który należał niewątpliwie do grupy t. zw. wzrokowców i który zwykle i głównie korzystał ze swojej pamięci wzrokowej, będzie trwało na przyszłość, trudno przewidzieć. W każdym razie zasługuje na uwagę, że ogólne osłabienie pamięci, jakie dominowało w początkach choroby, stopniowo zupełnie ustąpiło.

W przypadku naszym nie było ani zaburzenia sfery uczuciowej, ani zakłócenia fantazyi optycznej, ani wreszcie pomieszania, o czem wspominają niektórzy autorzy, jako o następstwach ślepoty duchowej. Dzięki częściowemu tylko zakłóceniu widzenia psychicznego, oddziaływanie obcych dla chorego wrażeń nie było dlań zbyt ciężkie i ogromem wrażeń przygnębiające, jak również odczuwanie przykrego zboczenia w czynnościach umysłowych nie było u chorego zbyt głębokie. Brak zdolności oryentowania się w danej miejscowości stanowi właśnie najnieprzyjemniejsze i najbardziej rzucające się w oczy zjawisko przy ślepotcie duchowej. Chorzy WILBRAND'a, CHARCOT'a, GROENOUW'a (33) nie mogli swobodnie obracać się we własnym pokoju, a na ulicy trzeba było prowadzić ich, jak niewidomych, pomimo że omijali wszelkie przeszkody, spotykane na drodze. Utratę zdolności oryentacyjnej objaśniamy sobie głównie w ten sposób, że chorzy nie tylko utracili pamięć o minionych obrazach, lecz postradali jednocześnie zdolność utrwalania w swej pamięci nowych wrażeń wzrokowych. Od cierpiących na ślepotę duchową różnią się istotnie

nie widomi pod tym względem, że nie są zdolni omijać przeszkód, stojących im na drodze, że korzystają z przechowanych w pamięci obrazów wzrokowych, i że wreszcie szybko przywykają do całkiem nowej dla nich miejscowości.

Tam, gdzie pole widzenia jest mocno zwężone [przypadki FOERSTER'a, GROENOUW'a], gdzie istnieje obniżenie siły wzroku zarówno dla białych, jak i dla kolorowych przedmiotów, gdzie stwierdzić możemy *scotomata* i hemianopsję, wszystkie powyższe momenty mogą, jak tego dowiódł MOËLI, przyczynić się do upośledzenia zdolności orientowania się. W każdym razie jednak zaburzenie wzroku i ślepoty duchowa nie zależą od siebie i nie są do siebie proporcjonalne. Tak np. typowy pacjent CHARCOT'a, dotknięty ślepotą duchową i utratą zdolności orientowania się, poza nieznacznym osłabieniem wrażliwości na barwy, nie przedstawiał wcale zwykłych zaburzeń wzrokowych, gdy tymczasem chory FOERSTER'a, u którego znaleziono nieliczne zaledwie objawy ślepoty duchowej, miał w wysokim stopniu zwężone pole widzenia, z którego pozostała jedynie resztką.

Według LISSAUER'a (8), który nie chce uznać ślepoty duchowej pochodzenia podkorowego, przypadki takie, w których niema braków w polu widzenia, winnyby przemawiać za pochodzeniem pozakorowem (*transcortical*), w których zaś są te braki, za pochodzeniem korowem. Niestety jednak, powyższe różnice nie znalazły tak samo potwierdzenia w praktyce, jak i dowcipny podział na odmiany, oparty w części na anatomii, w części na fizjologii. Wybitne zaburzenia zdolności orientacyjnej przemawiają, zdaje się, za porażeniem kory mózgowej. Nierozstrzygniętem zaś musi pozostać pytanie, czy utrata świadomości bezwzroczej części pola widzenia rzeczywiście świadczy za wyłącznym zajęciem kory i przeciw sprawie podkorowej [MUELLER, FREUND]. Tyczy się to samo halucynacyi, jakie powstają nieraz w hemianoptrycznym polu widzenia [HENSCHEN (12)].

Zaburzenia w rozpoznawaniu barw spotykamy przy ślepcie duchowej bardzo często. Na 22 przypadki ślepoty duchowej, zebrane przez MOELLER'a, znaleziono 13 razy zaburzenie tego zmysłu, a w tej liczbie 4 razy znaleziono zupełną utratę zdolności rozpoznawania barw [QUAGLINO, FOERSTER, SIEMERLING, MUELLER]. W czterech zaledwie przypadkach chorzy prawidłowo zupełnie rozpoznawali barwy. Nasz chory mógł dobrać barwy jednakowe i ich odcienie, ale nie był w stanie nazwać ich; krótko mówiąc, mieliśmy w naszym przypadku to, co WILBRAND określił jako „amnestyczną ślepotę barw“, a RIEGER (34) nazwał ogólnikowo zaburzeniem „*des identificirenden Erkenens*“.

Gdzie szukać podstawy anatomicznej dla ślepoty duchowej? Przeróbka wrażeń wzrokowych na odpowiednie obrazy pamięciowe, a także porównywanie świeżych wrażeń wzrokowych ze śladami dawniejszych wrażeń odbywa się głównie w tylnym płacie, czyli potylicowym. Przemawiają za tem wszystkie sekcye, dokonane na zwłokach ludzi, dotkniętych ślepotą duchową. Nierozstrzygniętem atoli jest pytanie, czy sprawa powyższa odbywa się w równej mierze w obu zrazach potylicowych, czy też oba zrazy potylicowe są pod tym względem niejednakowego znaczenia. W pierw-

szym przypadku należałoby oczekiwać ślepoty duchowej tylko przy zajęciu obustronnem wyż wzmiankowanych zrazów. Przypadku, w którymby ślepotą duchową niewątpliwie wywołaną była zajęciem wyłącznem jednego zraza potylicowego, dotychczas jeszcze nie posiadamy.

Na pytanie, która mianowicie okolica zraza potylicowego musi być zajęta, by spowodować ślepotę duchową, dostatecznej odpowiedzi, na zasadzie dotychczasowych wyników badania zwłok, udzielić nie jesteśmy w stanie. „Na podstawie danych anatomicznych oraz klinicznych zdaje się wielce prawdopodobnem, twierdzi MUELLER, że strona wewnętrzna (*mediana*) i wierzchołek zraza potylicowego stanowią pierwszy centralny etap promienistości wzrokowej, czyli t. zw. ośrodek spostrzegania“. Jeśli przeto zaburzenia w okolicy wzmiankowanej zraza potylicowego mają powodować ślepotę korową, to wnosić stąd możnaby, że sprawy chorobowe zogniskowane na wypukłej powierzchni zraza potylicowego wiążą się ze zwykłą ślepotą duchową. I rzeczywiście, jak świadczą zestawienia odnośne, bardzo często spostrzegano przy ślepotcie duchowej ogniska chorobowe na zewnętrznej powierzchni zraza potylicowego i sąsiadującego z nim zraza ciemieniowego z lewej strony. Pamiętać jednak należy, że znane są i takie przypadki, w których przy badaniu zwłok znajdowano ogniska we wzmiankowanych zawojach potylicowych, a jednak za życia objawów ślepoty duchowej nie stwierdzano. Już *a priori* wnosić można, że wszelkie zaburzenia t. zw. *Balkenstrahlung* oraz dróg kojarzących (*Associationsbahnen*), jakie łączą oddzielne zawoje potylicowe między sobą i te ostatnie z dolną częścią zraza ciemieniowego i ze zrazem skroniowym [słuchowym], wywierają wpływ na powstawanie ślepoty duchowej. Wszak FREUND na podstawie jednego własnego spostrzeżenia, przy którym znalazły się symetryczne ogniska rozmiękczenia w głębi obu zrazów potylicowych, przypuszcza zupełnie słusznie możliwość ślepoty duchowej, wówczas kiedy istota korowa tychże zrazów jest zupełnie nietknięta! Odbywa się to widocznie dzięki zaburzeniom w drogach asocjacyjnych, łączących obrazy pamięciowe wzrokowe z obrazami innej natury. O drogach tych i ich czynności fizyologicznej bliższe szczegóły podamy, gdy przejdziemy do omówienia zaburzeń alektyczno-agraficznych.

Nie zbyt cenna może będzie w tem miejscu uwaga, że aleksyi podkorowej rzadko kiedy towarzyszą objawy ślepoty duchowej, gdy tymczasem ślepotą duchową prowadzi za sobą prawie stale aleksyę. Znany mi jest doskonale jeden przypadek z praktyki prywatnej, spostrzegany wspólnie z D-rem GAJKIEWICZEM, gdzie starszy już mężczyzna dotknięty był ślepotą duchową i ogólnem osłabieniem pamięci, pomimo że zdolność pisanja i czytania była zupełnie nienaruszona. Przypadek podobny znalazłem również u BERNHEIM'a (35).

Rozwój aleksyi i stosunek jej do innych objawów chorobowych w obu moich przypadkach dają się z łatwością i całkiem dokładnie prześledzić. W przypadku pierwszym aleksyą poprzedzała na jakiś czas hemianopsya prawostronna. W obu spostrzeżeniach zboczenie w zdolności czytania zakończyło się prawie zupełną aleksyą. Drugi pacjent nie mógł przeczytać

ani jednej litery, nie mówię już wyrazu; podobnie wyjątkowo tylko mógł czytać liczby. Najrozmaitsze próby wykazywały stale, że nie poznawał on liter i wyrazów. Pierwszy chory nie był zdolny do czytania wyrazów (*alexia verbalis*), zachował jednakże zdolność poznawania pewnych liter, zwłaszcza hebrajskich, drukowanych. Była to więc aleksya wyrazów bez aleksyi liter. Liczby poznawał chory nawet lepiej, niż litery, aczkolwiek trafiało się, że nie mógł ich przeczytać na głos.

Znane w literaturze przypadki aleksyi podkorowej różnią się bardzo pod tym względem. Jedni chorzy nie byli w stanie ani czytać na głos, ani też pojmować liter [DÉJÉRINE (16), REDLICH (22)], inni znów czytali niektóre tylko litery, a nawet całkowite wyrazy [MONAKOW (1), MIERZEJEWSKI (2)], lub też poznawali jedynie litery [BRUNS (20)]. Wspólną wszystkim przypadkom była jedynie aleksya wyrazowa.

Jaki jest mechanizm czytania w warunkach prawidłowych? W jaki sposób powstaje aleksya? Skąd pochodzi tak różne zachowanie się alektyków odnośnie określenia pokazywanych im przedmiotów konkretnych i liter? Dlaczego niekiedy alektyk zachowaną ma zdolność poznawania i określenia liter? Oto są cztery zasadnicze pytania, na które rozmaici klinicyści rozmaite dają odpowiedzi.

Co się tyczy mechanizmu czytania, to zauważyć należy, że czytanie głośne, podobnie jak mowa normalna, najprawdopodobniej odbywa się przy współdziałaniu ośrodka słuchu, t. j. że obraz wzrokowy danej litery pobudza przede wszystkim odnośny obraz słuchowy, zachowany w pamięci, poczem dopiero następują innerwacye, kierujące mową. Jest to pogląd KUSSMAUL'a (36), który ostatnimi czasy został, dzięki FREUND'owi (30), ogólnie uznany. Czytający rozumie to, co czyta, wówczas, kiedy obraz danego pisma łączy się w umyśle jego z nazwą, czyli z obrazem dźwiękowym, nabytym już dawniej i z właściwem danemu przedmiotowi pojęciem.

W kwestyi powstawania rozmaitych rodzajów zaburzeń czytania przy „aleksyi podkorowej“ istnieje wiele hipotez, z których chcę wspomnieć o najbardziej znanych i prawdopodobnych.

1) Pogląd KNIES'a, polegający na tem, że prawostronna hemianopsya sama przez się, a zwłaszcza skrzyżowane i skojarzone zaburzenia ruchowe oczu, zależne od cierpienia zrazu potylicowego, warunkują aleksyę, zakwestyonowaliśmy już wyżej, przy omawianiu hemianoptycznych zaburzeń wzroku, jako niewytrzymujący krytyki.

2) Podobnie nie może się ostać przypuszczenie WEISSENBERG'a (9), który na podstawie jednego przypadku aleksyi wyrazowej uznaje specjalny ośrodek, nazwany przez niego „*Buchstabenzusammenfügungszentrum*“.<sup>10</sup> Zajęcie tego ośrodka ma jakoby uniemożliwiać łączenie liter w sylaby i czytanie wyrazów, pomimo tego że chory poznaje litery. WEISSENBERG umiejscawia nawet powyższy ośrodek na powierzchni mózgowia, rozumując w następujący sposób: „Jeżeli wziąć pod uwagę to blizkie powinowactwo F. [ośrodka liter] z ośrodkami mowy, gdyż pierwszy przedstawia jedynie nieświadomą

czynność ostatnich, to musimy przyjść do wniosku, że przypuszczenie o blizkiem sąsiedztwie G. i ośrodków mowy zasługuje całkiem na uznanie“.

Przeciwko hipotezie WEISSENBERG'a można przytoczyć wiele poważnych zarzutów. Już z punktu widzenia psychologicznego nie wytrzymuje ona krytyki. Jasne i logiczne zarzuty przeciwko hipotezie W. podniósł w swej krytyce SOMMER (37). „Według WEISSENBERG'a, dowodzi SOMMER, *F* przedstawia nieświadomą czynność ośrodków mowy; czyli, że ośrodek jest nieświadomą czynnością innych ośrodków. Cóż więc pozostaje ze zwykłego pojęcia naszego o istocie ośrodka? Wszak ośrodek jest częścią mózgowia, a nie czynnością. A w jakież sposób jedna część mózgu może być czynnością innej? Jeżeli zaś pod wyrazem ośrodek mamy rozumieć szematyczny punkt na papierze, który oznacza pewną określoną „czynność“, to „łączenie liter“ (*Buchstabenfügung*) byłoby nieświadomą czynnością ośrodków mowy. Wówczas jednak te właśnie ośrodki mowy byłyby ośrodkiem łączenia liter; a niemożliwym jest wtedy z punktu widzenia fizyologicznego umiejscawiać w pojęciu czysto anatomicznem ośrodek dla liter (*F*) w pobliżu ośrodków mowy. Nadto czynność wszelka wymaga działającego osobnika, a zgodnie z powyższem ośrodki mowy byłyby owymi podmiotami (*Subjecte*), które spełniają czynność łączenia liter w całkowite wyrazy. W przytoczonym zatem wyżej zdaniu WEISSENBERG'a pomieszane są pojęcia anatomiczne, fizyologiczne i metafizyczne pod jakąś nazwą ośrodka dla łączenia liter... Jest to zatem zupełne pomieszanie pojęć, jeśli się raz umiejscawia w ośrodkach elementarne składowe części pojęcia, a drugi raz władze duchowe osobnika“.

Z drugiej strony, na podstawie najnowszych badań mamy najzupełniejszą prawo się zapytać, czy rzeczywiście wszyscy i zawsze czytają, śledząc literę po literze, jak to utrzymuje WEISSENBERG (7), GRASHEY (38) i WERNICKE (39). LOEWENFELD (40), opierając się na licznych spostrzeżeniach, przytacza bardzo poważne zarzuty przeciwko twierdzeniu, jakoby ludzie ukształceni i wprawni czytali sylabizująco litera po literze, a GOLDSCHIEDER i MUELLER (41) zdołali wykazać za pomocą ciekawych doświadczeń psychofizycznych, że przy czytaniu wogóle stosuje się naprzemian: czytanie pojedynczych liter, czytanie całych grup ich i wreszcie odgadywanie końcowych sylab. Objawy dysleksji u drugiego opisanego przezemnie chorego przemawiają również przeciwko twierdzeniu o czytaniu litera po literze.

Potrzenie, względy czysto praktyczne skłaniają nas do zarzucenia ośrodka WEISSENBERG'a, ani fizyologicznie, ani też anatomicznie dostatecznie nie uzasadnionego. Gdyby każde zboczenie czynnościowe mózgu, klinicznie spostrzegane, dawało pohop do budowania specjalnych ośrodków [ośrodek dźwięków, liczb i t. p.], to bezwątpienia ułatwiałoby to znacznie pojmowanie spraw patologicznych, groziłoby jednak całej, tak młodej jeszcze, a płodnej nauce o aleksyi, niebezpieczeństwo wkroczenia na drogę suchego dogmatyzmu. Najnowsza nauka o assocyacjach [BASTIAN, FREUD, GOLDSCHIEDER] powstaje, i całkiem słusznie, przeciwko zbyt skrupulatnemu umiejscowieniu zaburzeń afatycznych, uwzględniając bardziej porażenia dróg asocyacyjnych, aniżeli samych ośrodków, które zresztą nie są niczem innym, jak tylko punk-

tami krzyżowania się rozmaitych dróg asocjacyjnych. Łączenie ze sobą liter, czyli sylabizowanie, jest *par excellence* zjawiskiem asocjacyjnym.

[C. d. n.].

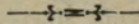
### III. KILKA SŁÓW O MEŻKIEM OWŁOSIENIU U KOBIET,

oraz niektórych innych anomaliach owłosienia i rozwoju ogólnego.

[Podług odczytu w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem].

Podal

**Fr. L. Neugebauer.**



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 45].

Kwestya dziś nas zajmująca tak ściśle spokrewnioną jest z nauką o infantylizmie, feminizmie, wirylizmie, o hermafrodytyzmie, że pozwalam sobie, zanim przystąpię do ostatniej części pracy mojej, wystąpienia heteroseksualnego owłosienia u osobnika, dawniej odpowiednio płci swojej owłosionego, czyli do heteroseksualnych zmian po osiągniętych już wieku dojrzałości, treścić jeszcze interesujące nas dane z 3 innych prac H. MEIGE'a, któremu to kolidze Paryżkiemu w tem miejscu uprzejmie dziękuję za przysłanie mi prac, o które go prosiłem.

Otóż H. MEIGE ogłosił 1895 w „*L'Anthropologie*“. T. VI ciekawą pracę o 23 rysunkach pod tytułem: „*L'Infantilisme, le Féminisme et les Hermaphrodites Antiques*“, mającą pewne znaczenie w kwestyi dziś nas zajmującej. FÉRÉ prócz feminizmu, maskulizmu i infantylizmu chciał jeszcze ustanowić w klasyfikacji: *androgynisme, mélange des caractères sexuels secondaires de l'homme et de la femme*. BRISAUD pierwszy zwrócił uwagę na związek pomiędzy infantylizmem a myksedematem.

Kryptorchizm wywołuje infantylizm wrodzony, a kastracya infantylizm nabyty. MEIGE zwraca specjalnie uwagę na związek pomiędzy myksedematem i infantylizmem, na analogię wpływu usunięcia gruczołu tarczowego — *cachexia strumipriva — myxoedema acquisitum* — z infantylizmem, powstającym po usunięciu jąder, czyli kastracyi. MEIGE nawet widzi pewną paralelę pomiędzy wpływem dystroficznym kastracyi tyreoidalnej na powstanie myksedematu i wpływem kastracyi testikularnej na powstanie objawów infantylizmu, dalej przypuszcza on działanie chociaż w bardzo wczesnym okresie życia płodowego przyczyny, wywołującej u jednego i tego samego osobnika myksedemat i infantylizm; istnieje albowiem wielu myksedematycznych idiotów o płci mało wyraźnej, czyli wątpliwej. *Myxoedema infantile*, podług MEIGE'a, obejmuje grupę osobników, dotkniętych i myksedematem i infantylizmem, mianowicie: „*les idiots, les imbéciles et les arriérés*“. W tem to miejscu MEIGE przytacza portret paencyenta, znanego pod nazwiskiem: *Le Pacha de Bicêtre* [patrz fig. 38], 24-letniego

mężczyzny, skazanego na całe życie na infantilizm. [BOURNEVILLE: „*Idiotie myxédémateuse*“. „*Condamné à l'infantilisme à perpétuité, cet avorton à conservé jusqu'à 24-ans les attributs repoussants d'une enfance monstrueuse, lentement flétrie par les années. C'est bien, comme dit M. BRISSAUD, „un nourrisson, majeur selon la loi, encore emmablotté de langes, lorsque le recroutement militaire vient l'immatriculer*“.

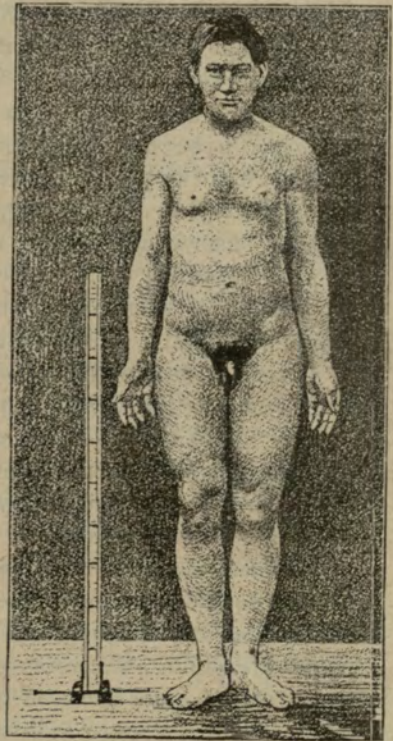
Patrz fig. 39. Osobnik histeryczny o feminizmie i napadach snu narkoleptycznego z kliniki CHARCOT'a, opisany przez PARMENTIER'a: *Archives générales de méd. Nov. Déc. 1891*. Jądra zanikłe, wielkości orzeszków, prącie małe, sutki natomiast rozwinięte. Tułów i kończyny, pośladki o bogatym, żeńskim *panniculus adiposus*. Zaledwie kilka włosków pod pachami i na sromie [patrz także PAUL RICHER: „*Les Hermaphrodites dans l'Art*“. *Nouv. Icon. de la Salpêtrière. N° 6. 1892*.

Fig. 38.



„*Le Pacha de Bicêtre*“ 24-letni osobnik dotknięty infanty-  
lizmem.

Fig. 39.



Osobnik histeryczny o feminizmie i na-  
padach snu narkoleptycznego.

„*Chez les infantiles le déséquilibre mental accompagne toujours l'anomalie physique*“. MEIGE przytacza, jako dowód, spostrzeżenie CAPITAN'a na str. 13 [odbitki pracy swojej]. Myksedemat i infantilizm uważane są za dystrofie wro-

dzone lub nabyte, blisko ze sobą spokrewnione, lub też może za dwie odmienne formy jednej i tej samej dystrofii. Dalej MEIGE zwraca uwagę na koincydencję częstą infantilizmu z anomaliami ustroju kostnego, zdradzającymi się albo w stopniu rozwoju szkieletu: nanizmie, gigantyzmie, akromegalii, lub też w zapalnych chorobach kostnych, ropniach, upartych przetokach, *douleurs de croissance* i t. d., na koincydencję często *cum obesitate, cum dystrophia adiposa*. *Polysarkia* tego rodzaju często spostrzeganą bywa u osobników dotkniętych infantilizmem, a zdradza się również przy infantilizmie w późniejszym wieku, np. po kastracyi nabytym. Wiadomem jest, że eunuchowie zwykle są bardzo otyli. MEIGE na str. 24 przytacza bardzo ciekawe pod tym względem spostrzeżenie REICHLIN'a. Dotyczy ono starozakonnego 21-letniego mężczyzny, dotkniętego spadkową neuropatyą z kombinacją infantilizmu, otyłości nadmiernej, gigantyzmu i pierwotnej myopatii. Prócz tych kombinacji przy infantilizmie często spotykamy padaczkę, historję i gruźlicę. „*Enfin, la tuberculose dont l'alternance avec les maladies nerveuses a été maintes fois signalée dans les familles des névropathes, vient souvent frapper les Infantiles. (Thèse de Fanneau la Cour). Nous retrouverons chez les Féminins la même fréquence des troubles névropathiques*“.

Przytaczam w tem miejscu zdanie kolegi ZIELIŃSKIEGO, który opiera się na doświadczeniu własnem, że u suchotników, których sekcyi dokonał, bardzo często spotykał owłosienie sromu kobiece. Uderzające zdanie kol. ZIELIŃSKIEGO zdradza staranną bardzo obserwację i daje dużo do myślenia wobec tylko co wyluszczonej w pracy MEIGE'a teoryi. Coraz więcej podstawy nabywa myśl, że wielka liczba afekcyi dystroficznych jest skutkiem lezyi, jeszcze do epoki życia płodowego należącej. Już BRISSAUD [patrz MEIGE l. c. str. 26] zwracał uwagę: „*sur la nécessité d'invoquer les lésions fonctionnelles, datant de la période embryonnaire, pour expliquer la localisation des désordres trophiques observés chez l'enfant et chez l'adulte*“. HANOT. (*Bullet. méd.* 26 Juin. 1895) również w tłumaczeniu chorób progresywnych ważną rolę przypisuje antecedencom organicznym epoki wewnątrzmacicznego życia i wyraża się tak: „*Sans eux, toute étiologie, toute pathogénie reste obscure et tronquée. L'individu naît avec un dossier pathologique chargé des incidents de la vie embryonnaire et foetale. Le compte morbide à la naissance est déjà ouvert: la partie de notre évolution à laquelle nous donnons exclusivement le nom de la vie, parceque c'est d'elle seule, que nous avons conscience, notre évolution extra-utérine ne fait que continuer la série physiologique ou pathologique. Les causes morbides que nous pouvons distinguer et analyser s'ajoutent aux transformations déjà produites ab ovo, et subissent d'ailleurs, du fait même de leur succession, des aggravations ou atténuations subordonnées à l'état préalable*“.

Infantilizm zdarza się rzeczywiście w assocyacji z wszelkimi chorobami dystroficznymi, z chorobami zależnymi od wrodzonej perturbacyi układu nerwowego. Częstość tych assocyacji przemawia za wnioskiem, że zaniki narządów płciowych, jak również kości i mięśni, mogą zależeć od alteracyi centrów zanikowych w okresie życia płodowego. „*Secondairement — et comme corollaire de l'atrophie sexuelle — se développe le syndrome morphologique qui imprime au*



*corps de l'individu les stigmates de l'Infantilisme*". W jednym przypadku BRISAUD znalazł atrofię gruczołu tarczowego.

Po rozpatrzeniu kwestyi infantilizmu, MEIGE na str. 30—48 rozbiera kwestyę feminizmu.

Występują tutaj wtórne własności „*attributs secondaires*“ płci odmiennej przy zatrzymanym rozwoju narządów płciowych. Według DARWIN'a, u każdej samicy i u każdego samca istnieją wtórne własności („*caractères secondaires sexuels*“), „*à l'état latent, prêts à se manifester dans certaines conditions*“. Fakta odpowiednie dosyć często obserwujemy u ludzi i u zwierząt.

Podług GIARD'a (*Bullet. scient. du Nord. 1887*), u pewnych męzkich skorupiaków (*crustacées*) kastracyca parazytarna wywołuje anomalie seksualne, zbliżające je do płci żeńskiej. Kapłon nie posiada ani piór, ani głosu koguta, głos jego podobny do głosu kury, siada on na jajach dla wylęgania. Wół nie posiada ani owłosienia, ani skóry, ani kształtów karku byka. „*Chez les cerfs chatrés, les bois ne poussent pas, ne muent pas périodiquement. L'ennuque enfin est généralement glabre, sa voix est grêle, ses os petits, ses seins développés; il a des goûts féminins*“. Również takież zmiany u zwierząt następują w okresie życia, gdy gaśnie żywotność płciowa (*la vitalité génitale*). U starej kury wyrasta grzebień koguta, u starej łani wyrastają rogi, jak u jelenia.

Otóż, przedwczesna kastracyca, t. j. przed wiekiem dojrzałości płciowej— dystrofia płciowa, wywołać może nie tylko infantilizm, lecz i własności wtórne należące do płci odmiennej, czyli u chłopca feminizm, u dziewczyny wirylyzm. Bardzo często obserwować można kształty i wygląd kobiecy u chłopców dotkniętych infantilizmem, a gdy przy oględzinach zakryć twarz i narządy płciowe, złudzenie bywa zupełnem. W wieku dojrzałości płciowej powinny wystąpić wtórne oznaki płciowe i odpowiednie zmiany głosu, konturów ciała, mięśni, owłosienia, sutek i t. d. zależnie od płci osobnika. U mężczyzny, dotkniętych marnym rozwojem narządów płciowych, występują objawy feminizmu, a wśród tych to osobników poszukują sobie głównie ofiary swoje tak zwani pederasci. Feminizm taki może wystąpić chwilowo lub też pozostać na całe życie. Szkielet nie przyjął kształtów, jak u mężczyzny, miednica szersza od barków, owłosienie sromu kobiece, zarost na twarzy, kroczu, kończynach, desce piersiowej, pod pachami marny, tłuszcz obfity w tkance łącznej podskórnej zaokrągła kontury i symuluje piersi kobiece. Głos pozostaje dziecięcy, prącie i jądra pozostają szczupłe. Patrz fig. 40 i 41 [podług MEIGE'a, *l. c.*, str. 34], przedstawiają podobiznę 40-letniego mężczyzny o objawach feminizmu i znacznej atrofii narządów płciowych wobec dobrze rozwiniętych sutek kobiecych. Prącie, jak u 8-letniego dziecka, owłosienie sromu kobiece bez owłosienia smugi białej. Miednica szeroka. Tułów i kończyny o kształtach kobiecych. Głos kobiecy, ani śladu zarostu męskiego na twarzy. Umysł przytłumiony, zdolności średnie, skłonności kobiece, moralność licha. Angelo C. mógłby uchodzić co do stanu fizycznego i psychicznego za kobietę o narządach płciowych męzkich.

Tak fizyczna, jak i psychiczna ewolucja kobiety jest mniej kompletną, niż mężczyzny, tak, że fizjologicznie typ kobiecy bardziej zbliża się do typu dziecięcego, niż typ męski. „*La conformation féminine du corps offre des points*

*de ressemblance plus nombreux avec celle de l'enfant que la forme virile*“. Dlatego przy infantilizmie sporo widzimy cech feminizmu i naodwrot.

Fig. 40.



Fig. 41.



Feminizm u 40-letniego włocha Angelo C.

Nie odczuwając żadnych popędów płciowych, niezdolni do zapłodnienia kobiety, a często nawet do spółkowania, mężczyźni o feminizmie, jak już powiedziano, często padają ofiarą [przewrotności i antynaturalnych gustów innych mężczyzn. Następnie MEIGE opisuje budowę szkieletu i rozkład podskórnego tłuszczu u mężczyzn o feminizmie i owłosienie.

*„L'homme adulte est velu sur presque tout le corps; ses poils sont longs et rudes. La barbe est son apanage, ses cheveux sont grcs. Enfin, chez lui, les poils du pubis remontent sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic et descendent au pourtour de l'anus. La femme n'a sur le corps et le visage qu'un léger duvet, comme l'enfant. Ses cheveux sont plus fins. Les poils du pubis s'arrêtent net, suivant un trajet curviligne, au dessus du mont de Vénus, et l'anus n'en est pas entouré*“. SCHULTZE, profesor w Jenie, ogłosił wyjątki z tego prawidła CAMPER'a, licząc na 100 kobiet 5 o owłosieniu męzkim sromu, a na 140 mężczyzn 34 o owłosieniu kobiecym na *mons Veneris* bez owłosienia smugi białej: *„Bon nombre d'hommes qui sont femmes*“. Osobiście w przeciągu ostatniego roku, specjalną zwracając uwagę na owłosienie sromu u moich pacjentek, znalazłem jeszcze większą odsetkę męskiego owłosienia sromu u kobiet, niż SCHULTZE i przypadki te notowałem w dziennikach ambulatoryjnych zarówno w szpitalu Ewangelickim, jak i w praktyce domowej; często bardzo zauważyłem, że tego rodzaju kobiety były bezdzietnie zamężne,

lub mało płodne, a często nawet dotknięte skąpyimi peryodami, lub zupełnym brakiem takowych, tak np. roku 1896 zapisałem starozakonną, pacjentkę Balbinę Königs., 24-letnią, o mężkiem owłosieniu sromu, brzucha, kończyn i twarzy. K. miała miesiączkę od 13 do 16 roku, następnie raz jeden tylko w 10 tygodniu po ślubie, a od 6 lat ani razu.

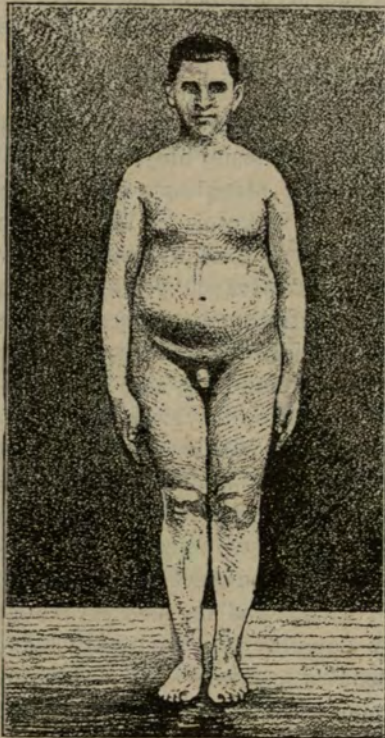
Pacjentka zgłosiła się do szpitala wskutek braku miesiączki od lat 6 i bezdzietności, pomimo że macica jest prawidłowej wielkości; z 7 siostr pacjentki tak samo po mężku owłosionych 5 jest zamężnych: cztery z nich są dzietne, jedna zaś już 10 lat jest bezdzietnie zamężną.

Widziałem dnia 29. I. 1896. [№ 1989] matkę pacjentki tak samo po mężku owłosioną.

U feministów owłosienie bywa zwykle typu kobiecego i przytem bardzo skąpe.

Najbardziej uderza u feministów kształt sutek (*gynekomastia*), zależny od charakterystycznego przerostu sutki, odpowiedniego feministycznemu ogólnemu ukształtowania, albowiem zachodzi różnica wyglądu pomiędzy zwyczajnem

Fig. 42.



Feminizm w połączeniu z otyłością podług  
MEIGE'a.

nagromadzeniem tłuszczu u otyłego mężczyzny w okolicy rudymenarnej sutki, a sutką feministy, u którego sutka posiada wyraźne kontury sutki kobiecej [podług RICHER'a]. „*La répartition de la graisse s'y fait systématiquement suivant une callote sphérique dont le mamelon occupe le pôle, et non suivant un bourrelet qui longe le sillon sous-mammaire, ainsi qu'on l'observe chez les sujets gras*“, jak pisze MEIGE (*l. c. p. 43*).

MEIGE (*L'Infantilisme, le Féminisme et les Hermaphrodites antiques. Paris. 1895. p. 39. fig. 10*) podaje podobiznę osobnika o feminizmie i otyłości, opisanego przez FÉRE'go. Jest to 25-letni epileptyk. Owłosienie sromu skąpe, zaledwie widoczne, barki wąskie, sutki sterzące, biodra wystają, obfitość tłuszczu podskórnego ogólna, narządy płciowe marnie rozwinięte; prącie małe, jąderka małe, pozostały w górnej części moszny szczątkowej, 3 ctm. długie i  $1\frac{1}{2}$  szerokie. *Diam. bitrochanterica* i *biiliaca* wymiaru kobiecego; *diam. biacromialis* męskiego. Mamy pozornie przed sobą otyłą kobietę o szczątkowych sutkach i na-

rzędach płciowych chłopczyka. Rozwój sutek po zaniku jąder należy do faktów powszechnie znanych, szczególnie u wschodnich eunuchów [patrz fig. 42].  
[C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

—\*—\*—

### 86. G. Kelling. Poszukiwania fizyczne nad ciśnieniem w jamie brzusznej oraz nad położeniem i pojemnością żołądka.

Przy badaniu narządów wewnętrznych, jak np. serca, zwracamy zwykle uwagę nie tylko na czynność danego narządu, lecz i na jego wymiary, położenie, kształt, t. j. na stronę anatomiczną; przy badaniu zaś żołądka i kiszek zajmujemy się li tylko czynnością, a ich położenie, objętość, stan mięśni traktujemy niedbale, jako rzecz zbyteczną. Ale tak być nie powinno; czynność bowiem każdego narządu zależną jest od jego położenia prawidłowego, a pod wpływem zmiany położenia, kształtu i objętości żołądka występują różne zбочenia czynnościowe, które przedstawia nam autor na zasadzie własnych obserwacji i badań.

Dla lepszego zrozumienia badań autora musimy zapoznać się bliżej z niektórymi szczegółami anatomicznymi. Jama brzuszna otoczona jest przeponą, ścianami brzuszными i muskulaturą miednicy. Na tę przestrzeń, zamkniętą ze wszystkich stron, działa ciśnienie atmosferyczne, lecz niejednakowo. Ze strony przepony w stanie rozkurczu ciśnienie jest mniejsze wskutek sprężystości płuc i z tego powodu wnętrzości jamy brzusznej niejako dążą do jamy piersiowej. W jamie otrzewnej, t. j. pomiędzy błoną surowiczą oddzielnych narządów żadnej próżni niema, po pierwsze wskutek podatności ścian brzusznych, ściśle przylegających do narządów z powodu ujemnego wewnętrznego ciśnienia, podragie przez lepkość błon surowicznych pomiędzy sobą.

Narządy górne jamy brzusznej, jakkolwiek podtrzymywane są przez więzy, idące od kręgosłupa lub przepony, leżą jednakże na jelitach, jak na poduszkach, a przy opadnięciu lub wypadnięciu ich dolnych odcinków, górne narządy również się opuszczają. Wyjątek stanowią nerki, które się trzymają li tylko dzięki swoim więzom. Ciśnienie, które jeden narząd wywiera na drugi, autor nazywa statycznym; jest ono niezależnem od stopnia napełnienia narządów, zgodnie z prawem hydrostatyki [ciężar właściwy narządów wewnętrznych przeciętnie równa się 1], według którego ciśnienie w naczyniu nie zależy od ilości płynu, lecz od odległości pomiędzy dnem a powierzchnią. Jako opór ciśnieniu statycznemu służą ściany brzuszne, ucisku zaś na narządy żadnego nie wywierają za wyjątkiem wówczas, kiedy zanadto się napinają, jak bywa np. przy kaszlu. Nazwa „ciśnienie wewnątrz-brzuszne“ nie ma, zdaniem autora, racji bytu, gdyż jest ono zanadto skomplikowanem i na nie wpływa:

- 1) ciśnienie atmosferyczne,
- 2) statyczne,
- 3) ciśnienie właściwe naczyniom krwionośnym, przewodowi pokarmowemu i pęcherzowi moczowemu,

- 4) wahania w ciśnieniu pod wpływem tłoczni brzusznej,
- 5) wydechania,
- 6) ucisk narządów przy różnych położeniach ciała,
- 7) ciśnienie patologiczne przy przepełnieniu jamy brzusznej przez nieprawidłowe napięcie ścian brzusznych.

Najstalszym punktem żołądka jest wpust. Odźwiernik zaś w przypadkach nawet prawidłowych jest bardzo zmienny, jak przy napełnieniu żołądka, tak i przy oddechaniu. A zatem mniejsza o to, czy znajdujemy go z lewej, lub prawej strony kręgosłupa, ale ważniejszym jest, czy nie został posuniętym znacznie na dół.

Przy opadnięciu żołądka [gastroptoza] ta jego część, która leży pod kręgosłupem, znajduje się nie w dole żołądkowym, lecz niżej, t. j. nadbrzusze jest wpadnięte i niezajęte przez żołądek. Ze względów praktycznych autor dzieli gastroptozę na trzy stopnie:

Pierwszy stopień, jeżeli krzywizna wielka nie leży pod pępkiem; drugi stopień, jeżeli krzywizna wielka leży pod, a mała nad pępkiem; trzeci stopień, jeżeli krzywizna mała również leży pod pępkiem.

Ponieważ położenie żołądka zależnem jest w wysokim stopniu od jego napełnienia i nieraz znajdujemy żołądek naczecz nad pępkiem, po jedzeniu zaś pod pępkiem, musimy go więc napełnić i to od *maximum*, aby mózdz rozpoznawać gastroptozę. Na ten fakt zwrócił pierwszy uwagę prof. ZIEMSSEN. Ale czem go napełnić? Niektórzy uczeni proponują w tym celu wodę, lecz sposób ten ma swoje niewygodności: sprawia on bowiem pacjentowi nieprzyjemność, przyczem żołądek należycie się nie wypukla i kontury jego nie uwydatniają się. Sposobów określenia granic żołądka, napełnionego wodą, autor podaje trzy:

1) przez palpacyę: przy uderzaniu palcami w okolicę żołądka wyczuwamy pluskanie wody, która falami odbija się w górę. Rozpoznać gastroptozę na zasadzie pluskania możemy tylko wtedy, jeżeli wyczuwamy je pod pępkiem po wypiciu 2—3 szklanek wody, ale poprzednio nic nie wyczuwamy;

2) przez opukiwanie: określenie przez opukiwanie jest dosyć trudne i może doprowadzić do bardzo fałszywych wniosków. Otóż weźmy jeden przykład: żołądek, zawierający w sobie litr wody, może jednakże być odepchniętym w tył nawet w położeniu stojącym, jeżeli poprzecznicą napełniona jest zanadto gazami;

3) przez prześwietlanie, które również daje bardzo często obrazy złudne, niezgodne z rzeczywistością, ponieważ wielkość i kształt rysunku świetlnego na powierzchni ściany brzusznej nie zawsze odpowiada prawdziwemu obwodowi żołądka. Rysunek może być większy, jeżeli od przodu leżą jelita napełnione, lub lampka bardzo oddaloną jest od ścian brzusznych, lub daje słabe światło, albo mniejszy, jeżeli kiszki przeświecają.

Jak widzimy, sposób określenia opadnięcia żołądka za pomocą wody jest niewygodny i trudno go zalecić. Przechodzimy do sposobu drugiego, który polega na sztucznem rozdymaniu żołądka kwasem węglanym przez podawanie sody i kwasu oddzielnie. Tworzący się w taki sposób kwas węglany dobrze

napręża i wypukła ściany żołądka, kontury stają się bardzo widocznymi i można nawet określić granicę żołądka prze opukiwanie, ponieważ nad nim otrzymujemy odgłos bębnekowy niski. Z powodu wzdęcia mogą zajść omyłki, wskutek czego trzeba opukiwać przed i po nadymaniu.

OSEK radzi napełnić żołądek powietrzem przy pomocy zgłębnika i podwójnego balonu.

Zdaniem autora, napełnienie żołądka powietrzem lepszym jest od rozdymania kwasem węglanym, gdyż ten ostatni bardzo łatwo przechodzi do kiszek, a wtedy jesteśmy narażeni na przyjmowanie jelit za żołądek. Przy rozdymaniu zaś powietrzem możemy dla kontroli w przypadkach wątpliwych powietrze wypuścić, znów napełnić i t. d.. Rozdymać trzeba prędko i od razu, w przeciwnym razie powietrze otwiera odźwiernik i przechodzi równomiernie do jelit. Jest to odruch, na który zwrócił uwagę SCHUETZ; daje się on zdemonstrować nawet na żołądku wyciętym.

Mając na zasadzie tych sposobów możność poznawania opadnięcia żołądka, autor przechodzi do jego etyologii.

Gastroptoza bywa bardzo rzadko wrodzoną. Skłonność do niej ma być wrodzoną u suchotników z powodu ich wąskiej i długiej klatki piersiowej, podług jednych, a niskiego położenia przepony i opuszczenia wskutek tego wątroby i żołądka podług innych autorów. Autor, jak zobaczymy niżej, nie zgadza się z żadnym z tych poglądów.

Najczęściej gastroptozy się nabywa i to po większej części przez sznurowanie się; wątroba, pochylona przez gorset na dół, wywiera ucisk na odźwiernik, który wskutek tego opuszcza się również na dół. Występuje to nie tylko u kobiet, lecz i u mężczyzn, noszących paski. Już rzadziej gastroptoza występuje przy zapaleniach opłucnej przez opuszczenie przepony. Żołądek i wątroba mogą się opuścić przez własny swój ciężar, jeżeli jama brzuszna się powiększa, żołądek napełniony, będąc cięższym, niż jelita, traci w nich oparcie i opada. Jama zaś brzuszna się powiększa przez rozszerzenie się ścian brzusznych, co bywa wywołane przez częste połogi i przepukliny, lub przez stopniowy zanik tkanki tłuszczowej ścianek. Tym właśnie zanikiem tkanki tłuszczowej autor objaśnia gastroptozę u suchotników, tembardziej, że zawsze występuje przy posuniętej już daleko chorobie.

Gastroptozie sprzyja przepelnienie żołądka przy stosunkowo próżnych kiszkaach, mające miejsce przy rozszerzeniu żołądka, który miesiącami nie opróżnia się należycie z pokarmów.

Przyczyną opadnięcia żołądka może być często powtarzające się wstrząsanie, jak to bywa u jeźdźców, maszynistów i t. d..

Jak widzimy więc, więzy odźwiernika, jakkolwiek są dobrze rozwinięte, nie mogą jednakże oprzeć się wydłużeniu pod wpływem ciągłego ucisku lub rozciągania. Przechodzimy do obrazu klinicznego gastroptozy.

Przy opadnięciu żołądka, czynność jego, biorąc rzecz teoretycznie, powinna być upośledzoną. Żołądek w położeniu prawidłowem spełnia swoją czynność trawienia, leżąc wygodnie na jelitach; przy opadnięciu zaś przymuszony jest pracować bez oparcia w położeniu wiszącym, przyczem mięśnie

wskutek ciężaru zawartości żołądka zanadto się napinają, kurczą się nadmiernie, tracąc przez to swą elastyczność i siłę. W rzeczywistości tak właśnie bywa. Chorzy na gastroptozę przyjmują małą ilość pokarmów stałych i płynnych. Na zapytanie, dla czego tak mało jedzą i piją, odpowiadają, że brak im łaknienia, że pokarmy długo się zatrzymują w żołądku. Chorzy instynktownie unikają pokarmów, długo pozostających w żołądku, jak wodań węgla, tłuszczów, kartofli, a i płynów, kawy. Chorzy nie znoszą dużej ilości mięsa, pomimo to, że chemicznie żołądek funkcjonuje przeciw prawidłowo. Chorzy uskarżają się na uczucie pełności i ściskania po jedzeniu. Dolegliwości te zależne są więcej od ilości, niż od jakości pokarmów.

O dłuższem zatrzymywaniu się pokarmów w żołądku sądzimy obiektywnie na zasadzie pluskania, które występuje przy uderzaniu palcami o okolicę żołądka, w kilka godzin nawet po ich przyjęciu.

Oprócz objawów czysto żołądkowych, występują dosyć często objawy nerwowe, jak: *neuralgia intercostalis* i t. p.. Przyznać trzeba, że są przypadki opadnięcia żołądka, przy których żaden z wyżej opisanych objawów nie występuje, ale zależy to od wielu przyczyn, z których najważniejszą jest przerost mięśni żołądkowych; one to często kompensują przeszkody mechaniczne, wynikające z nieprawidłowego położenia żołądka. To samo widzimy przecież i przy wadach sercowych, przy których chorzy mają się przez pewien czas bardzo dobrze, dzięki przerostowi mięśnia sercowego. Niepoślednią rolę odgrywa stopień opadnięcia i stan układu nerwowego pacyenta, czem się daje objaśnić zjawisko, że chory czuje się raz lepiej, drugi raz gorzej, nie bez wpływu jest i ostrożność dotkniętych opadnięciem żołądka, wymagających od niego jak najmniej pracy. Co się tyczy związku pomiędzy gastroptozą i blednicą, to autor się nie zgadza z MEINERT'em, jakoby blednica u dziewcząt poprzednio zupełnie zdrowych miała być skutkiem li tylko opadnięcia żołądka, jakkolwiek w większości przypadków blednicy autor konstatował i gastroptozę. Gotów jest raczej przypuścić, że sznurowanie się, sprzyjające rozwojowi gastroptozy, może jednocześnie być powodem blednicy, czy to przez wpływ śledziony i zwojów nerwowych brzusznych, czy też przez zmniejszenie objętości płuc i pojemności żołądka, albo, że istnieją jeszcze inne momenty szkodliwe, występujące u dziewcząt, noszących gorsety. Przy rozpoznawaniu gastroptozy trzeba określić i objętość żołądka. Metody określenia objętości żołądka zostały, jak wiadomo, zdyskredytowane i stracono do nich zaufanie wobec tego, że przy badaniach na trupach otrzymywano najrozmaitsze liczby. EWALD np. podaje objętość minimalną na 250 ctm., HENLE zaś maksymalną na 5500 ctm., a prawda ma leżeć po środku. Niezgodność ta powstała, zdaniem autora, z powodu niektórych bardzo poważnych szczegółów, na które nie zwrócono uwagi przy badaniach. Zapomniano, że objętość żołądka u żyjącego różni się znacznie od objętości na trupie z powodu oporu, który jama brzuszna stawia rozciągnięciu się żołądka; że trzeba wiedzieć, pod jakim ciśnieniem znajdują się ściany brzuszne, podczas określenia objętości; że nareszcie objętość bardzo zależy od stanu mięśni żołądka. Inną będzie objętość żołądka przed nastąpieniem tężca pośmiertnego,

lub podczas tęcza, inną znowu po tęciu, lub podczas gnicia. Bardzo łatwo można się przekonać o tem za pomocą następnego doświadczenia: jeżeli zawiesimy żołądek próżny podczas stężenia pośmiertnego za wpust i odźwiernik i napelnimy wodą, a to samo powtórzmy po przejściu tęcza, to w drugim przypadku ilość wody będzie trzy razy większą. Autor, uwzględnwszy te wszystkie szczegóły, dzięki ulepszonemu przyrządowi własnego pomysłu, na zasadzie ogromnej liczby badań na żywych i trupach przyszedł do przekonania, że objętość żołądka, napelnionego powietrzem przy ciśnieniu 200 ctm., wynosi mniej więcej 1000 ctm., objętość zaś tegoż samego żołądka [przy zdrowej muskulaturze], napelnionego wodą, jest większa i wynosi mniej więcej 1500 ctm. sz. Różnica ta pochodzi stąd, że mięśnie żołądka w różnych odcinkach są różnej grubości, przeważnie są dobrze rozwinięte w odcinku epigastrycznym. Ten właśnie odcinek stawia większy opór powietrzu, niż wodzie. Na tę różnicę, mogącą nam wskazać stopień elastyczności mięśni żołądka, autor kładzie ogromny nacisk. Jest to bardzo ważne przy rozpoznawaniu raka odźwiernika, kiedy przy określeniu objętości żołądka za pomocą wody i powietrza żadnej różnicy nie otrzymujemy.

Największa objętość żołądka [2500—3000 ctm.] występuje przy jego rozszerzeniu się z powodu blizny po wrzodzie okrągłym. Sądzić o objętości żołądka na zasadzie określenia jego obwodu na ścianach brzusznych nie można, nie zawsze bowiem jedno drugiemu odpowiada. W dwóch przypadkach rozszerzenia żołądka, obserwowanych przez autora [objętość równała się 3000 ctm.], krzywizna wielka znajdowała się na wysokości pępka. Przy sekcji okazało się, że istniało dużo zrostów na krzywiznie małej, które stawiały opór opadnięciu żołądka.

W końcu autor powstaje przeciw utożsamieniu rozszerzenia żołądka z niedowładem. Oprócz dolegliwości subiektywnych, niedowład charakteryzuje się następnymi objawami obiektywnymi: 1) pokarmy zostają w żołądku dłużej, niż normalnie, lecz nie o tyle, aby nastąpiła fermentacja; 2) po próbnem śniadaniu zawartość żołądka jest mniej gęsta i bogatsza, niż normalnie, w wodę; 3) czynność chemiczna żołądka może być zupełnie prawidłową, 4) można otrzymać pluskanie w okolicy nadbrzusza w dłuższy nawet czas po przyjęciu pokarmów.

Z niedowładem żołądka spotykamy się zwykle przy jego opadnięciu i przy zwężeniach odźwiernika. Bywają jednak przypadki, w których niedowład występuje przy normalnem położeniu żołądka i idzie razem z innymi neurastenicznymi objawami. W takich razach mamy widocznie do czynienia z nerwicą odźwiernika, przy bardzo nawet zdrowem dnie [autor na zasadzie doświadczeń przekonał się, że dno i odźwiernik mają różne unerwienia]. Nerwice takie spotyka się często u neurasteników i osób bledniczych.

(*Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 144. Physikalische Untersuchungen über die Druckverhältnisse in der Bauchhöhle sowie über die Verlagerung und die Vitalcapazität des Magens*).  
G. Lewin.



## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dnia 27. XI. 1896 r..

1) RAPPEL przedstawia mężczyznę w średnim wieku z sercem, umieszczonem w prawej połowie klatki piersiowej—przy niezmienionem położeniu innych narządów wewnętrznych. Prawe jądro tylko opuszcza się nieco niżej od lewego [według SCHROETTER'a, cechuje się tem wrodzona *dextrocardia*].

2) WOŁKOWICZ demonstruje dziewczynkę 6-letnią, której z powodu szyi skróconej (*torticolis*) wydłużył mięsień mostko-obojęczyko-sutkowy (*m. sterno-cleido mastoideus*) sposobem dotąd nieopisanym. Przeciął on mianowicie mięsień w kierunku skośnym od góry i od przodu ku dołowi, a następnie górną połowę rany odcinka dolnego zeszył z dolną połową rany odcinka górnego. Wynik operacji był nader zadawalający.

3) CIECHOMSKI przedstawia mężczyznę 22-letniego, któremu przed 2½ laty z powodu ropnego zapalenia ucha średniego i wyrostka sutkowatego ten ostatni wytrepanowano, poczem pozostał brak kości o średnicy 3—1 ctm.. Jeszcze przed ostatecznem zabliznieniem się rany zauważono wypuklanie się miejsca operowanego z wyraźną pulsacją. Po dwóch miesiącach od czasu trepanacyi przepuklina mózgowa posiadała już wielkość jaja kurzego. C. usunął wtedy wypukłą substancję mózgową i nałożył opatrunek lekko uciskający, poczem rana się zablizniła. Obecnie na miejscu braku kości widać guzik niepulujący, niebolesny, wielkości orzecha włoskiego. C. uważa ten guzik za przepuklinę, zawierającą substancję mózgową, oddzieloną od reszty mózgowia. Pacjent jest obecnie zupełnie zdrow i pracuje ciężko.

4) Prof. Kosiński mówi „o wycięciu śledziony“. Po przytoczeniu statystyki splenektomii różnych autorów w porządku chronologicznym prelegent zatrzymuje się dłużej na statystyce Cecci'ego, który zebrał 145 przypadków wycięcia śledziony: 70 z zejściem pomyślnem i 75 zakończonych śmiercią. K. zebrał jeszcze 12 przypadków tej operacyi, nieznanych Cecci'emu [8 wyzdrowień, 4 śmierci]; sam wykonał operację 4 razy i zna nieogłoszony przypadek KRAJEWSKIEGO. Przypadki K. były następujące:

1) wycięcie śledziony leukemicznej [przed 17 laty] z zejściem śmiertelnem w 12 godzin po operacyi, wskutek krwotoku z otrzewnej;

2) splenektomia przy bąblowcu śledziony z rozpoznaniem przed operacją zropiałej torbieli jajnika; na 3-i dzień po operacyi nastąpiła śmierć;

3) usunięcie kolosalnie powiększonej śledziony, zakończone śmiercią wskutek krwotoku; pochodzenie hypertrofii nie było wyjaśnione;

4) operacya na zasadzie rozpoznania torbieli jajnika z szypułą skróconą [objawy ostrego zapalenia otrzewnej]. Właściwe rozpoznanie postawiono dopiero po otwarciu jamy otrzewnej: śledzioną, kolosalnie powiększoną, na długiej, skróconej szypule. Chora wyzdrowiała.

Przypadek KRAJEWSKIEGO, zakończony śmiercią, dotyczył *hypertrophiae simplicis lienis*.

Po dodaniu przypadków powyższych oraz znalezionych w literaturze do statystyki Ceccr'ego, liczba wykonanych dotąd splenektomii wyniesie 162 [79 wyzdrowień, 83 śmierci]. Największą śmiertelność widzimy po wycięciu śledzion leukemicznych [35 śmierci na 38 operacji], najmniejszą przy śledzionie ruchomej, niepowiększonej [12 wyzdrowień na tyleż operacji].

Wykonanie splenektomii bywa bardzo łatwym lub bardzo trudnym, zależnie od mniejszej lub większej ilości zrostów, od mniejszej lub większej ruchomości śledziony,

W dyskusyi NEUGEBAUER przypisuje wielką śmiertelność splenektomii u leukemików shok'owi, jaki ma występować zawsze w chwili wyciągania śledziony nazewnątrz.

Na pytanie prof. BARANOWSKIEGO, co do wskazań, upoważniających do wycięcia śledziony, K. odpowiada, że operacja ta wskazaną jest zawsze, kiedy sprawa patologiczna w śledzionie [nowotwór, bąblowiec, torbiel] zagrażać może życiu chorego.

5) BRONOWSKI odczytuje prace swą p. n. „Mleczan strontu w chorobie BRIGHT'a“. Po przytoczeniu danych z literatury prelegent opisuje własne spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia na zwierzętach. Mleczan strontu stosował Br. w 13 przypadkach choroby BRIGHT'a, mianowicie w 4 przypadkach ostrego miąższowego zapalenia nerek, 7 przewlekłego rozlanego, 1 przewlekłego śródmiąższowego pierwotnego i 1 takiegoż wtórnego. Prawie we wszystkich przypadkach występowało podniesienie się diurezy, a ilość białka spadała, choć niezbyt wybitnie. Ciśnienie tętnicze, działalność serca i płuc nie ulegały zmianom; to samo powiedzieć można o ilości etero-siarczanów w moczu, a ta ostatnia okoliczność obala, według Br., twierdzenie DUJARDIN-BEAUMERZ'a, jakoby dobre działanie soli strontu przy chorobie BRIGHT'a zależeć miało od wpływu tych soli na zmniejszenie fermentacji w kanale pokarmowym. Że mleczan strontu nie posiada własności odkażających, dowiodły tego doświadczenia Br. nad wpływem tego środka w roztworach, w jakich może się w kanale pokarmowym znaleźć, na czyste hodowle drobnoustrojów, wyhodowanych z zawartości kiszki ślepej, wydobytej przez przetokę tego jelita.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że króliki bez żadnej szkody znoszą po 0,1 mleczanu strontu [ilość, w stosunku do wagi zwierzęcia odpowiadająca zwykłym dawkom dla ludzi], wstrzykiwanego pod skórę codziennie w ciągu miesiąca. Doświadczenia na psach i kotach w narkozie morfinowej lub bez narkozy wykazały, że badany preparat działa moczopędnie; ilość odchów wzrasta, tętno z początku staje się rzadszem, następnie zaś częstszem, ciśnienie w tętnicy szyjowej spada; przy większych dawkach w moczu zjawia się białko i krew, a badanie nerek wykazuje w takich razach wybroczyny w tkance nerki i kłębkach MALPIGHI'ego, zmętnienie nabłonka i zwężenie światła kanalików moczowych. Po wykluczeniu wpływu nerwów naczyńoruchowych przez przecięcie rdzenia mleczan strontu nie wzmagał diurezy, jak to czyni kofeina; dowodzi to według Br., że diureza pod wpływem soli strontu nie zależy od drażniącego działania tego środka na nabłonek nerkowy. Stwier-

dzony przez prelegenta fakt, że pod wpływem mleczanu strontu przepływa przez nerkę większa ilość krwi, upoważnia go do uważania sprowadzanej przez ten środek diurezy za rezultat rozszerzenia naczyń w samej tylko nerce.

W dyskusji REJCHMAN wypowiada zdziwienie, że Br. u chorych swoich nie zauważył objawu, który R. widział stale u chorych, leczonych solami strontu, mianowicie zawrotów głowy.

KRYSIŃSKI zwraca uwagę, że w doświadczeniach Br. zwierzęta znajdowały się w warunkach nienaturalnych; przy badaniu diurezy najodpowiedniej by było pozostawić zwierzę w klatce odpowiednio urządzonej. Za niewłaściwe Kr. uznaje oznaczenie dawki na wagę zwierzęcia i przenoszenie tą drogą otrzymanej cyfry na człowieka.

Z obu uwagami Kr. zgadza się i PRUSZYŃSKI, nadmienając przytem, że wbrew spostrzeżeniom prelegenta przekonał się przy badaniach nad wpływem soli strontu na fermentację alkoholową o działaniu odkażającym tych soli. Może preparat Br. nie był zupełnie czystym.

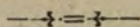
ZIELIŃSKI Edw. z oświadczenia Br., że większe dawki mleczanu strontu wywoływały hematuryę, wyprowadza wniosek o drażniącym działaniu tej soli na nerki. Wogóle środki moczopędne uważa Z. za przynoszące więcej szkody niż pożytku: obciążają one zbytńo narząd, który powinien być oszczędzony.

SOKOŁOWSKI uważa za niewątpliwą użyteczność środków moczopędnych szczególnie w przypadkach choroby BUCHT'a ze znacznymi obrzękami lub w mocznicy, gdzie chodzić powinno o wyprowadzenie z ustroju wody.

BRONOWSKI odpowiada, że czystość preparatu mleczanu strontu stwierdził, że, jak wykazują doświadczenia z przecięciem *n. splanchnici* i *plexus renalis*, samo rozszerzenie naczyń nerki może wywołać hematuryę.

---

## Wiadomości drobne.



— Prof. STRUEPFELL opisał rzadki i ciekawy przypadek amnezyi wstecznej po padaczkę pochodzenia urazowego. 46-letni ekonom, poprzednio zupełnie zdrowy i pochodzący z rodziny nie obciążonej żadną dziedzicznością, uderzył się przypadkowo kantem żelaznych drzwi silnie w ciemię głowy. Oprócz silnego wstrząśnienia i nieznacznego krwawienia z rany, na razie żadnych następstw nie było. W dwa dni po tym wypadku wystąpiło w przeciągu 24 godzin 5 napadów padaczkowych, z których każdy trwał mniej więcej kwadrans. Następnego zaś dnia znaczne podniesienie ciepłoty ciała, a z niewielkiej ranki rozwinęła się róża, która wkrótce rozszerzyła się na całą prawie twarz. Po tygodniu róża ustąpiła i pacjent, czując się zupełnie zdrowym, powrócił do dawnych obowiązków. Okazało się jednak, że o całym przebiegu choroby i samym wypadku nie pamięta; co dziwniejsze, że cały okres czasu, obejmujący mniej więcej 1/4 roku, a poprzedzający dany przypadek znikł zupełnie z jego pamięci. Kilka miesięcy potem, zjawił się znowu krótki napad epileptyczny, a w rok potem jeszcze kilka napadów bez żadnych następstw. Okres zaś czasu, który zatarł się w pamięci chorego, zna dotychczas tylko z opowiadania rodziny. Autor sądzi, że w danym przypadku pod wpływem urazu nastąpiło uszkodzenie kory mózgowej na pewnej przestrzeni prawdopodobnie przez wylew krwawy, który też i spowodował napady epileptyczne. Objaw zaś amnezyi wstecznej autor objaśnia w ten sposób, że owe uszkodzenia, a być może i następcze zakażenie, zniszczyły cały

zapas wrażeń, odebranych przez pewien okres czasu poprzedzający nieszczęśliwy wypadek, tak, że wrażenia te nie mogą już dojść do stanu świadomości.

(*Deutsche Zeit. f. Nervenheilkunde* 5 u. 6 Heft).

L. D.

— Badania LAPINSKY'ego wykazują, że przy ogólnej miażdżycy znaczniejszych naczyń krwionośnych spostrzegać się dają również zmiany i w naczyniach włosowatych mózgu. Zmiany te polegają na mniej lub więcej wyrażonej sprawie degeneracyjnej w ścianach owych naczyń, przyczem drożność ich albo jest zmniejszona, albo też zupełnie zniesiona. Wobec tego tem łatwiej wytlómaczyć sobie możemy zaburzenia w sferze ruchowej, czuciowej i psychicznej, jakie przy ogólnej miażdżycy naczyń tak często spotrzegamy.

(*Neurol. Centralb. Nr. 20. 1896*).

L. D.

— Wobec twierdzenia KOELLIKER'a, opartego na własnych preparatach, barwionych metodą WEIGERT'a i PAUL'a, a wypowiedzianego na kongresie anatomów w Berlinie r. b., że nerwy wzrokowe u zwierząt ssących, jak również i u ludzi, podlegają nie częściowemu, lecz całkowitemu skrzyżowaniu, JACOBSON podjął zbadanie tej kwestyi na drodze doświadczalnej. Przecinał on nerwy wzrokowe u rozmaitych zwierząt po jednej stronie i otrzymywał zwyrodnienie tych włókien nerwu wzrokowego, dla których siatkówka jest ośrodkiem troficznym. Zwyrodnienia badał metodą MARCHI'ego. JACOBSON przekonał się, że u królików i świnek morskich nerwy wzrokowe rzeczywiście podlegają całkowitemu skrzyżowaniu, gdy tymczasem u kotów i małp skrzyżowanie to nie jest zupełne. Autor sądzi, że u ludzi również skrzyżowanie nerwów wzrokowych jest tylko częściowe. Przeciwno twierdzeniu KOELLIKER'a przemawia jeszcze spostrzeżenie SCHMIDT-RIMPLER'a (*Deut. med. Woch. 1896. Nr. 36*), który w przypadku *phthisis bulbi oculi dextr.*, powstałej na 13 lat przed śmiercią osobnika, wykazał zanik włókien nerwowych w prawym nerwie wzrokowym i w obu drogach wzrokowych, gdy tymczasem lewy nerw wzrokowy był zupełnie prawidłowy.

(*Neurol. Centralb. № 18. 1896*).

L. D.

## Wiadomości bieżące.

— — —

— Wkrótce ma się odbyć w Warszawie konkurs lekarski na posadę ordynatora chorób wewnętrznych w szpitalu Dzieciątka Jezus. Termin ostateczny, nie jest jeszcze wyznaczony.

— Na tegorocznym 69-m zjeździe Towarzystwa niemieckich przyrodników i lekarzy postanowiono założyć „*Gesellschaft für pathologische Anatomie und Physiologie*“, a do zorganizowania go wybrano komisję, złożoną z VIRCHOW'a, RECKLINGHAUSEN'a, PONFICK'a, ZIEGLER'a, CHIARI'ego i HANAU'a.

**Zmarli:** w Berlinie b. prof. syfilidologii, G. LEWIN;  
w Londynie G. HARLEY, prof. w University College Hospital;  
w Paryżu V. HANOT, prof. agrégé;  
w Poznaniu J. KOSZUTSKI.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

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

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „*Prospekt księgarni Teodora Paprockiego i S-ki*“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довзодено Ценаурою, Варшава, 25 Октября 1896. Друк Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 3