

GAZETA LEKARSKA

I, PRZYPADEK CAŁKOWITEGO WYPADNIĘCIA WYNICOWANEJ MACICY

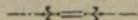
POCHODZENIA PORODOWEGO.

(*Prolapsus uteri inversi totalis post partum*).

[Rzecz, czytana w Towarzystwie Lekarskiem Łódzkim dnia 20 maja r. b.].

Podał

Józef Saks [Łódź].



Jeżeli ośmielam się zająć uwagę Sz. Kolegów przytoczeniem jednego przypadku, to tłumaczy miie rzadkość jego. Gdy powiem, iż na 190000 porodów w Rotundo szpitalu w Dublinie zanotowano tylko jeden przypadek wyciowania macicy: że w Instytucie położniczym w Petersburgu w przeciągu lat 48 nie widziano ani jednego, że DEPAUL w przeciągu lat 18 widział dwa przypadki, że HORWIRZ jeden jedyny, a L. NEUGEBAUER leczył tylko 5 paçyentek tego rodzaju, to widoczne, iż cierpienie to należy do rzadkich, a zatem nawet jeden przypadek godzien jest zanotowania.

W literaturze lekarskiej polskiej nie opisano również wielu przypadków wyciowań macicy: od roku 1868 do r. 1896, zatem w przeciągu lat 28, opisano 32 przypadki wyciowania ¹⁾ macicy w rozmaitych jego formach, przypadków zaś wypadnięcia całkowicie wyciowanej macicy zanotowano tylko dwa [przypadek ARNSTEINA z Lublina i kol. FICKIEGO z Warszawy]; niżej zatem omawiany zajmie trzecie dopiero miejsce w polskiej literaturze owej kwestyi za ostatnie 28 lat.

Uważam za zbyt cenne omawiać bliżej w tem miejscu kwestyę etyologii, rozpoznawania i leczenia danego cierpienia, ponieważ interesujący się tym przedmiotem mogą znaleźć wyczerpującą odpowiedź na wymienione punkty w doskonałej monografii NEUGEBAUERA i WARSZAWSKIEGO p. t. „Wyciowanie macicy“, która ukazała się w Kronice Lekarskiej w roku bieżącym.

Przechodzę zatem bezpośrednio do opisu przypadku.

Dnia 18 marca r. b. o godzinie czwartej po południu zostałem wezwany do chorej, która przed chwilą podobno rodziła. Na miejscu zastałem kol.

¹⁾ W monografii NEUGEBAUERA i WARSZAWSKIEGO „Wyciowanie macicy“ przytoczono tylko 31 przypadków, pominięty zaś został przypadek kol. JAKUBA KOHNA, podany w Gazecie Lekarskiej za rok 1892. Nr. 12.

MAKOW'a, który prosił mnie o obejrzenie chorej. Chora leżała na poprzecznym łóżku, ściślej mówiąc, na barłogu, blada, jęcząca, w stanie zapaści z niewyczuwalnym prawie tętnem. Od razu rzucało się w oczy ciało wielkości główki nowonarodzonego dziecka, koloru czerwono-sinawego, znajdujące się między udami chorej, a wychodzące ze sromu. Ciało to przy bliższym badaniu okazało się miękkiej konsystencji, było pokryte prawie na całej powierzchni błoną równą, w niektórych tylko miejscach cokolwiek podniesioną w kształcie dużych pęcherzy [była to błona płodowa]. Na miejscu wolnym od błony znajdowało się, jak mi opowiedział kol. M., częściowo już oddzielone, przyczepione łożysko, które przed moim przybyciem kol. M. oddzielił. Po odkażeniu rąk wprowadziłem prawą rękę pod wyżej wymienionem ciałem, które było ruchomem, do pochwy, przyczem okazało się, iż niema w pochwie śladu zwykłej szyjki macicznej, a w jamie brzusznej ciała matki; sklepienie tylne było mocno naprężone, w lejkowatym zaś zagłębieniu omawianego ciała można było wyczuć jajowody w postaci jakby naciągniętych strun. Nie ulegało zatem wątpliwości, iż mamy do czynienia z wypadnięciem wycicowanej matki. Tu nadmienić muszę, iż omyłka w rozpoznawaniu może pociągnąć za sobą fatalne skutki. Nieraz już się zdarzało, iż wycicowaną macicę przyjmowano za polipa, który też odcinano. Pozzi zebrał 26 podobnych przypadków.

Jaką była etiologia naszego przypadku? Otóż, anamneza w krótkości jest następująca.

Chora Chaja N., lat 22 licząca, od roku zamężna, wkrótce po zamążpójściu zaszła w ciążę, której przebieg był normalny. Bóle porodowe rozpoczęły się podobno tegoż dnia, w którym miał miejsce wyżej opisany przypadek o godzinie dwunastej. Dziecko przyszło na świat bez pomocy wszelkiej, o godzinie trzeciej, żywe. Ponieważ łożysko nie wychodziło, poleciała baba, odgrywająca rolę akuszerki, położyć się i dmuchać silnie w próżną butelkę [sposobu tego dość często używają rozmaite niby akuszerki w celu przyspieszenia wyjścia łożyska]. Za pewinę podobno owa baba nie ciągnęła, jak twierdzi otoczenie chorej, natomiast uciskała ona brzuch. Krwawienia podobno nie było. W pół godziny po porodzie ze sromu zaczęło się ukazywać jakieś ciało, które akuszerka uważała za łożysko, więc stosowała energiczniejszy ucisk na ściany brzuszne, gdy nagle wypadło z pochwy duże ciało, jakiego owa kobieta w przeciągu dwudziestopięcioletniej swej praktyki, jak z dumą mówiła, jeszcze nie widziała, wówczas wystraszona posłała po lekarza.

Chora podczas okresu wycicowywania matki jęczała i skarżyła się na ból; nie zwracano jednak uwagi na to, pocieszając chorą i siebie, iż wszystko będzie w porządku, gdy łożysko odejdzie.

Widzimy zatem, iż w naszym przypadku, jak i w przeważającej większości innych, rolę głównego, przyczynowego momentu wycicowania matki odgrywało wzmożone ciśnienie brzuszne [ucisk na brzuch, dmuchanie w butelkę]; uderzającym zaś w naszym spostrzeżeniu jest to, iż chorą naszą była młoda pierwiastka, iż poród nie był ciężki, mięsień zatem maciczny nie powinien był być zwiótczałym, na co kładą główny nacisk wszyscy autorowie, przypisując

mniejsze znaczenie momentowi, który bezwątpienia odgrywał poważną rolę w etyologii naszego, a zapewne i wielu innych analogicznych przypadków, mianowicie zrośnięciu się silnemu łożyska ze ścianą macicy.

Ponieważ głównem wskazaniem terapeutycznym przy świeżem wyciowaniu macicy jest odprowadzenie jej, przeto przystąpiliśmy do tego ręko-czynu. Po oddzieleniu na całej przestrzeni omówionej wyżej błony, pokrywającej powierzchnię wyciowanej macicy [co zresztą nie dało się tak łatwo skutecznie], po starannem obmyciu powierzchni macicy, nie krwawiącej zupełnie, na której były teraz widoczne ujścia maciczne jajowodów, obfitą ilością przegotowanej wody [środki przeciwnilne ze względu na stan zapaści chorej były przeciwwskazane], z niewielką trudnością dało się odprowadzić macicę do pochwy, poczem ona się szybko sama odnicowała. Odprowadzająca ręka pozostała przez czas jakiś w jamie macicy ze względu na możliwość powtórnego wyciowania, przyczem z zewnątrz pocierano macicę. Po usunięciu ręki macica skurczyła się należycie. Krwawienia nie było. Jamę macicy przepłukano słabym roztworem kwasu bornego. Ponieważ tętno się nie poprawiało, przeto wstrzyknięto chorej dwie szpryki olejku kamforowego, przepisaliśmy kofeinę i poleciliśmy robić wlewania do kiszki odchodowej roztworu fizyologicznego soli kuchennej, przepisaliśmy też sporysz w nieznacznych dawkach dla podtrzymania skurczu macicy. Chora ze stanu zapaści nie wyszła, tętno poprawiło się tylko chwilowo po wstrzyknięciach podskórnych. Drugiego dnia chora skarżyła się na ból w dolnym odcinku brzucha, w nocy zaś drugiego dnia, t. j. 36 godzin po porodzie, zmarła.

Zejsście śmiertelne po ostrem wyciowaniu macicy nie należy do rzadkich. Podług najświeższej i najdokładniejszej statystyki SZUWARSKIEGO, ręczne, t. j. najłagodniejsze odprowadzenie świeżych wyciowań, daje 20,5% śmiertelności.

Jaką jest przyczyna tak szybkiej śmierci?

Jedni, jak np. WINKEL, tłumaczą to wstrząsem (*shock*), owem pojęciem klinicznym o charakterystycznych objawach, nie objaśniającem jednakże istoty rzeczy. OLSHAUSEN sprowadza przyczynę śmierci do zatoru powietrznego, co zresztą jest bardzo wątpliwe wogóle, w naszym zaś przypadku w szczególności. Inni na koniec objaśniają śmierć ostrem zakażeniem gnilnem.

Wprawdzie w naszym przypadku wszelkie warunki były po temu, aby nastąpiło zakażenie, jednakże trudno pogodzić się z myślą, aby ono wywołało śmierć chorej, ponieważ nie było żadnych objawów zakażenia gnilnego; pozostaje zatem objaśnić sobie śmierć chorej tylko silnym wstrząsem nerwowym, wywołanym wskutek podrażnienia narządów jamy brzusznej, obfitujących w spłoty nerwu współczulnego.

II. O GUMATACH RDZENIA.

[Wyciąg z pracy, czytanej na posiedzeniu Towarzystwa Neuropatologów i Psychiatrów przy uniwersytecie Moskiewskim w dniu 10. V. 1896].

Podał

D-r St. Orłowski,

ordynator kliniki chorób nerwowych uniwersytetu moskiewskiego.

—*—*—
[Dokończenie. — Patrz Nr. 47].

Przy badaniu drobnowidzowem okazało się, co następuje:

Pia i *arachnoidea* zgrubiałe miejscami, lecz wcale nie wszędzie zrosnięte z sobą, gdziekolwiek z substancją rdzenia. Zgrubienie opon miękkich na rozmaitych wysokościach przedstawia się nie jednakowo, lecz, wogóle biorąc, im niżej, tem jest ono znaczniejsze. I utkanie tego zgrubienia też rozmaite: miejscami widać tylko parę warstw włókien i pasm tkanki łącznej, nadzwyczaj ubogiej w jądra; w innych miejscach gęste skupienie okrągłych, drobnych komórek, nadzwyczaj silnie zabarwionych hematoksyliną. Po większej części te skupienia są w około naczyń; w innych miejscach, chociaż tych ostatnich nie widać, jednakże koncentryczny układ jąder dowodzi, że i tutaj naciek jest pozostałością zupełnie zatkanych naczyń.

Wogóle zmiany w naczyniach są niezmiernie wybitne, zarówno w naczyniach położonych w samej tkance opony miękkiej, jak i w gałązkach, przebiegających luźnie w podpajęczej. Zmiany te także w rozmaitych miejscach są wyrażone nie jednakowo, ale niektóre ogólne prawa zauważyć można, mianowicie: 1) sprawy patologiczne w żyłach są bardziej wybitne, niż w tętnicach; 2) naczynia większego kalibru są bez porównania mniej zmienione, niż drobne gałązki; 3) im niżej, to jest, im bliżej nowotworu, tem więcej znajdujemy zmian w naczyniach.

Arteria spinalis antica wogóle mało zmieniona; tylko w dolnej części szyjowej jej błona zewnętrzna jest zgrubiałą i infiltrowaną, a cała tętnica wydaje się spłaszczoną. Daleko więcej zmian jest w *ar. sulsi*, t. j., według terminologii ADAMKIEWICZA¹⁾, w tych gałązkach tętnicy rdzeniowej [przedniej, które w kierunku poziomym wchodzi w przednią szczelinę rdzenia i odżywiają substancję szarą. Na wielu skrawkach te tętnice przedstawiają się jako grube pasma, całkiem pokryte drobnymi komórkami.

Drobne gałązki tętnicze w oponie miękkiej w wielu miejscach zaczerwiane i światło ich zapełnione wybujałą błoną wewnętrzną; *media* po większej części nie naruszona, *adventitia* zaś zgrubiała, w jej tkance i w najbliższym sąsiedztwie naciek drobnokomórkowy. W *spatium subarachnoidale* widać tętnice średniego kalibru ze zmianami w rozmaitych okresach rozwoju. W wie-

¹⁾ ADAMKIEWICZ. Die Blutgefäße des menschlichen Rückenmarkes. (Besitzungsberichte der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften 1881. Bd. 84. str. 469. i 1885. Bd. 85. s. 101].

lu z nich błona zewnętrzna składa się z licznych warstw tkanki łącznej z wielką ilością okrągłych komórek, tymczasem błona mięсна i wewnętrzna są najzupełniej zdrowe. W innych naczyniach wybujala *intima* czasem aż do zupełnego zatkania światła; na niektórych skrawkach widać, co się staje później z takimi zacopowanymi naczyniami, a mianowicie spotyka się tętnice z takim wejrzaniem: *adventitia* zgrubiała, składająca się z włókien tkanki łącznej, prawie bez komórek [późne okresy zmian zapalnych]; dalej po za błoną mięsną z dość znacznym naciekiem drobnokomórkowym widać błonę elastyczną, dobrze zachowaną i ułożoną w piękne festony. Dalej ku środkowi w masie wybujalej *intimae*, wypełniającej światło naczynia, zaczyna się nowe unaczyńnienie: widać warstwę podłużnych, koncentrycznie ułożonych komórek, na następnych skrawkach warstwa ta już się przedstawia w postaci pierścienia, budową zupełnie odpowiadającego błonie mięsnej w tętnicach; taki pierścień okala już nowe światło, wysłane warstwą większych komórek, przypominających śródbłonek (*endothelium*). W ten sposób w zacopowanej tętnicy utworzyła się nowa tętnica.

Naczynia żyłne, jak to wyżej wspomniałem, były daleko więcej zmienione, niż tętnice, lecz także nie wszędzie jednakowo. Na wielu preparatach w *vena spinalis anterior* widać tylko naciek drobnokomórkowy w błonie zewnętrznej, ale w dolnej części szyjowej żyła ta uległa znacznym zmianom; ściany jej bardzo grube składają się z masy jednostajnej [homogennej] lub słabo włóknistej, blado zabarwionej eozyną z niewielką ilością elementów komórkowych; te ostatnie podłużnego kształtu grupują się więcej w częściach obwodowych naczynia. Inne żyły są również zmienione; ale wszędzie, nawet tam, gdzie sprawy patologiczne są bardzo posunięte, ściany bardzo zgrubiałe, światło naczyń żylnych pozostaje dostatecznem; pod tym względem różnica między zmianami w żyłach i tętnicach jest bardzo wybitną.

Korzenie nerwowe na przekrojach poprzecznych przedstawiają się otoczonymi grubą warstwą tkanki łącznej; jest to wybujale i nacieczone *perineurium*; w wielu miejscach zwraca uwagę silne rozszerzenie naczyń żylnych, przebiegających w środku pęczków nerwowych; na niektórych preparatach światło tych naczyń zajmuje $\frac{1}{3}$ lub połowę poprzecznego przekroju korzenia nerwowego.

Od opon na całym obwodzie rdzenia w istotę jego przenikają nadzwyczaj liczne *septa*; przedstawiają się one jako grube, faliste i infiltrowane pasma tkanki łącznej, w rozmaitych kierunkach przebiegają po nich naczynia, których ściany zawierają niezliczoną ilość drobnych komórek. Najobficiej wchodzi te przegrody w sznury tylne i w tylne rogi, w około tych ostatnich tworzą one gęstą sieć, w oczkach której widać obrzymio rozszerzone naczynia włosowate. W najbliższem sąsiedztwie tych przegród widać bardzo wybujalą i rozrośniętą neuroglię przy jednoczesnym zaniku włókien nerwowych; to samo zauważyć się daje na całym obwodzie rdzenia a na WEIGERT'owskich preparatach ten obraz z wyrodnienia obwodowego (*Randdegeneration*) jest nadzwyczaj wyraźny. Na tych samych preparatach i w pęczkach GOLL'a widać zanik włókien nerwowych, jednak nie zbyt licznych. W innych miej-

scach substancyi białej przestrzenie między włóknami nerwowymi przedstawiają się w postaci dużych otworów pustych lub wypełnionych ściętą masą drobnoziarnistą: są to oznaki byłego obrzęku rdzenia. Miejscami i w substancyi białej widzimy skupienie komórek okrągłych, ale tylko w sąsiedztwie naczyń.

Substancya szara jest nadzwyczaj przekrwioną, co zapewne jest w związku z tem, że zmiany naczyniowe przeważają w *art. sulci*. We wszystkich kierunkach przebiegają olbrzymio rozszerzone naczynia włosowate, wypełnione czerwonymi kulkami krwi; w niektórych miejscach z tego powodu utkanie substancyi szarej nadzwyczaj przypomina utkanie naczylniaka jamiastego (*angioma cavernosum*). Ściany tych naczyń włosowatych są nadzwyczaj silnie infiltrowane; w wielu miejscach widać rozszerzone przestrzenie perywaskularne (*perivasculäre Räume*); w nich także skupienie jąder. To ostatnie zjawisko najwyraźniejszym jest na *art. et venae sulco-commissurales* [pod tą nazwą ADAMKIEWICZ rozumie pionowo idące gałęzie *arteriae et venae sulci*, które na przekrojach poprzecznych rdzenia widać z obu stron kanału środkowego i które dawniej znane były pod nazwą środkowych żył rdzenia (*venae centrales medullae*).

Niektóre komórki nerwowe w przednich rogach uległy zanikowi, postradały swe wyrostki; przestrzenie około-komórkowe (*periceluläre Räume*) także miejscami rozszerzone i w niektórych znaczny naciek drobnokomórkowy.

Na wysokości 3-go i 4-go korzenia grzbietowego zmiany patologiczne widzimy i w twardej oponie rdzeniowej (*dura mater*); jest ona znacznie zgrubiałą, przyczem warstwy zewnętrzne składają się z pasm tkanki łącznej ubogiej w elementy komórkowe, za to w warstwie wewnętrznej miejscami silny naciek. Z prawej strony wybijała *dura mater* przechodzi bezpośrednio w tkankę, otaczającą ze wszystkich stron pnie nerwowe tylne i przednie, zsunięte i spojone razem; tkanka ta składa się z niezliczonej ilości drobnych komórek, nadzwyczaj silnie zabarwionych hematoksyliną. Korzenie nerwowe tej strony przedstawiają się zupełnie zwyrodniałymi; w korzeniach przeciwnej strony widać też zanik wielu włókien.

Zmiany w oponach miękkich i w ich naczyniach na tej wysokości mają też same cechy, jak i wyżej, tylko są one daleko znaczniejsze. Przekrój poprzeczny rdzenia jest w tych miejscach znacznie zwiększony, przedstawia się on daleko większym, niż w najgrubszym miejscu części szyjowej normalnego rdzenia. Wywołane jest to bezwątpienia przez obrzęk rdzenia, ponieważ pod drobnowidzem widać, że przestrzenie między włóknami nerwowymi są bardzo znaczne.

Niżej, mianowicie od początku 5-go grzbietowego korzenia w samym rdzeniu i w spojonych z nim oponach, mieszczą się dwa guzy, z których prawy kończy się na wysokości dolnej granicy 6-go korzenia, a lewy daleko większy dochodzi do VIII-go.

Prawy guz mieści się w oponach i początkiem jego jest owa tkanka drobnokomórkowa, która wyżej, na wysokości VI-go grzbietowego segmentu, osnuwała tylne i przednie korzenie nerwowe. Na wysokości piątego przed-

stawia się ona jako guzik wielkości ziarnka konopi, umieszczony w pobliżu tylnego korzenia. Pod drobnowidzem na obwodzie tego guzika spostrzegamy ogromną ilość drobnych komórek, przychem tkanki śródmiąższowej nie widać wcale. Część obwodowa, pięknej fioletowej barwy [hematoksylina], stanowi silny kontrast z częścią środkową, której eozyna nadała kolor różowy; tutaj pod drobnowidzem widzimy masę drobnoziarnistą, rozkład miąższu komórek i tylko gdzieniegdzie słabo zabarwione resztki jąder.

W niektórych miejscach w części obwodowej guzika spostrzegamy komórki bardzo znacznej wielkości (*Gigantzellen*), okrągłe, z wieloma jądrami; te ostatnie w ilości 20 do 30 tworzą wianuszek na obwodzie komórki.

Słowem: przy badaniu histologicznem guzik ten przedstawia wszystkie cechy charakterystyczne gumatu, ze zwyrodnieniem serowatem w środku.

Znacznie infiltrowana opona miękka stanowi wyraźną granicę między guzikiem i substancją rdzenia; na tej ostatniej jednak guzik wywołał wklęśnięcie. Niżej gumat ten staje się większym, coraz bardziej uciskając rdzeń, lecz w substancję jego nie przenika nigdzie. Największym jest on w środku 6-go segmentu grzbietowego, gdzie na przekrojach poprzecznych formą i wielkością przypomina ziarnko słonecznika; tutaj daleko znaczniejsza część jest serowato zwyrodnioną tak, że widzimy tylko wąziutką obwódkę fioletową. Niżej gumat ten bardzo szybko się zmniejsza tak, że na dolnej granicy tegoż samego segmentu widać tylko znaczne zgrubienie spojonych opon, guzik zaś nie większy od grochu już nie zawiera masy serowatej; widocznie jest to przekrój dolnej części warstwy korowej guzika, składającej się z tkanki drobnokomórkowej; o parę skrawków niżej, już z prawej strony, nie spostrzegamy żadnego guzika. Na całej tej przestrzeni nie widać wcale prawych pni nerwowych.

Guz lewy zaczyna się trochę niżej i w samej substancji rdzenia z początku w postaci skupień drobnych komórek, zalegających warstwami między włóknami nerwowymi; znaczna część tych ostatnich uległa z tego powodu zanikowi. Niżej, mianowicie na wysokości środka 5-go grzbietowego segmentu, te warstwy drobnokomórkowe łączą się, tworząc jeden gumat. Odpowiednio do tego na preparatach WEIGERT'owskich widać żółte pole zwyrodnienia (*Degenerationsfeld*), które zajęło na poprzecznym przekroju rdzenia prawie całą, lewą, przednią ćwiartkę i część prawego, przedniego sznura. Dalej ku dołowi gumat ten rozszerza się jeszcze w prawo, tak, że w środku 6-go segmentu widzimy, że już cała przednia połowa rdzenia jest zniszczoną. Zwyrodnienie serowate w tym guzie jest nie tak znaczne, jak w prawym; przedstawia się ono w postaci dwóch plam, odpowiadających mniej więcej obu rogom przednim.

Wszystkie opony z lewej strony są zgrubiałe i zrosnięte z masą gumatu; ale analogicznie do tego, jak z prawej strony nowotwór nie przenikał w substancję rdzenia i tutaj nie przenika on w tkankę opon. Jednakże niżej stosunki te zmieniają się i na tej wysokości, gdzie się kończy prawy guz, lewy zaczyna przenikać w opony. Koło środka 7-go grzbietowego segmentu jest on wielkości dużego orzecha i większą swą częścią leży już na ze-

wnętrz rdzenia; cała środkowa część tego guza jest serowato zwyrodniałą z wyjątkiem jednej ciemnej linii, przedstawiającej kontury rdzenia, zapewne pozostałości opony miękkiej. Cały guz leży jeszcze bardziej na lewo od linii środkowej i na WEIGERT'owskich preparatach widać zanik elementów nerwowych prawie w całym lewym bocznym słupie. Niżej guz zmniejsza się znacznie, głównie nbywa ta część, która rozwinęła się w samej substancji rdzenia; u dołu 7-go segmentu grzbietowego już tylko w oponach widać nowotwór, okalający rdzeń w postaci pół księżyca; kończy się on o pół cala niżej.

Oba te guzy, oprócz bezpośredniego zniszczenia elementów nerwowych w wyżej opisanych częściach rdzenia, sprawiały jeszcze i ucisk tego narządu. Pod tym względem role obu tych nowotworów nie były jednakowe: prawy, chociaż i przytykał do rdzenia, jednakże nie wywierał zbyt silnego ucisku, za to cała część rdzenia w sąsiedztwie z lewym gumatem uległa bardzo znacznym zmianom, szczególnie u dołu, gdzie nowotwór doszedł do *maximum* swego rozwoju. Tutaj na WEIGERT'owskich preparatach spostrzegamy niezniszczoną tkankę nerwową w postaci pół księżyca, zabarwionego nadzwyczaj silnie; włókna nerwowe substancji białej leżą niezmiernie blisko jedne drugich i zupełnie nie widać wolnych przestrzeni między nimi. Substancja szara przedstawia się jako wąziutkie pasemka, w których pod drobnowidzem widać bardzo ograniczoną ilość komórek nerwowych, po większej części zmarszczonych i pozbawionych wyrostków. Głównie cierpiały komórki w pęczkach CLARK'a.

W tkance nerwowej, na którą guzy nie wywarły takiego ucisku, widzimy w tym oddziale części grzbietowej też same zmiany, jak i wyżej, tylko jeszcze dalej posunięte: zgrubiałe i infiltrowane przegrody, wybujalały neuroglię i niezmiernie silny naciek drobno-komórkowy w pobliżu naczyń, tak, że miejscami tworzą się nawet gumaty prosówkowate. Te ostatnie widzimy i w ścianach naczyń, w których zmiany doszły na tej wysokości do najwyższego stopnia. Oprócz opisanych już wyżej form, spotykamy tu jeszcze jedną, która stanowi zapewne jedną z końcowych faz w rozwoju tej sprawy patologicznej: gdzieśniedzie mianowicie spostrzegamy naczynia prawdopodobnie żyłne ze ścianami niezmiernie zgrubiałemi, lecz zupełnie pozbawionemi jąder; warstwa wewnętrzna i zewnętrzna składają się z nadzwyczaj delikatnych włókienek, w pierwszej z nich ułożonych pierścieniowato, w ostatniej siatkowato, między nimi zaś leży gruby pierścień z takiej samej jednostajnej, mocno zabarwionej eozyną tkanki, jaką widzimy w części środkowej gumatów.

Dalej ku dołowi, poczynając od 8-go grzbietowego korzenia, nie widzimy już żadnych zmian makroskopowych. Pod drobnowidzem jednak w oponach miękkich widać zgrubienie i naciek drobnokomórkowy, im niżej, tem mniej znaczny. Tylko zmiany w naczyniach wszędzie nadzwyczaj wyraźne, tak, że nawet jeszcze w *cauda equina* spotykamy naczynia o cechach takich, jakie opisane są wyżej. Od guzów ku dołowi idzie zwyrodnienie zstępujące w sznurach piramidalnych bocznych, wyrażone na preparatach WEIGERT'owskich niezbyt silnie. Na skrawkach, obrobionych według MARCHI'ego, zwyro-

dnienie to jest wyraźniejszym, przytem widocznem nie tylko w słupach bocznych, ale i w pęczkach ТУЕРК'a.

Z wyżej przytoczonej literatury widzimy, jak ubogą jest kazuistyka nowotworów syfilitycznych rdzenia; wobec tego rozpoznawanie ich jest rzeczą nadzwyczaj trudną, częstokroć nawet wprost niemożliwą. Nie ulega wątpliwości, że podstawą takiej dyagnozy *intra vitam* mogłyby być te objawy, na mocy których rozpoznajemy guzy rdzenia wogóle, rozumie się, przy współczesnem istnieniu zakażenia syfilitycznego. Ale, popierwsze, objawy te są same przez się nadzwyczaj nieokreślone; powtóre, większa część ich, np. objawy podrażnienia wskutek ucisku korzeni, jest właściwą i dla innych form syfilisu rdzenia.

Tak znamienny obraz kliniczny ucisku rdzenia zdaje się także rzadko bywa wywołanym przez guz syfilityczny. Przynajmniej we wszystkich opisanych do obecnej chwili spostrzeżeniach gumaty nie były tak znacznych rozmiarów, aby mogły spowodować silny ucisk; pod tym względem tylko nasz przypadek wyjątek stanowi.

Jednakże pomimo tych wszystkich trudności z dawien dawna przyjętem jest rozpoznawać gumat rdzenia, jeśli się spostrzega u syfilityka obraz kliniczny porażenia typu BROWN-SÉQUARD'a. Że ten ostatni objaw jest bardzo częstym przy syfilisie rdzenia, to fakt nie ulegający wątpliwości; niektórzy autorowie [np. OPPENHEIM] są tego nawet zdania, że takie porażenie połowiczne jest tylko możliwem przy syfilisie rdzenia, lub jakim urazie, np. ranie ciętej. Lecz z drugiej strony obecnie już w literaturze jest dużo opisanych przypadków podobnych porażeń, w których badanie pośmiertne wykazało najrozmaitsze zmiany syfilityczne rdzenia, z wyjątkiem właśnie ograniczonych gumatów. Wobec tego i ten objaw traci znaczenie dla rozpoznawania różniczkowego.

W naszym przypadku były wyraźne objawy podrażnienia korzeni i ucisku rdzenia; porażenia także w ogólnych zarysach przypominało typ BROWN-SÉQUARD'a, wszystko to jednak razem nie dawało jeszcze prawa do rozpoznania gumatu rdzenia.

Jeśli rzucić okiem na materyał anatomiczny, którego dostarczył nasz chory, to mimowoli dziwić się trzeba, jak nadzwyczajnie wytrzymałym jest rdzeń człowieka, do jak ciężkich warunków ten ważny narząd może się zastosować i funkcyonować względnie nieźle. Pomimo tak kolosalnych zmian w naczyniach całego rdzenia, pomimo względnie ogromnych guzów, które przecież nie mogły rozwinąć się od razu, chory na tydzień przed śmiercią mógł jeszcze chodzić, a na miesiąc przedtem nie czuł żadnego osłabienia w nogach.

Ostre porażenie notowali i inni autorowie przy gumatach rdzenia. Pod tym względem zadziwiającem jest najnowsze, wyżej już wspomniane spostrzeżenie HANOT i MEUNIER'a. Ich chory przedstawiał przez dwa tygodnie tylko takie lekkie objawy rdzeniowe, że nie przeszkadzały mu one spełniać obowiązki mechanika teatralnego, t. j. wspinać się na drabiny i t. p.;

porażenie nastąpiło w postaci napadu apoplektycznego; chory upadł na ulicy, nie będąc w stanie wykonać żadnego ruchu nogami, po 10 dniach zakończył życie. Wobec takiego obrazu klinicznego i przebiegu autorowie przypuszczali wylew krwi w tkankę rdzenia (*haematomyelia*). Nic podobnego przy badaniu pośmiertnym nie znaleziono. Nadzwyczaj ostry przebieg autorowie przypisują zmianom w naczyniach: zupełne zatkanie jakiejś ważniejszej gałęzi tętniczej spowodowało napad porażenia. Podobne objaśnienie można zastosować i w naszym przypadku. Zaburzenia w obiegu krwi, spowodowane przez zmiany ścian naczyniowych, przez jakiś czas kompensowały się dzięki gałęziom obocznym (*vasa collateralia*); jednakże zaburzenia te wraz z obecnością guzów były podścieliskiem anatomicznym tych niestałych objawów rdzeniowych, na które chory uskarżał się przez rok cały. Dopiero po obliteracji jakiegoś większego naczynia rdzeniowego równowaga została naruszoną i przerwa w odżywianiu znaczniejszej części tkanki rdzeniowej spowodowała porażenie.

Co się tyczy rozpoznania anatomicznego, to w danym przypadku nie przedstawiało ono trudności, chociaż nie zawsze się tak zdarza. Na podstawie badania drobnowidzowego samego tylko nowotworu nie możemy rozstrzygnąć, że jest on pochodzenia syfilitycznego, ponieważ zupełnie takiż sam obraz histologiczny dają i inne granulomaty [ziarniniaki], mianowicie gruźlicze; takim przynajmniej jest zdanie, przyjęte obecnie przez większość anatomo-patologów. Wprawdzie w naszym przypadku sekcyja nie wykazała nigdzie w całym ustroju śladów gruźlicy i trudno przypuścić, że sam tylko rdzeń temu cierpieniu podlegał, jednakże często trafić się może, że gruźlica i syfilis istnieją współrzędnie i wówczas dla rozpoznawania anatomicznego trzeba mieć pewniejsze podstawy. Takimi są bezwątpienia sprawy patologiczne w naczyniach.

Wszystkie te tak liczne zmiany, które były badane przez ogromny szereg autorów, poczynając od HEUBNER'a i całej plejady jego uczniów i kończąc na autorach najnowszych: SOTTAS, LAMY, GREIFF, WANDELER i t. d., wszystkie te zmiany widzimy na naszych preparatach; dają nam one pewność niewątpliwą, że mamy do czynienia ze sprawą syfilityczną. Dlatego też takie przypadki mają tak ważne znaczenie naukowe; dostarczają one niezmiernie bogatego materiału dla badania tego rodzaju zmian w naczyniach układu nerwowego wogóle, co zaś się dotyczy syfilisu rdzenia, takie przypadki, jak nasz, zasługują jeszcze z jednego względu na możliwie najszczegółowszy opis. Chory umarł nagle, zanim jeszcze potworzyły się odleżyny, niezbyt lub zapalenie ropne pęcherza i tym podobne powikłania, słowem: zanim jeszcze w krwi zaczęły krążyć rozmaite zarazki septyczne. To nowe zakażenie, zwykła przyczyna zejścia śmiertelnego w większej części chorób rdzenia, wywołuje i w naczyniach znaczne zmiany patologiczne, nie mające jednak żadnego związku ze sprawą syfilityczną. Otóż, rozróżnić te zmiany i określić co do jednego, co zaś do drugiego zakażenia należy, jest rzeczą nadzwyczaj trudną. Tymczasem, porównywając preparaty z przypadków zupełnie czystych, jakim był nasz, z preparatami z przypadków złożonych, widzimy znaczne i zasadnicze różnice, na które już nowsi autorowie zwracali uwagę.

Takich np. zmian w żyłach rdzenia, jakie LAMY¹⁾ w ostatniej swej pracy, dotyczącej się tej kwestyi, uważa za charakterystyczne dla spraw septycznych, na naszych preparatach niema zupełnie.

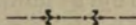
III. LISTY O OPATRYWANIU RAN

[ANTYSEPTYKA SREBRNA].

Przez

R. Jasińskiego,

chirurga Warsz. szpitala dla dzieci.



[Dokończenie — Patrz Nr. 47].

W każdym razie chodzi o wybór takiej metody, któraby 1-o pozwalała pokrywać, a raczej nasycać włókna muślinu i ligatur srebrem zredukowanym i zachować przytem ściśle dawkowanie, czyli rozdzielanie tego metalu, 2-o któraby pozwalała na ściśle związanie proszku metalicznego z włóknami tkaniny, bez użycia środków, mogących niekorzystnie wpłynąć na własności tkaniny lub metalu samego, a więc i na ich własności antyseptyczne.

Gaza szara, o której tedy już wspomniałem, stanowi główną podstawę opatrunków CRÉDÉ'go. Jest ona w miarę hygroskopijną. Antyseptyczną staje się [według teorii BEYER'a] o tyle, o ile tego zachodzi potrzeba, to jest, o ile w ranie wytwarza się kwas mleczny i zabiera z niej srebro, zamieniając odpowiednią ilość jego na mleczan srebra, czyli środek, którego siła bakteriobójcza określoną została doświadczalnie.

Dalszem zadaniem będzie nadal przekonać się o tem, czy każda rana ropiejąca lub zakażona w istocie kwas mleczny wydziela, czy amoniakalny mocz, stagnujący w warstwach opatrunku, nie wpłynie na przerwanie aktu dezynfekcyjnego tak, jak wpływa dodanie sody na zniszczenie antyseptycznego działania srebra na zasianej płytce agarowej. Następnie należałoby wykazać, czy gotowy już mleczan srebra [aktol] lub cytrynian srebra [itrol] nie tracą swych własności wobec alkaliu, siarkowodoru i siarku węgla.

Ponieważ samemu nie mam zamiaru przygotowywać gazy srebrnej i srebrzonych ligatur, przeto zanim przystąpię do sprawozdania z wyników, otrzymanych z antyseptyki srebrnej w praktyce mojej, postanowiłem przekonać się o istotnej wartości środków tych, przygotowywanych przez pana TURSKIEGO. Oto, co wykazały w tym kierunku badania kolegi LEONA NENCKIEGO, przy których byłem obecny. Ligatury, gaza błyszcząca i gaza szara wyrobu p. TURSKIEGO posiadają istotnie własności antyseptyczne, albowiem badania bakteriologiczne wykazują to w sposób wyraźny. NENCKI umieszczał [idąc za przykładem BEYER'a] cząstki trzech wymienionych wyrobów na płytkach agaro-

¹⁾ LAMY. Note á propos des lésions vasculaires dans la syphilis des centres nerveux. Revue Neurologique. 1896. Nr. 2.

wych PETRI'ego: *staphylococcus pyogenes albus*, *streptococcus erysipelatis* i *bacillus anthracis* i wstawiał je do termostatu. Po 4-ch, 5-u, 6-u dniach przekonywaliśmy się, że w koło tych przedmiotów wytworzyły się pasy wolne od zarazków (*keimfreie Zone*) dość obszerne i wyraźnie oddzielające się od pomyślnie rozwiniętych na tejże płytce hodowli.

Po sześciu dniach usuwał NENCKI z takiej płytki badane cząstki materyałów opatrunkowych i przekonał się, że w ciągu następnych 3-ch dni miejsca te wolne były od zarodków. Dalej, badając chemicznie gazę błyszczącą, ligatury i gazę szarą wyrobu TURSKIEGO, przekonał mnie NENCKI, iż wszystkie one zawierają w sobie jedynie tylko srebro metaliczne, bez domieszki soli srebrnych, a więc bez domieszki aktolu, itrolu, chlorku, azotanu srebra i t. p. Dalej wykazał on, że gaza szara z tej fabryki, w 8-iu centymetrach kwadratowych, ważących 0,3779 grm., zawiera srebra metalicznego 0,039, czyli 10,29% Ag. Jeżeli więc teraz mówić będę o stosowaniu w oddziale moim i w praktyce prywatnej antyseptyki srebrnej, to z góry nadmienić muszę, iż używam wyłącznie materyałów, przez p. TURSKIEGO wyrabianych, gdyż badania materyałów, pochodzących z fabryki Maxa Arnolda z Chemnitz, oraz ligatur, przezemnie metodą CRÉDÉ'ego [aktolową] przygotowywanych, nie zadowolili mnie wcale.

Blizko rok upłynął od czasu, gdy CRÉDÉ wprowadził u siebie metodę srebrnej antyseptyki. Dnia 24 października 1896, a więc po roku, pisze on w *Centralblatt für Chirurgie* [№ 43], iż dotąd stosował ją u 1700 chorych. Wyniki ma co raz z lepsze, dzięki wydoskonaleniu metody. Nigdy, powiada CRÉDÉ, z takim zupełnym spokojem nie wyjeżdżałem na wakacje, jak w tym roku. Zależało to od tej pewności, że metoda srebrna pozwala lekarzom, zastępującym mnie, ochronić chorego od wszelkich szkodliwości o tyle o ile to w ludzkiej jest mocy. To, co twierdził dawniej, dzisiaj CRÉDÉ w zupełności potwierdza i woli srebrną antyseptykę nawet w tych przypadkach, które się do aseptyki istotnie kwalifikują, dlatego, że jest, zdaniem jego, prostszą, tańszą, mniej kłopotliwą i równie pewną.

Wystarcza mu porządne wymycie rąk i chorego mydłem, szczotką, eterem i alkoholem, a wcale obecnie nie wyjaławia już ani opatrunków, ani fartuchów, ani naczyń. Tylko narzędzia muszą być przegotowane. Antyseptykę srebrną i dzisiaj CRÉDÉ uważa za metodę daleko pewniejszą, niż aseptyka, bo zwalcza nawet zarodniki, które przy aseptyce mogłyby ocaleć. GUELDEMEISTER w świeżej pracy swej o metodzie CRÉDÉ'ego (*Der praktische Arzt* № 9. Wrzesień 1896) powiada: „Zwykły lekarz-praktyk, wobec konieczności przedsięwzięcia jakiegokolwiek chirurgicznego zabiegu, wpada w denerwującą niepewność, przyjmie więc, jak zbawienie, podany mu prawdziwie pożyteczny antyseptyk“.

Do techniki samej nie dodał CRÉDÉ w ostatnich czasach nic. Jeżeli ma do czynienia ze sprawą zapalną zakaźnego pochodzenia [ropienie cuchnące i t. d.], wówczas przez kilka dni stosuje natrysk stały, wodny (*einige Tage Wasserpriessnitz*) przed posypaniem rany itrolem i założeniem gazy srebrnej szarej.

Jeżeli opatrunek częściowo przemoknie krwią i surowicą, to stara się go wysuszyć przez odkrycie koldry i położenie warstwy waty hygroskopijnej.

Przy obfitej wydzielinie zmienia warstwy powierzchowne opatrunku. Jeżeli opatrunek jest suchy, to zmienia go dopiero po 5-iu lub 10-iu dniach. Nigdy nie widuje ekcemy, tak często spostrzeganej przy jodoformie. Ani razu nie spostrzegął też zatrucia srebrem. Do praktyki miejskiej używa obecnie CRÉDÉ: 1-o pastylek z mleczanu srebra po 0,2 *pro dosi* [z fabryki HEYDEN'a w Radebeul-Dresden], które stosuje tak, jak pastylki sublimatowe, a więc do otrzymania na poczekaniu roztworu 1:5000, 2-o itrolu w słoiku, do posypywania ran i 3-o gazy srebrnej szarej. Sam CRÉDÉ potępia obecnie te materiały opatrunkowe, które się teraz w handlu pojawiły; są to, zdaniem jego, gazy aktolowe i itrolowe, zawierające zbyt mało lub ani śladu nie mające srebra. Ligatury i katgut [tak samo jak w broszurze swej] radzi CRÉDÉ srebrzyć metodą, która jednak w naszym ręku, pomimo pedantycznego trzymania się przepisu, dała wyniki zupełnie marne.

Rany zamknięte, zaszyte lub płaskie pokrywa CRÉDÉ gazą błyszczącą. Próbowałem tej metody dotąd w kilku zaledwie przypadkach, a mianowicie: w 1-ym przypadku wycięcia zropiałego dużego kaszaka na karku, w dwu przypadkach wycięcia gruczołów gruzliczych na szyi, w jednym przypadku wycięcia naczyniaka skóry, w dwóch przypadkach doszczętnego usunięcia przepukliny pachwinowej i w 1-ym przypadku ekstyrpacji przetoki wrodzonej na szyi. We wszystkich tych przypadkach rany zaszyłem zupełnie jedwabiem wyjałowionym i pokryłem gazą srebrną błyszczącą, wyjętą wprost z pudełka. Wszędzie otrzymałem zagojenie doraźne, suche zupełnie; po tygodniu [mniej więcej] usunąłem szwy, nici wyjęte były zupełnie niezmienione, tylko nieco zawałane krwią. W dwu przypadkach miałem małe ropienie, spowodowane prawdopodobnie nicią jedwabną, użytą do szwu. Zdarza się to czasami, pomimo gotowania kilkakrotnego nici przed samą operacją.

Jeżeli mamy ranę taką, którą trzeba przedrenować, lub w której znajdują się zaułki i jamy głębokie, wówczas należy posypać ją zlekką itrolem i wypełnić gazą szarą. Po 4, 5, 6-iu dniach wyjmujemy gazę i przekonujemy się, że jest ona zupełnie niezmieniona, jeżeli rana była aseptyczna. Widziałem to w kilku przypadkach w oddziale szpitalnym w Carolabaus [na własne oczy], mianowicie w ranach, wikłających złamania świeże, zdezynfekowanych aktolową wodą.

Jeżeli mamy do czynienia ze sprawą septyczną [zapalenie tkanki łącznej, ropień, rany oddawna ropiejące obficie i nieczyste], wówczas gazę szarą zmieniamy częściej. Staje się ona wówczas z szarej bezbarwną, bo srebro na niej zużyte zostało, prawdopodobnie na wytworzenie mleczanu srebra *in statu nascendi*.

W ambulatoryum mojem szpitalnem mieliśmy kilka bardzo interesujących pod tym względem spostrzeżeń. I tak: małeńkie, kilkumiesięczne dziecko z ostrem zapaleniem septycznem okostnej lewego uda i z ropnem zapaleniem stawu kolanowego przy wysokiej gorączce. Zrobiliśmy kilka szerokich cięć i dwoma cięciami bocznymi otworzyliśmy staw kolanowy. Po przemyciu, przeciągnęliśmy przez kontrapertury pasma gazy srebrnej [z początku błyszczącej, bo innej na razie nie było], potem co kilka dni także pasy gazy szarej. Po-

stawiliśmy rokowanie jak najgorsze z powodu ciężkiego zakażenia u tak małej istoty. Tymczasem przebieg wzmocnił w nas nadzieję uratowania dziewczyny. W ciągu kilku tygodni, wśród bardzo ograniczonego ropienia, po ustaniu gorączki i przy znakomitej poprawie stanu ogólnego, otrzymaliśmy zagojenie się stawu. Na udzie mamy jeszcze wąską przetokę, która pod gazą szarą, wsuwaną co kilka dni, bardzo dobrze się goi. Drugi przypadek dotyczy trzyletniej żydóweczki z ogromnym ropniem zimnym, poprzednio rozciętym, w pachwinie prawej, wydzielającym ciągle ogromne ilości ropy. Dziecko nieporządne, zalewające moczem opatrunki, wychudłe, z tworzącymi się pod bandażem miękkim odleżynami na skórze brzucha. Takie okazy można istotnie tylko w dzieciennych ambulatoriach widywać. Tam tylko człowiek przekonywa się, jak trudną sprawą jest już nie aseptyka, ale antyseptyczne usiłowanie zwalczenia brudu i zaniedbania; tam rozpacz nieraz ogarnąć może wobec trudności zadania chirurgicznego, tam wreszcie uczymy się oceniać wartość istotną dobrego antyseptyku. Matka dziecka zaopatrzyła się w paczkę gazy srebrnej błyszczącej, gdyż innej podówczas dostać nie mogła. Tą gazą, w drobne paski pokrajaną, zaczęliśmy co kilka dni wypełniać ogromną jamę ropnia i przykładając ją na odleżynową ranę na brzuchu. Ropienie, już po kilku opatrunkach nadspodziewanie się zmniejszyło, a rana odleżynowa zagoiła się po kilku dniach. Otrzymaawszy gazę szarą wyrobu p. Turckiego dalsze opatrunki robiliśmy już prawidłowej, wsypując od czasu do czasu do ropnia nieco itrołu. Dziecko wyzdrowiało zupełnie, a rana przetokowata zagoiła się w ciągu kilku tygodni.

Trzeci przypadek obserwowałem w domu zdrowia kolegi SOLMANA u dziewczyny, u której po usunięciu dużej torbieli zębowej z żuchwy pozostała jama, komunikująca z jednej strony z raną skórą, a z drugiej strony z jamą ustną. Pomimo nader starannych opatrunków i częstej dezynfekcji jamy ustnej, ropienie przez bardzo długi czas było niezmiernie obfite, części otaczające mocno obrzmiałe, a gojenie złotym krokiem się wlokło. Kolega SOLMAN zgodził się na wytamponowanie jamy gazą srebrną. Już od drugiego dnia stwierdziliśmy znakomite ograniczenie ropienia. Obrzmienie po kilku dniach znikło, jama bardzo szybko zaczęła się wypełniać, a ostateczne zagojenie już bardzo niedługo dało na siebie czekać.

W przypadku czwartym kolega GRUŻEWSKI rozciął sześćo-letniemu chłopcu *phlegmone* na stopie pomiędzy 1-ą a 2-ą kością śródstopową, które powstało po skaleczeniu brudnym odłamek szkła. Dno rany, wydzielającej brudną, cuchnącą ropę, posypaliśmy itrolem i wytamponowali szarą gazą. Przebieg wyborny, zniknięcie obrzęku zapalnego, brzegi bez odczynu, ziarnina dobra, ale łatwo krwawiąca, ropienie bardzo umiarkowane, gojenie szybkie. Dalej wspomnę o dwóch przypadkach upartego i obfitego ropienia stawu biodrowego, z zatokami na udo i pośladki po uprzednio dokonanej resekcji. I tu i tam, pomimo kąpania się dzieci w moczu i w kale, pomimo konieczności codziennej zmiany opatrunku, gaza szara, oraz posypywanie itrolem wyraźnie wpłynęły na ograniczenie ropienia do *minimum*, spowodowały bardzo widoczne przyspieszenie wypełniania się jam ziarniną i zniknięcie zapalnego odczynu w otaczających tkankach. W przypadku 7-ym, w którym po zaniedba-

nej zanogcicy dziecko dostało dwu ropni na ramieniu (*perilymphangoitis*) i róży, rozcięliśmy ropnie, wypełnili je gazą szarą, a na całą kończynę nałożyliśmy okład z waty, zmoczonej w roztworze aktolu 1:1000. Przebieg był wcale niezły, róża zsiniała i ograniczyła się po kilku dniach, ropnie goiły się dobrze przy bardzo niewielkiem ropieniu, obrzęki i gorączka szybko ustąpiły. Ósmy i dziewiąty przypadek dotyczą dwu dziewczynek [z praktyki prywatnej], którym po szkarlatynie potworzyły się ropnie gruczołowe rozpadowe na szyi.

Po rozcięciu ropni bardzo głębokich opatrywałem je gazą srebrną. Przebieg był niezwykle spokojny, ograniczenie ropienia wyraźne, gojenie stosunkowo szybkie.

Takich przypadków mógłbym wyliczyć więcej. Z drugiej strony jednak nie brakło też i takich, w których przebieg wcale nie był dobry, ropienie się nie ograniczało, wydzielina cuchnęła, chory gorączkował. Zdarzały się one przeważnie z początku, to jest wtedy, kiedy używaliśmy wyłącznie prawie muslinu szarego, pochodzącego z fabryk zagranicznych. Jestem przekonany, iż ważną rolę grała tu wątpliwa wartość tych materiałów. Wogóle to wszystko zaliczam do pierwszej, a raczej wstępnej grupy spostrzeżeń, a więc cały powyżej przytoczony materiał uważam za niewystarczający do stawiania wniosków własnych o wartości metody. Teraz rozpoczynam drugą seryę spostrzeżeń, bo teraz dopiero pewny jestem materiału opatrunkowego i ligatur. O ile tedy teoria БЕРКЕ'а, dotycząca antyseptycznych wartości srebra i soli jego, jest usprawiedliwioną, o ile przy każdym zakażeniu rany i ropieniu istotnie wytwarza się kwas mleczny, o ile nie powstają przytem wytwory, zobojętniające ten kwas lub tworzące ze srebrem związki bezczynne w znaczeniu antyseptyki, o tyle liczyć mogę, że wszystkie rany zarówno czyste, jak i septyczne goić mi się będą wybornie pod opatrunkiem, zawierającym w sobie dostateczną [10%] ilość srebra metalicznego.

Tę drugą seryę spostrzeżeń postaram się w sposób zupełnie obiektywny i bezstronny Szanownym Panom przedstawić po ich ukończeniu. Tymczasem dodam tylko, że do płukania jam: nosa, gardła, opłucnej, pęcherza moczowego i t. d., używa CREDE roztworu aktolu 1:1000—1:3500. Do przetok i do jamy wyskrobanej macicy wprowadza on pałeczki z itrolu, wosku i masła kakaoowego, a do przewodu słuchowego, przy ropieniu przewlekłym, wsuwa pigułki z *bolus albus*, zawierające po 0,05 itrolu.

Dowiaduję się, że niektórzy z kolegów bardzo są zadowoleni z wyników stosowania roztworów aktolu i proszku itrolowego przy leczeniu przewlekłych owrzodzeń nosa (*ozæna*).

W każdym razie przekonany jestem, że bardzo wielu z Panów podziela ze mną żywe zainteresowanie się nową metodą antyseptyczną, która, jeżeli istotnie okaże się tak dzielną w naszych rękach, jak w rękach jej wynalazców, to zasłuży niewątpliwie na jak najobszerniejsze zastosowanie, szczególnie w praktyce prowincjonalnej i w chirurgii wojskowej.

Gdyby to, com tu napisał, przyczyniło się w istocie do pobudzenia ścisłych bezstronnych badań w tym kierunku, byłoby to dla mnie prawdziwą nagrodą za usiłowanie szczere, którego listy niniejsze są wyrazem.

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

IV. 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. 47].

3) Niektórzy autorowie, którym hipotezy KNIES'a i WEISSENBERG'a wydawały się niewystarczającymi, sądzą, że dla przypadków aleksyi wyrazowej, nie połączonej z aleksyą liter, należy szukać wyjaśnienia w częściowym porażeniu drogi, prowadzącej od ośrodka wzroku do ośrodka mowy. Na drodze tej, częściowo uszkodzonej, rozumowano, można poznawać i określać nazwy zwyczajne liter oraz cyfr; dla przedmiotów zaś udaje się chorym znaleźć określenie albo na tejże drodze, albo też przy współudziale dróg, prowadzących od innych składników zmysłowych tegoż przedmiotu do ośrodka mowy. Jedyne czytanie wyrazów, jako czynność dosyć złożona i nie wyłącznie na tle wrażeń wzrokowych się odbywająca, przez wspomniane uszkodzenie drogi ma być uniemożliwionem.

W pewnym poniekąd przeciwieństwie do czytania wyrazów znajdujące się czytanie liczb daje się psychologicznie łatwo wytłómaczyć. Rozmaite bowiem spostrzeżenia w dziedzinie afazyi świadczą, że liczby znajdują się w odrębnym położeniu, zależnem wprawdzie nie od tego, że posiadają jakieś własne siedliska, wśród rozmaitych ośrodków mowy położone, lecz dzięki temu, że znajdują się w wyjątkowo ścisłym związku asocjacyjnym.

Objaw, polegający na tem, że chory niezawsze jest w stanie nazwać głośno litery lub cyfry, które poznał, możnaby objaśnić sobie wraz z BRUNSE'em (2v) i GOLDSCHIEDER'em (42) w ten sposób, że podrażnienie zmysłowego obrazu danego znaku pisarskiego, niezbędne do tego, by wywołać poznanie jego, jest, wskutek częściowego porażenia drogi, prowadzącej od ośrodka wzroku do ośrodka mowy, niewystarczającym, by jednocześnie pobudzić ruchowy obraz tegoż znaku.

Objaśnienie powyższe, stanowiące treść trzeciej hipotezy, uznanej przez wielu klinicystów, jest dość proste i łatwo zrozumiałe, ale w gruncie rzeczy nie jest to nic innego, jak tylko zwykły opis spostrzeganego zjawiska. Z taką samą próbką wyjaśnienia rzeczy spotkaliśmy się poprzednio, gdy była mowa o afazyi optycznej. I rzeczywiście! Jeśli będziemy uważali litery jako przedmioty, to wówczas i aleksya będzie tylko specjalną postacią FREUND'owskiej

afazyi wzrokowej, przy której, jak wiemy, porażony jest głównie, lub wyłącznie optyczny składnik zmysłowy (*Sinneskomponente*).

Wreszcie, przyjąwszy rzeczzone objaśnienie, nie będziemy w stanie zrozumieć tych, rzadkich wprawdzie, przypadków aleksyi liter, w których stwierdzić się daje [RIEGER, SOMMER] oddzielne luki w rozpoznawaniu liter. Tak np. pewien chory RIEGER'a nie mógł czytać niektórych tylko liter, bez względu na to, czy były one pisane, czy drukowane, mianowicie nie poznawał małych łącińskich liter *p, x, y, d, h, k, o*, nawet wówczas, kiedy mu podpowiadano odnośne odpowiedzi. Podobny przypadek widział BENNET: chory alektyk czytał tylko swoje własne nazwisko, oraz oddzielne litery, składające się na nie; mógł również odczytywać litery swego nazwiska, gdy były w połączeniu z innymi literami, albo też gdy stały oddzielnie.

4) Należy wreszcie wspomnieć o teorii STOELTLING'a i BRUNS'a (14), w ostatnich czasach uzupełnionej przez tego drugiego, a sięgającej najgłębiej w dziedzinę mechaniki alektycznych zaburzeń czynnościowych. Wiemy, że, aby poznać jakiś przedmiot, nie wystarcza samo tylko pobudzenie składnika wzrokowego odnośnego przedmiotu. Do tego potrzeba jeszcze przynajmniej dwóch składników zmysłowych, wytwarzających pojęcie danego przedmiotu. Przy ślepotcie duchowej, jak wiadomo, przerwane są wszystkie, lub prawie wszystkie drogi asocjacyjne, prowadzące od ośrodka wzroku do ośrodków innych zmysłów, wskutek czego osobnik widzi przedmiot, lecz nie poznaje go. Litery możemy sobie wyobrazić jako przedmioty, posiadające niewiele asocjacji, zaś aleksyę—jako ślepotę duchową, tyjącą się wyłącznie symbolów mowy i pojawiającą się właśnie wskutek przytoczonych wyżej okoliczności. Litery drukowane są, podług BRUNS'a i STOELTLING'a, o tyle w mniej korzystnym położeniu, niż przedmioty konkretne, że składają się na nie dwa tylko składniki zmysłowe: wzrokowy i artykulacyjny; skoro zatem droga między ośrodkami wzroku i słuchu zostanie przerwana, co ma miejsce przy aleksyi podkorowej, wtedy chory widzi litery, lecz nie poznaje ich i nazwać ich nie potrafi [ślepotą wyrazów]. Natomiast przedmioty, na usługi których spieszą rozmaite inne składniki zmysłów, są stale i zawsze poznawane, aczkolwiek chory może zapomnieć ich nazwy, lub też określić je dopiero po dłuższym namyśle. Tak brzmiało pierwotne psychologiczne wyjaśnienie „zupełnej“ aleksyi wspomnianych obu autorów.

Kiedy MIERZEJEWSKI (2), demonstrując pewnego chorego, zwrócił uwagę na to, że może istnieć aleksya słów bez aleksyi liter, hipoteza ostatnia, w tej formie, w jakiej ją przytoczyliśmy, okazała się niewystarczającą. BRUNS (20), opierając się na niektórych wskazówkach teoretycznych WERNICKE'go, LIS-SAUER'a i MUELLER'a, starał się uzupełnić swoją i STOELTLING'a hipotezę. Otóż, BRUNS obok składnika wzrokowego i dźwiękowego liter uznaje, przypisując mu wybitne znaczenie, 3-ci składnik zmysłowy: czucia ruchowego (*Bewegungsgefühl*) mięśni ocznych. Za siedlisko anatomiczne tego ostatniego zmysłu uważa B. tę okolicę kory mózgowej, w której ześrodkowywa się czucie innerwacyjne mięśni oczu [optyczno-ruchowe pole kory mózgowej według SACHS'a (43)]. Ośrodek mowy łączy się zarówno

z polem czysto optycznym [optyczno-czuciowe pole kory mózgowej według Sachs'a], jak i z polem optyczno-ruchowym. W tych więc przypadkach, w których przerwane jest połączenie ośrodka wzroku z siedliskiem mowy, można jeszcze poznawać litery, dzięki pobudzeniu drogi, prowadzącej od ośrodka wzroku do wzmiankowanego siedliska czucia mięśniowego, a to wskutek tego, że wówczas wchodzi w grę dwa składniki pojęciowe, niezbędne do tego, by nastąpiło poznanie. Fakt powyższy jest w stanie wytłumaczyć nam przypadki, w których pomimo aleksyi słów chory dobrze czyta litery.

Wprowadziwszy wpływ czucia mięśniowego, zrozumiemy również i te rzadkie przypadki, w których osobnik chory wyłącznie małych liter nie czyta, przy których czynnik powyższy ważniejszą może odgrywać rolę. Co się tyczy rozmaitego zachowania się alektyków względem pisma drukowanego i pisanego, to należy przypuścić, że dla osobników mało wprawnych w pisanie, a takim był pierwszy nasz chory, zgadywanie liter drukowanych musi być o wiele łatwiejsze; z drugiej zaś strony, osobnikom wykształcenijszym i przywykłym do pisania może mimowoli i bezwiednie przychodzić z pomocą, przy czytaniu liter pisanych, jeszcze czwarty składnik zmysłowy, mianowicie, czucie ruchowe graficzne, lub pamięciowy obraz kinestetyczny ręki, o którym niżej jeszcze będzie mowa.

Że alektycy bardzo często, poznając litery, nie są w stanie przeczytać wyrazów (*alexia verbalis*), tłumaczy nam złożony bardzo akt psychologiczny czynności czytania. By czytać poprawnie, należy z jednej strony równomiernie i szybko poznawać litery, następujące kolejno po sobie, z drugiej zaś strony trzeba dokładnie utrzymywać w pamięci podrażnienia wzrokowe, aby nie zapomnieć litery poprzedzającej, gdy już czytamy następną. Pierwszemu wymaganiu z trudnością staje się zadość, jak to już można wnosić z przytoczonej wyżej analizy tych czynników, które składają się na wytwarzanie pojęcia wogóle (*Begriffskomponente*): bezpośrednio bowiem pobudzenie danego dźwięku na zwykłej drodze optyczno-artykulacyjnej nie istnieje wskutek przerwanej przewodnictwa, uboczna zaś droga na ośrodek zmysłu ruchowego, którego rola jest, bądź co bądź, tylko drugorzędna, nie wystarcza do szybkiego, a poprawnego czytania. Również rzadko zostaje spełniony i drugi warunek, ponieważ zwykle [GRASHEY, MOËLI, GOLDSCHIEDER] istnieje częściowe zaburzenie pamięci odnośnie do wrażeń wzrokowych, wywołane przez cierpienie organiczne, lub nawet czynnościowe ośrodków.

Jaki jest u alektyków stosunek poznawania lub zrozumienia symbolów piśmiennych do czytania na głos? Większość autorów wyraża pogląd, że ten, kto, będąc w stanie mówić, nie jest w stanie przeczytać wyrazu na głos, zazwyczaj i nie pojmuje go. „Słowo pisane, powiada REDLICH (22), jest tylko dalszym lub wtórnym nabytkiem mowy, znak piśmienny jest jakby dodatkiem do mowy artykulowanej, nie posiadającym nigdy tyle samoistości, by niezależnie od tego ostatniego stworzyć pojęcie o rzeczy. Jeżeli więc przerwany zostaje związek pomiędzy słowem pisanym i artykulowanym, wtedy wyraz pisany traci swoje właściwe znaczenie, nie jest rozumiany i ma zaledwie wartość pospolitego obiektu“.

Śmiem jednak sądzić, że bywają i wyjątki od tego powszechnie przyjętego pravidła, a dowodem służyć może pierwszy nasz przypadek, który tem właśnie różni się od wszystkich znanych mi przypadków aleksyi podkorowej, że, zanim zaburzenie czytania dosięgło swego szczytu, przebyło okres, w którym chory, afazyą nie dotknięty, poznawał i pojmował wyrazy i litery, a jednak nie mógł nazwać ich odpowiedniem mianem. Chociaż czytanie pojedynczych liter i łączenie ich w wyrazy są to dwie odrębne czynności psychiczne, to w naszym przypadku zaburzenia obu tych czynności były zupełnie identyczne. Afazyja optyczna słów i liter przeszła, jeśli się można tak wyrazić, stopniowo w ślepotę duchową słów i liter. Mówiąc grubo anatomicznie, w 1-szym okresie porażone były prawdopodobnie drogi, prowadzące od ośrodka pojmowania wyrazów do ośrodka ruchu, w ostatnim zaś okresie zajęte zostały nadto drogi asocjacyjne pomiędzy oddzielnymi składnikami zmysłowymi.

Nie zbyteczną może będzie w tem miejscu uwaga, że w ogromnej literaturze afazyi znajduje się kilka pojedynczych, mniej lub więcej czystych przypadków aleksyi, o cechach wręcz przeciwnych, zarówno tym, jakieśmy u naszego pacyenta stwierdzili, jak i tym, które przy zwykłych aleksyach spostrzegane bywają. O przypadkach tych wspominam, gdyż wraz z naszym spostrzeżeniem niezwyklej aleksyi, umożliwią rozklasyfikowanie kliniczne zaburzeń ośrodkowych czytania.

DÉJÉRINE (44) w jednym spostrzeżeniu swoim z r. 1880 powiada: „chora czyta zupełnie swobodnie, nie rozumiejąc jednak tekstu: przeczytane wyrazy nie budzą w niej absolutnie żadnego pojęcia, żadnej myśli“. Podobnie rzecz się miała w pojedynczych, do tej samej kategorii należących przypadkach STARR'a i PICK'a, gdzie również wyrazy, a nieraz i liczby zostały przez alektyka przeczytane bez zrozumienia treści. BRISSAUD (45) ochrzczył tę wielce rzadką postać aleksyi niezupełnie szczęśliwie dobranem mianem: *cécité verbale psychique*, wyraziwszy przekonanie, że jest to aleksya natury pozakorowej (*transcortical*), która powstaje wskutek przerwania przewodnictwa między ośrodkiem wyrazowym a zbiornikiem pojęć (*Begriffscomponente*). PICK (46) również uważa za anatomiczną podstawę tego swoistego zaburzenia „eine Abtrennung des acustischen Wortcentrums von den intellectuellen Territorien“.

Jeżeli przeto zwyczajną aleksyę zwykliśmy określać jako zaburzenie psychiczne, przy którym zniesione bywają: a) zdolność czytania i b) zdolność rozumienia tekstu, to nie należy zapominać, że zdarzają się nieraz przypadki, przy których jednej z obu zasadniczych cech aleksyi brak zupełnie. Zachowana zdolność czytania przy upośledzonej lub zniesionej zdolności rozumienia przemawia za wzmiankowaną wyżej „psychiczną ślepotą wyrazową“ [DÉJÉRINE-BRISSAUD], zniesiona zaś zdolność czytania, przy nietkniętej zdolności rozumienia tekstu, świadczyć musi za tą, wielce rzadką postacią aleksyi, którąśmy stwierdzili w okresie przejściowym u naszego 1-go chorego, a którą nazwiemy „afazyą optyczną wyrazową“. Wybieramy chętnie tę nazwę, gdyż, nie przesadzając tła anatomo-patologicznego sprawy chorobowej, liczy się ona jedynie z zasadniczym objawem klinicznym.

V. KILKA SŁÓW O MEŹKIEM OWŁOSIENIU U KOBIET,

oraz niektórych innych anomaliach owłosienia i rozwoju ogólnego.

[Podług odczytu w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem].

Podał

Fr. L. Neugebauer.

—x—x—x—

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 46].

Również obserwowano rozwój ginekomastyi po *orchitis atrophicans*. Podobnie zdarza się przerost sutki, nawet z wydzieliną w wieku dojrzałości u mężczyzny, szczególnie u suchotników. Narządy płciowe feministów są zwykle słabo, lub nawet szczątkowo tylko rozwinięte. Podług MEIGE'a, możnaby zastosować opis kobiety ZACCHIASZ'a: „*Habitus corporis muliebris mollis et delicatus; vox debilis, animus demissus et passionibus muliere dignis implicitus; pili in ano, in perinaeo nulli, mammae tumidae et pectus carnosum, capilli capitis promixti, tenues, molles*“.

Co się tyczy ginekomastyi, to jednak może ona zdarzać się i bez ogólnego typu feminizmu, a nawet i czynność karmienia dziecka przez mężczyznę nie należy do bajek. HUMBOLD i BONPLAND opisali 32-letniego robotnika, Franciszka Lozano w Arenas, w Południowej Ameryce, który, gdy żona wkrótce po urodzeniu dziecka umarła, karmił noworodka ojcowską piersią przez 5 miesięcy. B. ANGER w roku 1867 w oddziale chirurgicznym LAUGIER'a widział mężczyznę o jednostronnym kryptorchizmie i mleku w sutce jednej. JOHN HUNTER opisał mężczyznę, który własną piersią karmił 8 dzieci z rzędu, dzieląc się tą pracą z żoną swoją. BURDACH przytacza przypadek, w którym mąż po śmierci żony przykładał dziecko do piersi własnej, nareszcie zjawił się pokarm i ojciec dziecko karmił. SIMON SCHOLTZ opisał studenta medycyny w Królewcu o pokarmie w sutkach; takie same spostrzeżenie opisuje J. SCHMID. SCHMETZER opisał 22-letniego żołnierza o stale wydzielającym się z obu sutek, szczególnie podczas ciężkiej pracy fizycznej, pokarmie. Przy ucisku, na sutki wywartym, mleko strzykało z 3 do 4 otworów, jak u kobiety. Znam dalej przypadek uwolnienia żołnierza pruskiego ze służby wojskowej dlatego, że miał wiecznie przemoczony mundur od stale ze sutek wypływającego pokarmu.

Przypominam w tem miejscu również wydzielinę sutek u noworodków („*Hexenmilch*“).

Kazuistyka heterogenicznej czynności gruczołów piersiowych u mężczyzny jest tak bogatą, że nie mógłbym jej wkrótce wyczerpać, a ograniczam się na tej wzmiance. Osobiście przedstawiłem mężczyznę o ginekomastyi w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem 20. XI. 1895.

Na str. 45 MEIGE dodaje ciekawą wzmiankę, że BRUNACHE (*Les centres d'Afrique. Paris. Alcan. 1894, p. 47*) opisał feministyczną konformację ciała u Afurów, plemienia czarnego na pobrzeżach rzeki Oubangui, uchodzą-

cych za ludożerców. Młodzi mężczyźni, a nawet i dorośli często posiadają tam kształty kobiece: „*leurs seins sont aussi développés que ceux d'une fille adulte. Ils ont tous d'ailleurs une propension marquée à l'obésité*“.

HAMMOND. (*Amer. Journ. of Neurol. a. Psychiatry. Ang. 1882*) donosi, że u Indian Pueblos, potomków meksykańskich Azteków, istnieją mężczyźni, nazywani *mujerados* o wszelkich własnościach sekundarnych płci żeńskiej: „*les seins bien développés, un ventre proéminent, des membres aux formes arrondies, les organes génitaux petits, la voix grêle et très peu de poils. Ils ont les goûts, les occupations et le costume des femmes. Ces individus, qui jouent un rôle important dans les cérémonies religieuses, seraient des jeunes gens bien conformés, artificiellement transformés en féminins dès l'âge de la puberté par l'abus de l'onanisme et de l'équitation*“.

Możnaby, podług MEIGE'a, z takiego rodzaju eunuchami porównać Anandres, opisanych przez HERODOT'a i HIPOKRAT'a u starożytnych Skytów. Choroba Skytów [nazwa ta pozostała jej] zdarza się wskutek nadmiernej jazdy konnej; następuje albowiem zanik narządów płciowych i ciało przyjmuje konformacyę żeńską. Również na Kaukazie i na Wschodzie tego rodzaju zjawiska nie mają być rzadkiemi.

Podobnie jak zdarza się feminizm u mężczyzn o słabo rozwiniętych narządach płciowych, i kobiety podlegają niekiedy maskulizmowi, czyli wirylizmowi. Miednica pozostaje wąską, barki natomiast szerokie, kontury mięśni silnie rozwiniętych nie zakryte obfitą kobiecą warstwą *panniculi adiposi*, wyraźne, rysy twarzy nie zaokrąglone, męzkie, głos i krtań męzkie, sutek nie ma, owłosienie sromu, całego ciała, twarzy—męzkie. Wirylizm jest syndromem morfologicznym, spostrzeganym u kobiet o własnościach seksualnych, prymordialnych, prawidłowych lub nieprawidłowych: składa się zaś z charakterów seksualnych sekundarnych, do płci męskiej należnych.

Istnieją więc w naturze różne konformacye ciała, w których charaktery morfologiczne męzkie łączą się z kobiecymi u jednego i tego samego osobnika. MEIGE pisze na str. 47.

„*Ces formes hybrides doivent être considérées comme des anomalies de développement, résultant d'une altération congénitale des centres trophiques qui président à l'évolution de l'appareil sexuel. Elles peuvent se ramener à trois principales: l'Infantilisme, le Féminisme et le Virilisme*“.

Pracowity kolega francuzki MEIGE ogłosił jeszcze jedną pracę: „*Sur les rapports réciproques de l'appareil sexuel et de l'appareil squelettique*“ (*Journal des connaissances médicales. N^o 20. 14 Mai. 1896, p. 164 — 166*), ujawniającą wpływ stanu narządów płciowych przy infantilizmie, feminizmie i wirylizmie na ustrój kostny, której pominąć w tem miejscu nie mogę. Polimorfizm dystrofii kostnych nie wyklucza możności zależności ich od stanu narządów płciowych; uderzającą albowiem jest częstość różnorodzajowych anomalii ustroju kostnego u ludzi, dotkniętych zatrzymanym rozwojem narządów płciowych. Feminizmowi i infantilizmowi często towarzyszą zmiany kostne bardzo doniosłe, spotykamy tutaj i karłów i olbrzymów. Gigantyzm szczególnie częstym jest przy zaniku narządów płciowych, lub po kastracyi. Przedstawicielami takiego silnego rozwoju kostnego i kolosalnej budowy ciała są eunuchy na Wschodzie.

LORTET pokazywał w Towarzystwie Lekarskiem w Lyonie szkielet eunucha wysokości 196 ctm. o znacznym przeroście kończyn dolnych. („*Allongement des membres inférieurs dû à la castration*“).

SACCHI. („*Un cas de gigantisme avec tumeur du testicule*“. *Riv. Sperim. di Frenatria etc. vol. XXI. I. 1895, p. 149*) opisał dziecko 9½-letnie, olbrzymiego wzrostu 143 ctm. i 44 kilogr. wagi. Dziecko było nadzwyczaj silne, dźwigało znaczne ciężary. Owłosienie nader bogate deski piersiowej, kończyn, pach, sromu i twarzy—broda. Prącie, jak u dojrzałego chłopca, o częstych erekcyjach i popędach płciowych. Głos męzczyzny dorosłego, umysł otwarty. Nie było najmniejszych defektów czynnościowych. Nadmierny porost tego chłopczyka rozpoczął się w 5 roku życia, gdy pierwotnie jądro lewe zaczęło się powiększać do 10 ctm. średnicy. Jądro prawe natomiast zanikło. Wycięto lewe jądro i znaleziono w niem nowotwór epitelialny i kokcydye w rodzaju *Kariophagus STEINHAUS'a*. Już w miesiąc po operacji nastąpiły ważne zmiany. Owłosienie twarzy, deski piersiowej i kończyn ginęło; włosy wypadaly. Głos stał się dziecięcym. Po 4 miesiącach już i broda zginęła, ustępując miejsca jasnemu puszkwowi, również owłosienie sromu zginęło, prącie zmalało znacznie, a prawe jądro zaczęło się powiększać. Erekcye i popędy płciowe zginęły. Siła mięśni zmalała. Gigantyzm dziecięcy [paidomakrosomia], podług SACCHI'ego, miał tutaj być zależnym od alteracyi lewego jądra. Ekcytacye pasożytowe chorego jądra miały wywołać na drodze odruchów owe zmiany zaniku kostnego, mięśniowego ustroju, owłosienia i t. d..

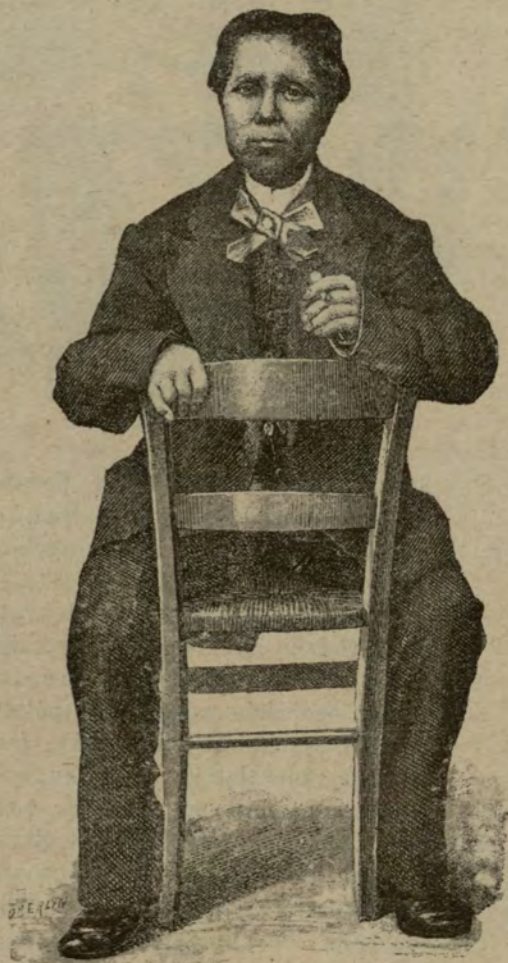
Zdarza się również chwilowy przerost w epoce dojrzałości, „*akromégalie transitoire*“, dotyczący nie całego szkieletu, a tylko pewnych części, rąk nóg, grzbietu, nosa, bródki, wywołujący wrażenie dysproporcji [E. BRISAUD et H. MEIGE: *Gigantisme et Akromégalie, Journ. de méd. et de chir. pratique* 25 Janvier. 1895). SILVA („*Un cas singulier d'accroissement tardif de la taille avec atrophie des glandes génitales et acromégalie commençante*“. *Bullet. d. Soc. méd. chir. di Pavia* 10 Maggio. 1895) opisał 25-letniego męzczyznę, którego rozwój był prawidłowy do 12-go roku życia. Od owego czasu do 20 roku życia podupadał na siłach, rozwój był marny, tak, że przy wysokości 143 ctm. nie był wzięty do wojska. Jądra zanikłe średnicy 4 młm., prącie 3 ctm. długości. Ani śladu owłosienia sromu lub popędów płciowych w 20 roku życia. Niedokrwistość, gorączka, bóle kostne, gdy S. poznał chorego. Od owego czasu nagle człowiek ten zaczął rosnać do 158 ctm., rozmiary głowy i kończyn się powiększają, gruczoł tarczowy cokolwiek powiększony, anemia zupełna, siły fizyczne marne. Leukocytoza [1 ciałko białe na 60 czerwonych]. Autor upatruje związek pomiędzy nowotworem „*de la pituitaire*“ i gigantyzmem i akromegalią i zaznacza równoczesny zanik jąder.

Już LORRAIN, a następnie uczeń jego FANNEAU DE LA TOUR starali się udowodnić związek pomiędzy infantilizmem a gruźlicą, ponieważ nieprawidłowe odżywianie ustroju kostnego, zależne od infantilizmu, zmniejsza siłę odporną przeciw czynnikom chorobotwórczym.

EMIL LAURENT („*Les Bisexués, Gynécomastes et Hermaphrodites*“. *Paris*. 1894) rozbiera kwestye infantilizmu i feminizmu (*effeminitio*) oraz wirilizmu

(*virago, gynander*) na str. 175 ss., podając kilka podobizn na tabl. III, IV, V Z pośród feministów i męzkich infantylistów rekrutują się głównie osobniki, odgrywające rolę bierną przy pederastyi („*trois péderastes passifs, ceux qu'on appelle les „petits jésus“*“). Bywają przypadki u tak zwanych uranistów, którzy koniecznie pragną być kobietami i odgrywać rolę kobiety, że nie tylko skrywają swoje narządy płciowe męskie, lecz nawet pragną sami je uciąć [HAMOND: „*L'impuissance chez l'homme et la femme*“). Feminizm psychiczny u mężczyzny nie należy do zbyt wielkich rzadkości, LAURENT cytuje spostrzeżenie TAYLOR'a (*Medical Jurisprudence*. 1873, vol. II), dotyczące słynnej aktorki angielskiej

Fig. 43.



Elizy Edwards, która występowała na różnych scenach Europy. Dopiero po śmierci ujawniło się, że Eliza była mężczyzną. „*De sa plus tendre jeunesse, cette personne avait adopté des manières féminines et aimait à s'habiller en femme. Les organes génitaux étaient fixés au corps par un appareil spécial, de sorte qu'on ne pouvait les reconnaître à première vue*“.

Na str. 190 LAURENT opisuje kobietę o wiryлизmie psychicznym i fizycznym, którą obserwował w Sainte-Anne w Paryżu. Osoba ta twierdziła, że Napoleon III miał stosunki z jej matką. Wobec zabicia Napoleona IV-go przez Zulusów, kobieta ta czuła się powołaną do panowania nad Francją i wyobrażała sobie, że jest mężczyzną; również sposób strzyżenia i uczesania włosów nadaje jej twarzy rysy męskie. Najszczęśliwszą czuje się, gdy jej pozwalają nosić odzież męską [p. fig. 43].

W temże miejscu LAURENT podaje podobizny trzech niemieckich pederastów, których płci męskiej nikt by nie rozpoznał w ich kobiecym ubraniu. Rysunki wykonane podług fotografii, przez profesora LACASSAGNE

Wiryлизm psychiczny i fizyczny u kobiety [podług LAURENT'a].

z Berlina przywiezionych [patrz fig. 44, 45 i 46].

Kilka lat temu, wiele wrzawy w prasie narobiły częste procesy hrabiego Sandor, oskarżonego o roztrwonienie majątku, różne fałszerstwa i t. d.. Wy-

Fig. 44.



Fig. 45.



Fig. 46.



kazało się wskutek skargi, podanej przez teścia, że ów hrabia Sandor był kobietą o wirylizmie psychicznym: była to hrabianka Sarolta V., pochodząca ze znanej arystokratycznej rodziny węgierskiej, psychicznie zwyrodniałej. Ojciec Sarolty, który osobiście roztrwonił półtora miliona, wychował ową córkę, jako chłopca, ubierając ją po mężku, syna zaś jako dziewczynę, ubierając go po kobiecemu aż do 16 roku życia. Sarolta miała niezwykłą idyosynkrazję przeciwko kobiecej odzieży i własnej płci żeńskiej; czując wstręt do mężczyzn, utrzymywała stale stosunki z najróżniejszymi kobietami. Jeden tylko stosunek miłosny był cokolwiek trwalszy, bo trwał aż 3 lata. Kilka lat temu Sarolta zakochała

Trzej pederaci Berlińscy o feminizmie.

się w zamku G. w pannie Emmie E., o 10 lat starszej, zawarła z nią kontrakt ślubny i żyła z nią przez 3 lata w rezydencji. Nareszcie Sarolta pragnęła zerwać to małżeństwo, co jej się tylko z wielkim trudem i kosztem udało, bo Emma, żona, nie chciała jej opuścić. Emma jeszcze dziś udaje rozwódkę i uważa się za hrabinę V. Już przed tym ślubem Sarolta miała podobną awanturę. Gdy porzuciła poprzednią kochankę, pannę D., ta ostatnia odgrażała się tem, że zabije Saroltę, jeśli ją opuści.

W maju 1889 Sarolta, jako mężczyzna, poślubiła pannę Maryę X.; ślub dany im był na Węgrzech przez pseudoksiędza. Charakter, zdolności, wykształcenie Sarolty są czysto męskie. Wskutek ekspertyzy lekarskiej o stanie umysłowym Sarolty, sąd ją, czyli hrabiego Sandora, uwolnił od odpowiedzialności. Hrabianka w męskiej odzieży powróciła do rezydencji po rozwodzie i nadal żyje jako hrabia Sandor.

Do przykładów parcyjnego, czyli częściowego feminizmu zaliczam np. głos kobiecy u mężczyzny. Nieraz już widziałem artystów, którzy występują z reklamą: „*Damenimitateur*“ w teatrach Rozmaitości za granicą, jak niedawno w sierpniu r. b. w Berlińskim „*Apollo-Theater*“ p. Aleksandra Taziano, powrócił zaś do Warszawy p. Man de Wirth, 34-letniego mężczyznę, urodzonego w mieście Hadze w Hollandyi, występującego obecnie w teatrzyku Arkadia w mieście Łodzi [patrz fig. 47].

Wiadomym jest wpływ kastracyi przed osiągnięciem wieku dojrzałości na głos u mężczyzn. Otóż, takim głosem śpiewają i artyści tylko co wymienieni. Do najlepszych śpiewaków tego rodzaju należy pan Man de Wirth, występujący jako śpiewaczka w stroju kobiecym, znany w całej Europie. W roku 18² dnia 14. VI. ogłosił on życiorys własny w gazecie: „*St. Petersburger Herald*“. Matka tego artysty, pragnąc koniecznie mieć córkę, wychowała syna do 12-go roku życia jako dziewczynkę, dopóki nareszcie ojciec rozgniewany tem nierozsądnem postępowaniem nie położył kresu tej komedii. Do 12 go więc roku Man de Wirth uchodził ogólnie za dziewczynkę, chodził po kobiecemu ubrany, uczęszczał do szkoły żeńskiej. Już w wieku dziecięcym Man de Wirth stracił rodziców i musiał pracować na chleb powszedni, a gdy pewnego dnia czytał w gazecie o zapotrzebowaniu 100 chórzystek-tanecerek do teatru V..., zgłosił się jako tancerka, został przyjęty i przez całe 2 lata tańczył w balecie jako kobieta; nikt a nikt nie podejrzewał go o płęć męzką. Równocześnie zaś pobierał lekcyi śpiewu i korzystając ze swego głosu sopranowego, występował jako śpiewaczka. Dopiero po gruntownem wykształceniu się i uzyskaniu uznania stałego, ujawnił płęć męzką i od owego czasu podróżował jako „imitator kobiet“. Później jakiś czas był kelnerką „*Barmaid*“ w jednej z restauracyi londyńskich, następnie przez jakiś czas znów występował jako, śpiewaczka: „*Chansonette excentrique*“. Miałem okazyę poznania pana Man de Wirth, widzenia i podziwiania jego artyzmu na scenie, nareszcie dokonania lekarskich oględzin. Przyznam się, że artysta ten tak ładząco odgrywa rolę swoją niewieścią wyglądem, ruchami i głosem, że gdy widziałem i słyszałem go na scenie, trudno mi było uwierzyć, że nie jest niewiastą. Narządy płciowe, znajdują się w stanie niedorozwoju, jeśli nie zaniku, zarost na twarzy męzki mało rozwinię-

ty; M. czuje wstręt do kobiet. Nie podejmuję się rozstrzygnąć kwestyi, o ile chodzi tu o wrodzone anomalie, lub też o wtórne następstwa wychowania wbrew seksualnego. Na scenie, gdzie *Man de Wirth* występuje w peruce, ładząco przypomina on niewiastę pełną wdzięku i urody, jak widać z załączonego rysunku podług fotografii zrobionego.

Fig. 47.



34-letni hollender, śpiewak o głosie kobiecym, *Man de Wirth*.

Prawdopodobnie istnieje związek pomiędzy głosem sopranowym a stanem niedorozwoju narządów płciowych; co zaś do psychicznego feminizmu pana M., przypuszczam, że jest on wynikiem wbrew-seksualnego wychowania do 12-go roku wieku dziecięcego; w jakim zaś związku znajduje się zatrzymany rozwój narządów płciowych z wychowaniem wbrew naturalnemu chłopca za dziew-

czynkę, tego powiedzieć nie potrafię, przypuszczam jednak możliwość związku przyczynowego.

W ostatnich czasach L. J. MOURE (*Revue de Laryngologie' d'Otologie et de Rhinoscop. XV. 11. 1894*) ogłosił pracę: „*De l'influence de l'ovariotomie sur la vie de la femme*“. Skonstatował on, że u chłopców, równie jak i u dziewcząt, głos po kastracyi pozostaje równy. Dotąd nie było wiadomem, że i u kobiet po obustronnem wycięciu jajników powstaje zmiana głosu. M. w 2 przypadkach skonstatował po kastracyi u kobiet obniżenie się głosu oraz przyjęcie „*timbre*“ męskiego, który się uwydatniał bardziej podczas śpiewu, niż przy mowie [patrz SCHMIDT's *Jahrb. 1895. № 11. Bd. 245, str. 140*].

F. MAINZER: (*Deutsche med. Woch. XXII 12*) „*Vorschlag zur Behandlung der Ausfallserscheinungen nach Castration*“.

H. LIESAU: „*Ueber den Einfluss der Castration auf den weiblichen Organismus mit besonderer Berücksichtigung des sexuellen u. psychischen Lebens*“. In. *Diss. Freiburg. 1896*.

Ostatnia praca w kwestyi infantilizmu i feminizmu ogłoszoną została w № 3 czasopisma „*L'Anthropologie*“ 1896 na str. 285—303 przez AMMON'a pod tytułem: „*L'Infantilisme et le féminisme au conseil de révision*“. O. AMMON opiera się na wyniku powtórnych badań 23 tysięcy rekrutów wojskowych. Otóż, co do infantilizmu AMMON zauważył, że często bywa on przejściowym, czasowym i że prędzej, czy później może nastąpić chociaż opóźniony rozwój właściwy, jak to stwierdziły badania rekrutów, po kilka razy na dłuższy czas odstawianych w celach superrewizyi.

Dalej co do owłosienia, AMMON np. na 3732 rekrutów znalazł mężczyzn:

1-ej kategorii	228 prawie bez owłosienia typowego, czyli	6,1%
2-ej	944 o lekkim owłosieniu ramion i nóg	25,3%
3-ej	2003 o więcej rozwiniętym owłosieniu kobiecym i ogólnem, lecz brzuchu i klatce piersiowej prawie nie owłosionych	53,8%
4-ej	550 o ogólnem owłosieniu całego ciała	14,7%
5-ej	4 o nadmiernem owłosieniu całego ciała	0,1%

12,1%-owych rekrutów zapisano, jako „bez zarostu“ („*imberbes*“) będących, 9% bez owłosienia jam pachowych, 0,4% bez owłosienia sromu. Przemawia to zatem, że najprzód zjawia się owłosienie sromu, potem pach, a na końcu twarzy.

Co do 1-ej kategorii, AMMON znalazł 68,9% bez zarostu na twarzy, 53,9% bez owłosienia pach i 5,7% bez owłosienia sromu.

Co do 2-ej kategorii, AMMON znalazł 23,7% bez zarostu na twarzy, 16,8% bez owłosienia pach i 0,1% bez owłosienia sromu.

Co do 3-ej kategorii, AMMON znalazł 3,4% bez zarostu na twarzy, 2,6% bez owłosienia pach.

Co do 4-ej kategorii, AMMON znalazł 0,2% bez zarostu na twarzy, 0,2% bez owłosienia pach.

Co do 5-ej kategorii, nie było badań z powodu małej ilości odpowiednich osobników.

W dodatku AMMON przytacza wynik badań wielkości jąder i kształtu i położenia napletka, znajdując u 10,5% rekrutów żołądz zupełnie obnażoną, u 58,9% zupełnie zakrytą napletkiem, a u 30,6% stopień obnażenia żołądzi pośredniczący, a przyczynę różnicy upatruje w częstości erekcyi oraz aktów kopulacyjnych, zależnych od stopnia dojrzałości płciowej, wieku i warunków życia, otoczenia i t. d., prawdziwą *phimosin* AMMON znalazł tylko u 2,3% rekrutów. Przyczynę wielkiej odsetki rekrutów o żołądzi, zupełnie pokrytej napletkiem, AMMON upatruje w tem, że ci rekruci są prawie wszyscy pochodzenia wiejskiego, w owych zaś strefach Cesarstwa Niemieckiego w Księstwie Badeńskim rzadkością ma być, aby mężczyzna młodszy od lat 20 już spółkował z kobietą. „*Il faut noter*“, pisze AMMON: „*que les ruraux ne s'occupent point de ce membre (pénis) qui ne les intéresse guère, et qu'ils laissent travailler la nature sans s'y mêler*“, dopóki nie dojdą wieku powinności wojskowej, tak, że dziś jeszcze do ludności Badeńskiej mężkiej zastosować się dadzą słowa Juliusza Cezara: „*Qui diutissime impuberes permanserunt maximam inter suos ferunt laudem... intra annum vicesimum feminae notitiam habuisse in turpissimis habent rebus*“ [lib. VI, cap. XXI]. AMMON dalej rozpatruje związek pomiędzy stopniem dojrzałości płciowej a głosem, barwą ócz i włosów, obwodem klatki piersiowej i brzucha, proporcjami kończyn, nareszcie wagą ciała. [C. d. n.]

Wiadomości drobne.

— Prof. STRUEPFELL nie zgadza się z przyjętymi dotychczas poglądami na powstawanie rozsianego stwardnienia (*sclerosis disseminata*) ośrodków nerwowych. Hypotezę MARIE'GO, o zakaźnem pochodzeniu omawianego cierpienia autor odrzuca na podstawie swoich 24 przypadków, w których ani razu nie mógł stwierdzić zakażenia. S. odrzuca też pogląd OPPENHEIM'a i innych o toksycznym pochodzeniu cierpienia [ołów, alkohol i t. d.], objaśniając powstanie tego poglądu tem, że autorowie mieli do czynienia przeważnie z ludnością fabryczną, u której łatwo można było podejrzewać zatrucie, S. zaś miał do czynienia prawie wyłącznie z ludnością wiejską i na 24 takich chorych tylko u jednego mógł podejrzewać możliwość przewlekłego zatrucia. Nareszcie autor zbija mniemanie, jakoby cierpienie zależnem było od zmian pierwotnych w układzie naczyniowym i podaje własną hypotezę, według której rozsiane stwardnienie powstaje samoistnie (*endogene Krankheit*). Bez żadnego powodu neuroglia rozrasta się, wskutek czego mamy do czynienia z wielogniskową gliozą (*multiple Gliose*). Jako jedyną przyczynę tego rozrostu neuroglii upatruje S. usposobienie wrodzone. Autor zwraca uwagę na niewłaściwość terminu „*Intentionszittern*“, utrzymując, że niema najmniejszej różnicy między tem zaburzeniem ruchu a bezładem, spostrzeganym przy władzie rdzenia, chorobie FRIEDREICH'a i niektórych formach rozsianego zapalenia nerwów (*neuritis multiplex*). W końcu swej pracy autor zaznacza brak brzusznoo odruchu w większości swoich przypadków [68%].
(*Neurolog. Centrbl. № 21. 1896*). K. S.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Prospekt na pismo: „Krytyka Lekarska“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довоздено Цензурою, Варшава, 15 Ноябрь 1896. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.