

GAZETA LEKARSKA.

Z ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY ORAZ CIERPIEŃ JAMY NOSOWO-GARDZIELOWEJ.

I. OGÓLNE UWAGI O ZBOCZENIACH MOWY.

Napisał

D-r Władysław Oltuszewski.

Badanie nad zбочzeniami mowy weszły na drogę racjonalną dopiero w ostatnich czasach, a z tego względu mało są znane szerszym kołom lekarzy. Powodowany tą myślą, na zasadzie własnych badań, dotyczących zarówno podstawowych nauk dla zбочzeń mowy, jako też i jej patologii, opartej na dość pokaźnym materiale klinicznym, gdyż wynoszącym do lipca 1897 r. 880 przypadków, ośmielam się wypowiedzieć ogólne uwagi, odnoszące się do najważniejszych działów logopatologii, odsyłając czytelników, pragnących zapoznać się szczegółowiej z teoretyczną stroną zajmującego nas tu przedmiotu, do prac specjalnych, które ogłosiłem w ciągu ostatnich lat sześciu ¹⁾.

Nauka o zбочzeniach mowy należy stosunkowo do najmłodszych gałęzi medycyny praktycznej, gdyż lubo posiada pewną tradycję odnośnie do jåkania oraz niemoty, opracowanie jednak naukowe wszystkich jej działów jest wynikiem dopiero ostatnich lat. Oprócz znajomości nauk lekarskich, bezpośrednio łączących się z nauką o zбочzeniach mowy, jak psychiatrii, neuropatologii, rynolaryngologii, oraz otyatrii, wymaga ona dokładnego poznania fizjologii mowy, jej rozwoju u dziecka, psychologii i filozofii mowy, psychologii w najobszerniejszym zakresie, oraz antropologii, pedagogiki normalnej i patologicznej. Opierając się dopiero na takich podstawach, możemy objąć z szerszego, aniżeli dotychczas, horyzontu całokształt niezmiernie skomplikowanych obrazów zбочzeń mowy i odpowiednio je rozklasyfikować, wyświecić patogenę, podać racjonalne sposoby leczenia, wykazać związek logopatologii z innymi działami wiedzy medycznej, wyznaczyć miejsce, jakie w szeregu ich zaj-

¹⁾ Szkic fizjologii mowy. Warszawa. 1893. Psychologia mowy. Medycyna. 1893. Rozwój mowy u dziecka oraz stosunek tego rozwoju do jego inteligencji. Warszawa. 1896. Hygiena mowy. Warszawa. 1896. O znaczeniu ośrodków skojarzeniowych FLECHSIG'a dla badań nad rozwojem umysłu, mowy, psychologii mowy oraz nauki o niemocie. Medycyna. 1897.

O jåkaniu i bełkotaniu, Medycyna. 1892. Pięć przyczynków do nauki o zбочzeniach mowy. Medycyna. 1893, 1894, 1895, 1896. 1897.

mpje, oraz rolę, jaką odgrywa. Odpowiedź w ogólnym zarysie na wyżej wymienione pytania, łącznie z otrzymanymi wynikami leczenia, będzie stanowić treść niniejszej pracy.

W zakres logopatologii wchodzi głównie cztery zbożenia niemota: bełkotanie łącznie z wadliwym wymawianiem, mowa nosowa i jąkanie.

Dla dokładnego oryentowania się w obrazach zbożeń mowy nieodzowna jest odpowiednia klasyfikacja. Podział, podany przed 20 laty przez KUSSMAUL'a na zbożenia w słowach zewnętrznych [artykulacji]: *dysarthriae* [jąkanie bełkotanie], zaburzenia mowy wewnętrznej: *aphasiae*, *dysphasiae* i zbożenia treści myśli (*dyslogiae*), aczkolwiek słuszny pod względem psychologicznym, nie zupełnie daje się zastosować do patologii mowy z różnych powodów, w szczególności których wchodzić tu niepodobna¹⁾. Daleko odpowiedniejszy wydaje mi się być podział zbożeń mowy, oparty na zasadzie anatomicznej. Odpowiednio do tego zbożenia mowy rozdziałam na dwie klasy: 1) zbożenia zależne od zmian anatomicznych lub czynnościowych kory mózgowej przy niedorozwoju psychicznym u dzieci, lub też przy mniej lub więcej zachowanej inteligencji u dorosłych i dzieci—*aphasiae* i *dysphasiae* [pochodzenia korowego niemota, bełkotanie, wadliwe wymawianie i mowa nosowa, oraz jąkanie i trzepotanie] 2) zbożenia wskutek zmian białej substancji podkorowej, w ośrodkach opuszkowych, w mięśniach i nerwach obwodowych, oraz w narządzie artykulacji—*anarthriae vel dysarthria* [bełkotanie przy porażeniu opuszkowym, porażeniu postępowym i t. d., mowa nosowa zależna od rozczepów podniebienia twardego i miękkiego, wadliwe wymawianie, uwarunkowane grubymi zmianami anatomicznymi w samym narządzie artykulacji, jak: guzy języka, nieprawidłowa budowa szczęk i t. d.]²⁾.

Najbardziej zawikłane zbożenie mowy stanowi niemota. Termin ten jak najniestosowniej, często nieodpowiadający temu, co ma oznaczać, zatrzymujemy jedynie wskutek braku lepszego, winniśmy jednak zawsze pamiętać, że przez tę nazwę rozumiemy utratę lub osłabienie zdolności wyrażenia swoich myśli lub pojmowania cudzych przy pomocy artykulacji lub znaków pisma.

Badania nad niemotą ważne są nie tylko dla lekarzy, lecz i dla psychologów; przyczyniły się one do zlokalizowania różnych czynności mózgu w poszczególnych miejscach kory, wykazując, że zniszczenie lub uszkodzenie niektórych jej okolic powoduje upośledzenie pewnych czynności mowy.

Początek nauki o niemocie datuje od wykrycia pewnych ośrodków pamięci słownej przez BROCA i WERNICKE'go. Ten ostatni pod wpływem nauki MAYNERT'a dał początek szkole lokalistyczno-anatomicznej, głoszącej, że pe-

¹⁾ Patrz trzeci przyczynek do nauki o zbożeniach mowy.

²⁾ Z odnośnych zbożeń układu nerwowego, powodujących zakłócenia mowy, jedna tylko *sclerosis disseminata*, zdaje się, należy do obu klas, a więc do dysfaticzno-dyarthrycznych zbożeń mowy, ponieważ zmiany, jakie przy niej spotykamy, umiejscowione są zarówno w korze, jak i w substancji białej. Tak zwane przez KUSSMAUL'a *dyslogiae* u obłąkanych nie wchodzi w zakres logopatologii, jako nie przedstawiające żadnego praktycznego interesu.

wnym ośrodkom w mózgu, tak zwanym ośrodkom mowy, lub też ich połączeniom, odpowiadają pewne kliniczne formy niemoty. W tymże prawie czasie KUSSMAUL pod wpływem prac znanego lingwisty i filozofa STEINTHAL'a zapoczątkował pewną reakcję, zwracając uwagę, że w całej korze powstają wyobrażenia i ich kojarzenia z odpowiednimi wyrazami bez żadnej anatomicznej lokalizacji, przyczem główny nacisk położył na psychiczne zjawiska, jak pamięć i kojarzenia. Kontynuatorem nauki WERNICKE'go był LICHTHEIM. Zmateryalizował on w sposób sztuczny i szematyczny psychologiczne kojarzenia, zachodzące podczas różnych aktów mowy, pod postacią niemot przewodnictwa [niemoty podkorowe i pozakorowe], których ani anatomia patologiczna, ani klinika nie potwierdziły, a natomiast prawie zupełnie zapoznał niemoty czynnościowego pochodzenia, zależne od osłabienia pamięci słownej i kojarzeń. Bardzo ważną zasługę dla nauki o niemocie położył CHARCOT, uwydatniając ośrodki zmysłowe dla głosek oraz pisma, na które nie wielką uwagę zwracali niemieccy autorowie, przyjął jednak tylko cztery formy czystej niemoty [ślepotą wyrazową, głuchota słowna, afazya BROCA i agrafia], odrzucając psychologiczne asocjacje, opracowane przez szkołę niemiecką, a nieodzwonne do rozumienia nieczystych form niemoty. Zbytnią materyalizacja ośrodków i dróg łączących przez WERNICKE-LICHTHEIM'a, ciesząca się przez długi czas powszechnym autorytetem, wywołała powtórna reakcję, zapoczątkowaną przez GRASHEY'a, a prowadzoną dalej przez FREUD'a, GOLDSCHIEDER'a i innych, ujawniającą jakoby powrót do poglądów KUSSMAUL'a, po części CHARCOT'a, z uwydatnieniem pamięci psychicznej i kojarzeń. Autorowie ci, hołdując mniej ściślejszej teorii lokalizacyjnej, uważają mowę, jako zbiór kojarzeń, opartych na pamięci i uwadze, między czuciową i ruchową okolicą kory, a tak zwane ośrodki mowy, jako zakończenia korowe narządów, zmysłowych i nerwów ruchowych, służące jednocześnie do przyjmowania i innych wrażeń oprócz odnoszących się do aktu mowy, a więc pamięci ruchowej, pamięci dźwięków i pamięci wrażeń optycznych wogóle wziętych, przyczem również zwracają uwagę na niemoty zależne od czynnościowego osłabienia tego lub owego ośrodka pamięci słownych lub zdolności do ich kojarzeń. Najnowsze prace FLECHSIG'a o lokalizacjach mózgowych i ośrodkach skojarzeniowych, lubo nie mają tego znaczenia dla psychologii mowy i nauki o niemocie, co dla czynności psychicznej mózgu w ogóle wziętej, ważne są jednak pod tym względem, że stwierdzają poniekąd dowodami anatomicznymi uprzednio tylko przypuszczalne psychologiczne asocjacje, odbywające się podczas różnych aktów mowy. FLECHSIG odróżnia w korze mózgowej ośrodki zmysłowe, służące do uświadamiania wrażeń zmysłowych bez domieszki wspomnień i leżące między nimi ośrodki skojarzeniowe, których funkcya polega na łączeniu różnych części kory, a więc kojarzeniu różnych jej czynności. Z ośrodków zmysłowych lub też w ich pobliżu wychodzą również wszystkie nerwy ruchowe, są więc one ośrodkami czuciowo-ruchowymi. Ośrodki skojarzeniowe [przedni, średni i tylny] nie stoją w związku z ośrodkami czuciowo-ruchowymi, a odbywające się tu kojarzenia są udziałem licznych grup komórek. Mniemanie to stanowi rdzenną różnicę między stanowiskiem FLECHSIG'a, a dawniejszemi teoryami MAYNERT'a, WERNICKE'go

i innych, utrzymujących, że ośrodki zmysłowe są z sobą związane bezpośrednio włóknami kojarzącymi. Ośrodkowi skojarzeniowemu średniemu przypisuje FLECHSIG ważną rolę w mechanizmie mowy, gdyż tu odbywają się kojarzenia wrażeń słuchowych i dotykowo-ruchowych, biorących udział przy mowie, ośrodkowi zaś skojarzeniowemu tylnemu, obok czynności łączenia pobudzeń sfer zmysłowych i ich obrazów [uskuteczniania spostrzeżeń we właściwym tego słowa znaczeniu] wyznacza zdolność wspomnień wyrazowych.

Wszyscy dotychczas wymienieni autorowie, zajmując się głównie anatomicznym substratem mowy, prawie w zupełności nie uwzględniali ważnych badań dla psychologii mowy, mianowicie psychologicznych podstaw rozwoju mowy u dziecka oraz filozofii mowy, zaznaczając jedynie niezależność pojęć od wyrazów, uzasadnioną już przez dswniejszych lingwistów i filozofów. Uzupełnienie tych braków, w szczególności zaś dotyczących rozwoju mowy u dziecka i stosunku tego rozwoju do jego inteligencji, jest niedzownem, gdyż rzuca odpowiednie światło na psychologię mowy, a więc i naukę o niemocie. Opierając się właśnie na badaniach rozwoju mowy u dziecka, psycho-fizyologiczną podstawę rozwoju mowy możemy sobie przedstawić w następujący sposób: Przedewszystkiem należy tu zaznaczyć, że w akcie mowy rozróżniamy dwie czynności: niższą, służącą do wytworzenia automatyzmu mowy, mieszczącą się w ośrodku skojarzeniowym średnim [zajmującym wyspę REIL'a], gdzie kojarzenia zmysłowych ośrodków, przyjmujących udział przy mechanizmie mowy, odbywają się w początkowych okresach jej rozwoju świadomie, w następstwie automatycznie ¹⁾ i wyższą, przeznaczoną do łączenia wyobrażeń naszych i pojęć z wyrazami, lokalizującą się w ośrodku skojarzeniowym tylnym. Mowa samodzielna nawet w swych początkach jako powtarzanie, lub występująca u wielu dzieci we wczesnych okresach ich rozwoju mowa bez pojmowania, nie jest odruchem, jak to utrzymywał WERNICKE, LICHTHEIM i inni, lecz sprawą psychiczną, polegającą na świadomem wyrabianiu pamięci słownych, oraz świadomem łączeniu obrazów słuchowo-ruchowych lub wzrokowo-ruchowych w ośrodku skojarzeniowym średnim. W prawdzie cała ta praca intelektualna dziecka, niedzowna dla wytworzenia automatyzmu mowy, pozostaje dla niewprawnego badacza ukryta, w szczególności u dzieci, rozwijających się prawidłowo, przy jakimkolwiek jednak zboczeniu inteligencji, automatyzm ten wcale się nie rozwija, a przy wyrabianiu mowy u tego rodzaju dzieci jesteśmy dopiero świadkami tych mozolnych wysiłków, jakie są konieczne dla jego powstania. Zdolność przedstawiania sobie w umyśle wyrazów, stanowiąca najważniejszy składnik mowy wewnętrznej, przypisuję nie ośrodkowi skojarzeniowemu średniemu, jak to podaje FLECHSIG, lecz tylnemu. Hypoteza ta znajduje uzasadnienie w tem, że jakkolwiek owe automatyczne przypominanie sobie wyrazów u osób dorosłych łączy się prawie zawsze z wyobrażeniami i pojęciami, gdyż przeważnie myślimy przy pomocy wyrazów, to nie mniej jednak nawet u dzie-

¹⁾ To samo w zupełności dotyczy aktu pisania i czytania, gdzie łączenie obrazów wzrokowych lub pamięci ruchów przy pisaniu z głosowemi, odbywa się również w ośrodku skojarzeniowym średnim z początku świadomie, w następstwie automatycznie.

ci z prawidłową inteligencją mamy przy rozwoju ich mowy odpowiedni okres, w którym bez pojmowania mogą one dużo bezmyślnie mówić, co w szczególności uwydatnia się u dzieci z niedorozwojem sfery psychicznej, gdzie mowa automatyczna występuje bardzo jaskrawo bez udziału ośrodków wyobrażeńowych. Za niezależnością myśli naszej od automatycznego przypominania sobie wyrazów przemawia również i to, że przy wielu niemotach, mających siedlisko w ośrodku skojarzeniowym tylnym, mimo to że chorzy przestają łączyć wyobrażenia i pojęcia z wyrazami, mowa jednak automatyczna nie przestaje istnieć. Hypoteza nasza, co do przeznaczenia ośrodka skojarzeniowego średniego, nie pozostaje również w żadnej sprzeczności z zasadniczą myślą pracy FLECHSIG'a, lecz przeciwnie potwierdza ją, gdyż, uwydatniając znaczenie ośrodka skojarzeniowego średniego, zrównywa poniekąd psycho-genetyczną jego wartość odnośnie do pozostałych dwu ośrodków, mimo to, iż po uformowaniu się mowy rola jego redukuje się do automatyzmu równoznacznego automatyzmowi chodzenia, pływania i t. d.. O zgodności hipotezy tej z klinicznymi spostrzeżeniami niemoty rozwodzić się tu nie mogę¹⁾; nadmienię tylko, że zajęcie wyspy REIL'a najprawdopodobniej powoduje tę formę niemoty ruchowej, gdzie brak mowy samodzielnej, uwarunkowany jest właśnie utratą mowy wewnętrznej.

Zgodnie z tem, cośmy dotychczas powiedzieli, obecne nasze zapatrywanie na psychologię mowy da się streścić w następujących słowach: Zarówno jak wszystkie procesy duchowe, tak również i sprawa mowy odbywa się jedynie w korze. Pamięci słownych, zmysłowych nie uważamy obecnie za jakieś oddzielne ośrodki dla mowy, lecz za zakończenie nerwów czuciowych i ruchowych²⁾. Warunki powstania mowy są te same, co i poznania, to jest pamięć, uwaga i zdolność do kojarzeń. Zarówno jak dla przejawu najelementarniejszej strony psychicznej człowieka—sposrzeżenia, oprócz ośrodków zmysłowych potrzebne są wyższe, skojarzeniowe, tak również te same czynniki i w tymże celu odgrywają analogiczną rolę przy psychicznym akcie mowy zarówno czynnym [artykułacya, pismo], jako też i biernym [rozumienie mo-

1) Szczegóły o tem patrz w pracy: O znaczeniu ośrodków skojarzeniowych FLECHSIG'a i t. d..

2) Sprawa umiejscowienia pamięci zmysłowej ruchowej i słuchowej w trzecim zawoju czołowym i pierwszym skroniowym, jest już od dawna rozstrzygnięta. Co do pamięci wzrokowej liter, to jedni przyjmują dla niej ośrodek oddzielny, inni, jak np. WERNICKE, daleko racjonalniej rolę tę przypisują wogóle rozgałęzieniom nerwu wzrokowego. Tak, czy owak, głoska widziana nabiera wtedy dopiero znaczenia składnika mowy, kiedy nastąpi jej skojarzenie z ośrodkiem ruchowym, a wyraz czytany rozumiemy wówczas, kiedy obraz jego wzrokowy łączymy w umyśle z jego obrazem dźwiękowym i z właściwem danemu wyrazowi wyobrażeniem lub pojęciem. Co się tyczy ośrodka zmysłowego do pisania, mającego mieścić się jakoby w drugim zawoju czołowym, to wielu autorów poniekąd bardzo słusznie odmawia mu prawa obywatelstwa i uważa go za zwykły ośrodek ruchowy, rządzący grupą mięśni czynnych przy pisaniu, a obejmującej pamięć ruchów potrzebnych przy akcie pisania. Pamięć ta u osób bardzo wprawnych w pisanie może często sama wystarczać, bez wytwarzania w umyśle obrazu wzrokowego danego wyrazu. Ma to ważne znaczenie przy aleksyach podkorowych, o czem poniżej.

wy, pisma]. Różnica zachodzi jedynie w więcej złożonym akcie mowy, a mianowicie, że owe pamięci słowne muszą się skojarzyć uprzednio w ośrodku skojarzeniowym średnim dla wytworzenia mowy automatycznej, gdy spostrzeżenia skuteczniamy, jednocząc tylko różne zmysłowe okolice kory w ośrodku skojarzeniowym tylnym. Przy akcie więc psychicznym mowy działają dwa mechanizmy: niższy do pewnego stopnia automatyczny, mieszczący się w wyspie REIL'a i wyższy dla pojęć słownych w ośrodku skojarzeniowym tylnym [prawdopodobnie okolica *gyri supramarginalis* i *gyri angularis*]. Ostatni służy do łączenia wyobrażeń i pojęć naszych z wyrazami. Nie przeczymy, że akt mowy u ludzi dorosłych dochodzi do pewnego stopnia automatyzmu, nie możemy go jednak przyjąć za sprawę odruchową, lecz psychiczną, co szczególnie, jak to widzieliśmy, łatwo sprawdzić u dzieci przy formowaniu się ich mowy, dalej przy osłabieniu pamięci ogólnej, a nawet przy zakłóceniu częściowej pamięci, a więc pamięci słownej. Jedynie dokładne zdawanie sobie z tego sprawy może nam wytłomaczyć wiele objawów przy niemotach, których nie moglibyśmy pojąć, trzymając się ściśle teorii lokalistyczno-anatomicznej.

Odpowiednio do przedstawionych przez nas danych psycho-fizjologii mowy, pozostających w zupełnej zgodności ze spostrzeżeniami klinicznymi różnych postaci niemot, wyrabianiem mowy przy ich leczeniu, oraz najnowszymi pracami FLECHSIG'a, zapatrujemy się na niemotę, jako z zakłócenie pamięci słownej, zmysłowej, [ruchowej, słuchowej i wzrokowej pamięci liter] lub skojarzeniowej, w ośrodku asocjacyjnym średnim lub tylnym, co bądź uniemożliwia działanie pamięci zmysłowej ruchowej lub przyjmowanie podnieć zewnętrznych od ośrodków zmysłowych mowy, bądź zuosi ślady nagromadzonych wspomnień wyrazowych w ośrodku skojarzeniowym średnim, lub też niszczy kojarzenia, zachodzące w ośrodku tylnym przy rozumieniu mowy ewentualnie pisma, lub przy mowie samodzielnej ze zrozumieniem.

Jak wiadomo, rozróżniamy niemoty u dorosłych i dzieci, a w ich etyologii oprócz zmian organicznych za bardzo ważny moment pouczujemy i czynnościowe osłabienie pamięci zmysłowej lub skojarzeniowej, występujące bądź samoistnie, bądź też uwarunkowane bardzo nieznacznie zmianami, jako czynnościowy objaw zmniejszonej ich pobudliwości. Dalej dzielimy niemoty na korowe i pozakorowe we właściwym tego słowa znaczeniu, a więc mające swe siedlisko w uchu średnim lub wewnętrznym [głuchota wyrazowa pozakorowa ¹⁾]. Odpowiednio do tego oprócz podziału niemot na zmysłowe i skojarzeniowe [w ośrodku średnim lub tylnym], wyróżniamy niemoty u dorosłych i dzieci, w obu razach organiczne i czynnościowe, korowe i pozakorowe.

¹⁾ Tu zaliczamy przypadki obustronnego częściowego zajęcia błędnika przy głuchoniemocie wrodzonej, przypadki nabytych obustronnych częściowych zmian w błędniku, wreszcie przypadki obustronnych częściowych zmian w uchu średnim. Głuchota wyrazowa pozakorowa, zbliżona zupełnie do głuchoniemoty z zachowanymi resztkami słuchu, wyróżnia się od zwykłej głuchoty wyrazowej tem, że chorzy rozumieją niektóre wyrazy, szczególnie pewne szeregi znanych uprzednio nazw, a nawet często mogą je powtarzać, od zupełnej zaś głuchoty różni się możliwością wyróżniania tonów i szmerów.

Do niemot organicznych zmysłowych zaliczamy: 1) niemotę ruchową [izolowaną] przy zmianach w trzecim zawoju ezołowym [tak zwana uprzednio niemota ruchowa podkorowa], gdzie chorzy pomimo braku mowy samodzielnej, mają zachowaną mowę wewnętrzną, to jest rozumieją pismo i mogą pisać, 2) niemotę słuchową [głuchotę wyrazową] przy zmianach w pierwszym zawoju skroniowym, charakteryzującą się tem, że chory nie rozumie mowy, a samodzielnie mówi parafatycznie [ponieważ ośrodek skojarzeniowy średni działa bez kontroli pamięci słuchowej, zmysłowej], oraz nie może czytać [z powodu braku w umyśle prawidłowych obrazów głosek słuchowych], a więc i pisać [z wyjątkiem osób bardzo wprawnych w pisaniu, ale i wówczas chory napisanego nie rozumie], 3) aleksyę izolowaną [percepcyjną ślepotę wyrazową], mającą prawdopodobnie swą lokalizację w okolicy rozgałęzień nerwu wzrokowego [okolica brózdki szponowatej], a polegającą na tem, że chorzy tacy widzą litery, ale ich nie poznają i nazwać nie potrafią, a więc i rozumieć pisma nie mogą¹⁾.

Do niemot organicznych ośrodka skojarzeniowego, średniego należy niemota ruchowa, łącząca się zawsze z aleksyą, ewentualnie i agrafią, ponieważ w tym razie mamy utratę wspomnień wyrazowych, a chory nie może sobie przedstawić w umyśle wyrazu, nie ma więc mowy wewnętrznej, pomimo rozumienia mowy.

Do niemot organicznych ośrodka skojarzeniowego, tylnego zaliczamy: 1) skojarzeniową niemotę słuchową [tak zwana uprzednio transkorowa, słuchowa] przy zmianach okolicy *gyri supramarginalis*, gdzie mimo możności bezmyślnego powtarzania, czytania i pisania [automatyczne działanie ośrodka skojarzeniowego, średniego], wyrazy nie są rozumiane, a chory mówi parafatycznie, 2) aleksyę skojarzeniową lub skojarzeniową ślepotę wyrazową [tak zwana uprzednio transkorowa aleksya WERNICK'E'GO] przy zmianach okolicy *gyri angularis*, gdzie mimo możności czytania liter i wyrazów [automatyczne działanie ośrodka skojarzeniowego średniego], wyrazy nie zostają połączone z odpowiednimi wyobrażeniami, 3) niemotę optyczną, gdzie przypuszczamy częściowe zakłócenie asocjacji między ośrodkiem skojarzeniowym średnim a wyobrażeniowym, a głównie jego składnikiem wzrokowym, 4) ślepotę duchową, charakteryzującą się zakłóceniem skojarzeń, idących od wszystkich zmysłów do ośrodka wyobrażeniowego.

¹⁾ W przypadkach, w których obok utraty mowy samodzielnej, chory nie tylko rozumie pismo, lecz może głośno czytać i powtarzać [działanie podjęty obwołowej], mamy czynnościowe osłabienie pamięci zmysłowej, ruchowej [tak zwana uprzednio niemota ruchowa transkorowa]. Co się tyczy tak zwanej uprzednio niemoty czuciowej, podkorowej, to objawy jej należą do niemoty pozakorowej we właściwym znaczeniu, mającej źródło w narządzie słuchowym [o czem była mowa powyżej]. Również tak zwana uprzednio aleksyę podkorową, różniącą się od zwykłej tem, że przy braku rozumienia pisma zachowana jest zdolność do pisania [przy czem chory napisanego nie rozumie], obok utraty zdolności do przypisywania [kopiowania], objaśniamy sobie możnością pisania bez obrazów wzrokowych, a jedynie przy pomocy cheirokinetycznego czucia ręki, co najczęściej ma miejsce u ludzi bardzo wprawnych w pisaniu.

Ten sam podział odnosimy do niemot czynnościowych [amnestycznych]. Wyróżniamy między innymi następujące zmysłowe niemoty czynnościowe: 1) ruchową, o której powyżej była mowa [tak zwana uprzednio transkorowa ruchowa], 2) słuchową, do której należą niemoty GRASHEY'a i bardzo wiele innych form, szczegółowo uwzględnionych w drugim przyczynku, 3) aleksye, gdzie odnosimy przypadki niemożności czytania wyrazów, obok zachowanego czytania liter, dyzleksye i t. d.

Do niemot czynnościowych ośrodka skojarzeniowego średniego należy niemota ruchowa bez aleksyi i agrafii [brak samodzielnego oddziaływania ośrodka, a łączne jego działanie z wzrokowymi obrazami głosek lub pamięcią ruchów do pisania]¹⁾.

Nakoniec do niemot czynnościowych ośrodka skojarzeniowego tylnego odnosimy przypadki, w których chorzy rzeczy przedstawionej sobie w umyśle nie mogą nadać odpowiedniej nazwy.

Oprócz uwzględnienia podanego wyżej podziału niemot winniśmy jeszcze w każdym konkretnym przypadku zwrócić uwagę na postaci mieszane, gdzie obok pewnej zmiany organicznej, możemy mieć i objawy czynnościowe.

Najmniej wyświetlona, co do swej patogenezy, a najważniejsza dla logopatologa jest niemota u dzieci. Zboczenie to, przeciągając się bez leczenia do okresu przedszkolnego, a nawet i później, pozbawia dzieci jednego z najważniejszych czynników, przyczyniających się do kształcenia ich umysłu. O ile u dorosłych interesuje nas głównie forma niemoty, przedstawiająca jak powyżej widzieliśmy, tak różnorodne odmiany, o tyle znów u dzieci, u których przeważnie mamy do czynienia albo z niedorozwojem psychicznym łącznie ze ślepotą psychiczną, głuchotą wyrazową, lub niemotą ruchową, albo z niemotą ruchową lub pozakorową we właściwym znaczeniu przy mniej lub więcej prawidłowej inteligencji, najtrudniejsza co do oryentowania się, a najważniejsza przy rokowaniu, jest mało dotychczas uwzględniona etyologia. Przede wszystkim należy rozróżnić mowę opóźnioną [mniej więcej do 5 roku] od właściwej niemoty. Mowa opóźniona zależy od osłabienia pamięci słownej, uwarunkowanego jakąbądź szkodliwością, upośledzającą odżywianie kory mózgu. Osłabienie pamięci słownej łączy się często u tego rodzaju dzieci z osłabieniem woli i w innych kierunkach, gdyż wogóle są one leniwe do wszelkiego rodzaju ruchów. W etyologii właściwej niemoty na pierwszym miejscu stawiamy niedorozwój psychiczny, poczynając od dziecka zacofanego, a kończąc na zupełnym idyocie, dalej zaburzenia ruchowe u dzieci pochodzenia mózgowego, łączące się bardzo często z mniejszym lub większym upośledzeniem ich sfery umysłowej, a przy zachowanej inteligencji: uraz, czynnościowe osłabienie pamięci słownej przy

¹⁾ Różnica ostatniego rodzaju niemoty od ruchowej zmysłowej pochodzenia organicznego polegałaby na tem, że utrata mowy samodzielnej w pierwszym przypadku zależy od zakłócenia pamięci ruchowej zmysłowej, w drugim zaś od upośledzenia zdolności samodzielnej wspomnień wyrazowych.

upośledzonym odżywianiu kory z jakiegobądź powodu, warunkujące niemotę ruchową czynnościowego pochodzenia, oraz niemotę pozakorową we właściwym znaczeniu łącznie z głuchoniemotą.

D. n..

Z ODDZIAŁU D-RA MED. JUL. KRAMSZTYKA W SZPITALU DLA DZIECI WYZ. MOJŻESZ, W WARSZAWIE.

i

Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ PROF. BRODOWSKIEGO W WARSZAWIE.

II. WYLEW KRWI DO MÓZGU U DZIECKA. NOWOTWÓR MÓZGU

(*apoplexia cerebri, Glio-sarkoma telangiectaticum*).

Podali

Dr. med. Jul. Kramsztyk,
ordynator szpitala dla dzieci wyznania Mojżeszowego w Warszawie

i

D-r med. Adam Ciagliński,
lekarz ambulatorium dla chorych nerwowych w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

— † — † —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 50].

Co się tyczy sposobu powstawania glejaków, to, idąc za przykładem STROEBE'go, odróżnić możemy: 1) glejaki centralne, którym początek daje glia, znajdująca się w ścianach kanału centralnego, względnie w ścianach komórek mózgowych, lub w najbliższem ich otoczeniu; 2) glejaki obwodowe lub powierzchowne, rozwijające się w korze pod samą oponą; ZIEGLER, a także GOWERS uważają takie właśnie glejaki za najczęstsze; 3) wreszcie glejaki pośredkowe, rozwijające się w substancji białej półkul mózgowych. Te ostatnie są bez zaprzeczenia najrzadsze.

Bez względu na miejsce pierwotne swego powstania glejaki, rozwijając się i szerząc, nie uciskają i nie przemieszczają sąsiednich tkanek, lecz je przenikają, infiltrują, wywołując tylko zmianę objętości dotkniętych tkanek, a także, w zależności od budowy swej wewnętrznej, i zmianę konsystencji w jednym lub drugim kierunku, prócz tego i zmianę zabarwienia. To ostatnie zależy od większej lub mniejszej obfitości naczyń krwionośnych, ich rozwoju i napełnienia.

Naczynia krwionośne stanowią stałą i nieodzowną część składową glejaków, wnosząc do tkanek pochodzenia ektodermicznego pierwiastki pochodzenia mesodermicznego—elementy łącznotkankowe. Te ostatnie, jakśmy to już widzieli w naszym przypadku, bardzo często ulegają silnemu rozrostowi, nadając wtedy całemu noworowi cechy całkiem odrębne. Wskutek tej łatwej i częstej kombinacji tkanki gliomatycznej z tkanką łączną długi czas przyjmowano, że początek nowowytworzonym komórkom sarkomatycznym daje rozrost i mnoże-

nie się komórek glii. W epoce, kiedy neuroglię zaliczano do tkanki łącznej, pogląd ten łatwo był zrozumiały, a jako wypowiedziany przez VIRCHOW'a, cieszył się szerokim uznaniem. Od czasu jednak, gdy na neuroglię patrzą z innego punktu widzenia, przeciw takiemu pojmowaniu sprawy zaczęto silnie powstawać. Według nowszych poglądów wszystko, co jest w gliosarkomatach łączno-tkankowem, musi koniecznie pochodzić z elementów tkanki łącznej, która w postaci tkanki okołonaczyniowej zawsze w gliomatach jest obecną. Pogląd ten między innymi wypowiada i słuszności jego broni STROEBE, chociaż jeszcze do ostatnich czasów tacy poważni badacze, jak ZIEGLER i GOWERS, trzymają się starych poglądów.

Wielkiemu rozrostowi, jakiemu ulegają naczynia glejaków, przypisać należy jedną bardzo charakterystyczną cechę tych nowotworów, mianowicie skłonność do wytwarzania się w nich ognisk krwotocznych.

Niekiedy wylew krwi, a raczej jego skutki są pierwszym objawem istnienia gliomatu, który dotąd mógł przebiegać zupełnie skrycie, objawem jednak, który rozpoznania klinicznego wcale nie ułatwia, a dyagnozę anatomiczną może zrobić, jeżeli nie zupełnie niemożliwą, to przynajmniej bardzo trudną.

Rzadko kiedy wylew krwawy przechodzi po za granice nowotworowo zmienionej tkanki, niekiedy jednak niszczy tę ostatnią prawie w zupełności, pozbawiając w ten sposób badacza możliwości stwierdzenia przyczyny apopleksyi mózgowej; częstokroć u osobnika bardzo młodego i zkadynąd zupełnie zdrowego.

Podobne pomyłki opisanie gliaków krwotocznych jako wylewów krwi do mózgu samoistnych znane są w literaturze, i pomyłkom podobnym nawet bardzo się dziwić nie można. Zwykle rozpoznajemy nowotwór z małych resztek, pozostałych na samym brzegu jamy krwotocznej, lub też z cząstek tkanek, w samym skrzepie krwi zawartych. W każdym razie przy rozbiórce przypadków wylewów krwi do mózgu u osobników młodych, zwłaszcza u dzieci, należy nigdy nie zapominać o możliwości istnienia glejaka i staranne dochodzenie w tym kierunku przeprowadzić.

W ogólności sprawa wielkich wylewów krwi do mózgu u dzieci bynajmniej nie jest dotąd dostatecznie wyjaśnioną. Wszyscy autorowie zaznaczają jedynie, że wielkie krwotoki mózgowe u dzieci rzadko się wydarzają, ale oprócz wylewów, spowodowanych przez ogólną dyatezę krwotoczną, jakoteż wynaczynień, powstających przy kokluszu i t. p., które zresztą zwykle dobrze się kończą i za życia łatwe są do rozpoznania, istnieją inne, samodzielnie powstające, których przyczyna najczęściej pozostaje ciemną. Najśluszniejszym wydaje się pogląd HENOCH'a, że pomimo ostrych objawów udaru mózgowego bywa on zwykle spowodowany przez dawne, długotrwałe cierpienie mózgu, najczęściej gruźlicę. Rzadkość wylewów krwi u dzieci zależy od tego, że najczęstsza ich przyczyna, t. j. stwardnienie małych naczyń mózgowych i tworzenie się na nich drobnych tętniaków, u dzieci nie ma miejsca. Znaczoną liczbę przypadków, opisywanych jako krwotoki mózgowe, odnosi HENOCCH do ognisk zapalnych, do których duża ilość krwi domieszana została; czystego, wielkiego wylewu krwi u dziecka H. nigdy nie widział. Podobnego zda-

nia są: RILLIET, BARTHEZ i inni autorowie, mający obszerny materiał do rozporządzenia. Tem dziwniejszem wydaje się zapatrywanie STEFFEN'a w obszernej monografii w zbiorowym dziele GERHARDT'a ¹⁾, że wylewy krwawe u dzieci tylko od tych tętniaków prosówkowatych zależą, tak dalece, że jeżeli ich nie znaleziono, to znaczy, że nie były one dość starannie szukane. Autor ten, opisujący bardzo obszernie przebieg, zmiany anatomiczne, etyologię choroby, nie podaje wszakże ani jednego przypadku, w którymby zmiany te u dziecka znalezione były. Zdaje się, że ważniejszym daleko jest zwrócenie uwagi na możliwość istnienia glejaka i na zmiany powyżej przez HENOCH'a zaznaczone.

Wykazanie w naszym przypadku nowotworu — glejo-mięsaka silnie unaczynionego — w zupełności nam tłumaczy sposób powstania wielkiego, świeżego ogniska krwotocznego, jak również i istnienie dawniejszych wylewów mniejszych, a nawet włoskowatych. Na zaznaczenie jednak zasługuje i bliższego rozbioru domaga się fakt opisanych wyżej rozlanych zmian w naczyniach opony miękkiej i kory mózgowej.

Zmiany te, których wybitną cechą jest rozrost błony wewnętrznej tętnic wraz ze znacznem zwężeniem ich światła, określić musimy jako *endoarteritis obliterans*, postać najbardziej zbliżoną do tej, jaką w r. 1874 pierwszy dokładnie opisał w klasycznej swej monografii HEUBNER, zaliczając ją do zmian pochodzenia syfilitycznego.

Miał wprawdzie HEUBNER w tym względzie poprzednika w osobie VALDEMARA STEENBERG'a, który w r. 1860 zwracał już był uwagę na związek przyczynowy zmian naczyniowych ze sprawą syfilityczną, niezaprzeczoną jednak zasługą HEUBNER'a pozostanie, że pierwszy on dał podwalinę nauce o *endoarteritis syphilitica* i jednocześnie wykazał wielkie znaczenie tych zmian dla syfilisu mózgu i jego symptomatologii ²⁾.

HEUBNER odróżnia trzy możliwe sposoby zachorowań syfilitycznych tętnic.

1) Gumat z otoczenia przechodzi na tętnicę i wywołuje cierpienie syfilityczne tejże; cierpienie tętnicy może nawet szerzyć się po za granice gumatu.

Proces ten chorobowy znany już był VIRCHOW'OWI, BRISTOWE, WILK, LANCEREAUX, V. GRAEFE.

2) Tworzenie syfilityczne i cierpienie tętnic są od siebie niezależne.

3) Cierpienie tętnic występuje samoistnie. Miejscem cierpienia syfilitycznego tętnicy jest część jej, zawarta między błoną sprężystą i śródbłonkiem tętnicy, określaną jako warstwa wewnętrzna podłużna *intimae*. W pierwszych fazach sprawy znajdujemy między błoną elastyczną i śródbłonkiem porozrzucone jądra, zawarte w substancji mętnej i ziarnistej. Wielkość tych jąder równa się mniej więcej wielkości jądra komórek śródbłonkowych z nieznacznymi wahaniami w jedną lub drugą stronę. Z jąder tych wytwarzają

¹⁾ Handbuch der Kinderkrank., Nervenkrankheiten. Cz. II-a str. 321 r. 1880.

²⁾ OPPENHEIM. Die Syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. Spec. Path. u. Ther. Noth

się długie komórki wrzecionowate, które się mnożą i zamieniają w zbitą tkankę łączną.

HEUBNER nie przypuszcza, by początek temu nowotworzeniu dawały ciątka krwi; jest on tego przekonania, że pierwsze ukazanie się nowych jąder jest produktem mnożenia się komórek śródbłonkowych, a dopiero w późniejszych okresach cierpienia przychodzi do skupień komórek okrągłych, wydostających się z *vasa rasorum* błony zewnętrznej tętnicy, tak, że wytwarzać się wtedy mogą ogniska drobnokomórkowego nacieczenia, podobne do gumatu. Zgrubienie błony wewnętrznej prowadzi do zwężenia światła naczyń, lub do jej zupełnego zamknięcia [obliteracji]. Krew nawet w bardzo zwężonych tętnicach może pozostać płynną, niekiedy jednak wytwarzają się i w nich skrzepy.

Błona sprężysta może zanikać zupełnie; z drugiej jednak strony sądzi HEUBNER, że może się wytwarzać nowa błona sprężysta jako produkt komórek śródbłonkowych, pod którymi też bezpośrednio błona ta się układa.

HEUBNER stara się wyodrębnić swoją formę z pośród innych postaci cierpienia tętnic, a specjalnie przeprowadza rozpoznanie różniczkowe między *endoarteriitis obliterans* i *endoarteriitis doformans*.

Zwyrodnienie miażdżycowe tętnic rozwija się powolniej, niż cierpienie HEUBNER'owskie; częściej powoduje powiększenie światła naczynia, niż jego zmniejszenie, a w żadnym razie nie sprowadza tak wybitnych zwężeń, jak *endoarteritis obliterans*; cierpienie miażdżycowe przedstawia proces rozlany na większe przestrzenie naczynia, gdy tymczasem *endoarteriitis oblit-rans* dotyka błony wewnętrznej na przestrzeniach bardziej ograniczonych. Wreszcie sprawa miażdżycowa prowadzi do stłuszczeń i zwapnień, gdy tymczasem w postaci HEUBNER'owskiej stłuszczeń, ani zwapnień albo wcale niema, albo też znajdują się w stopniu minimalnym.

HEUBNER już z samego początku przyznawał, że sprawa ta nie jest swoista, lecz że syfilis ma własność działania na komórki śródbłonkowe naczyń i pobudza je do proliferacji. Wreszcie HEUBNER zwraca uwagę, że zmiany powyższe w tętnicach ograniczają się tylko do mózgu, gdy tymczasem inne narządy, które troskliwie badał, okazywały się najczęściej od zmian tych wolnymi.

Teorye HEUBNER'a spotkały się z silną krytyką licznych autorów.

FRIEDLAENDER począł dowodzić, że HEUBNER'owska *endoarteriitis obliterans* prócz syfilisu napotyka się jeszcze i przy innych stanach chorobowych, a mianowicie: przy ostrem i przewlekłym zapaleniu opon, w sąsiedztwie z nowotworami, a głównie przy gruźlicy.

BAUMGARTEN podobne formy zdołał wywołać doświadczalnie przez proste podwiązanie tętnicy ligaturą.

Podług KOESTER'a, formie HEUBNER'owskiej bynajmniej nie daje początku bujanie komórek śródbłonkowych naczynia, lecz przeciwnie drobnokomórkowe nacieczenie, które z *vasa vasorum adventitiae* przedostaje się do błony mięśniowej, tak, że sprawa sama rozpoczyna się jako *mesarteriitis*, a zmiany w błonie wewnętrznej rozwijają się dopiero wtórnie. KOESTER nie przyznaje żadnej swoistości omawianemu cierpieniu, nie przeczy jednak, by syfilis nie wytwarzał pe-

wnego dość znacznego doń usposobienia. *Endoarteriitis obliterans* może rozwijać się tylko w naczyniach, posiadających *vasa vasorum*.

Na powyższe zarzuty odpowiada HEUBNER, że, spostrzegając świeże okresy cierpień naczyń, mógł wielokrotnie stwierdzić, że zmiany poczynają się w błonie wewnętrznej wtedy jeszcze, gdy błona zewnętrzna nie okazuje najmniejszego śladu zapalenia. Również HEUBNER najzupełniej nie jest przekonany co do tożsamości zmian w naczyniach, opisanych przez FRIEDLAENDER'a, z sprawą chorobową, przez niego [HEUBNER'a] opisaną.

BAUMGARTEN w kilku następnych pracach, powracając jeszcze do tego samego przedmiotu, skłania się wreszcie do zdania KOESTER'a, mianowicie, że zmiany omawiane rozpoczynają się zwykle w błonie zewnętrznej, jako *periarteriitis gummosa*, a błona wewnętrzna zaczyna cierpieć dopiero wtórnie.

GERHARDT, GREIFF, RUMPF, SCHMAUS i inni stwierdzają obrazy, podane przez HEUBNER'a, co do sposobu jednak powstawania zmian patologicznych, przechylają się bardziej na stronę KOESTER-BAUMGARTEN'a.

ZIEGLER i BIRCH-HIRSCHFELD kwestyonują swoistość zmian tętnic, spotykanych przy syfilisie.

Wreszcie CORNIL i RUMPF nie wierzą w możliwość wytwarzania się nowej błony sprężystej w tętnicach. Obrazy, podawane przez HEUBNER'a, należy tłómaczyć tem, że błona sprężysta rozszczepia się na oddzielne błonki. Tłómaczyłoby to nam wtedy spostrzeżenie SIEMERLING'a, który w jednym przypadku syfilisu mózgowego widział w zmienionej tętnicy trzy, a nawet cztery błonki, budowy sprężystej.

Zmianom syfilitycznym ulegają przeważnie tętnice podstawy mózgu, o wiele rzadziej gałązki ich wewnątrz-mózgowe. Tem się też tłómaczy, że wylewy krwawe do mózgu są bardzo rzadkiem zejściem zmian syfilitycznych, jednakże możliwem.

GOWERS opisał jeden przypadek [dotychczas odosobniony] krwotoku mózgowego przy syfilisie dziedzicznym u 8-letniego chłopca. Czy w naszym przypadku możemy myśleć o syfilitycznym pochodzeniu omawianych zmian w tętnicach? Myślimy, że nie i oto dla jakich powodów. Z krótkiego streszczenia poglądów o *endoarteriitis obliterans* jedno zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości, mianowicie nie swoistość danego cierpienia. I słusznie też powiada SRRUEMPELL, żeby z stwierdzonych w danym przypadku zmian tętnic wnioskować o ich syfilitycznym pochodzeniu, należy albo odszukać inne zmiany anatomiczne, wyraźniej za pochodzeniem swoim przemawiające, albo też, co najmniej, wykazać z całą stanowczością syfilis przebyty lub odziedziczony w anamnezie.

W naszym przypadku nie mamy ani jednego, ani drugiego. Żadnych zmian w mózgu, wskazujących na przebyty lub istniejący syfilis, nie znajdujemy, a i dane wywiadowcze pozwalają z całą stanowczością wyłączyć syfilis dziedziczny.

Wyłączywszy najczęstszą przyczynę omawianych zmian tętnicowych, szukać musimy dalej i dlatego rozpatrzyć inne stany chorobowe, którym *endoarteriitis obliterans* towarzyszyć zwykła. Kierując się wskazówkami FRIEDLAEN-

DER'a, uwzględnić należy ostre i przewlekłe zapalenie opon, gruźlicę, wreszcie obecność nowotworów.

Pierwszy punkt możemy z łatwością wyłączyć: ani makroskopowo, ani pod drobnowidzem nie wykryliśmy objawów rozlanego zapalenia opon, któreby mogło wywołać rozrzucone na tak znacznej przestrzeni mózgu zmiany w tętnicach.

Rozpatrzmy zatem punkt drugi—gruźlicę.

„Częściej jeszcze, niż przy syfilisie, napotykamy zapalenie naczyń krwionośnych przy gruźlicy, powiada ZIEGLER. Gruźliczemu zapaleniu ulegają tętnice i żyły, przebiegające pośród gruźliczo zmienionych tkanek. Sprawa chorobowa szerzy się na ich ściany, wywołując w nich albo nowotworzenie ograniczone—gruzełek, albo nacieczenie bardziej rozlane, albo wreszcie bujanie tkanek przerostowe (*hyperplastische Gewebswucherungen*), zmieniające wszystkie trzy błony tętnic i prowadzące do wybitnych zwężeń ich światła. Pod wpływem gruźlicy mogą się wytwarzać również włókniste przerosty ścian naczyń.

Najczęściej przerostowi ulega błona zewnętrzna, napotykamy jednak niekiedy i zgrubienie błony wewnętrznej, które przy pewnych warunkach może być tak znacznem, że wybitnie zwęży światło dotkniętych naczyń i nawet doprowadzić może do zupełnego ich zamknięcia“.

Z tego opisu, który żywcem bierzemy z podręcznika ZIEGLER'a, bije w oczy wyraźna analogia między cierpieniem naczyń syfilitycznem i gruźliczem. Analogia tu co do form materyalnych jest zupełna. Czy to mamy do czynienia z nacieczeniem błony zewnętrznej rozlanem [syfilitycznem lub gruźliczem], czy też bardziej ograniczonem [gummat lub gruzełek], czy wreszcie z przerostą i włóknisto-zwyrodniałą błoną wewnętrzną (*endoarteriitis obliterans syfilitica* lub *tbc*) obrazy mikroskopowe otrzymujemy identyczne. A i w sposobie powstawania zapalenia tętnic przy obu pokrewnych sprawach widzimy pewną analogię: najczęściej sprawa z sąsiedztwa przechodzi na najbliższe naczynie i wywołuje w niem zmiany, jednak nie drogą mechanicznego ucisku, lecz chemicznego zatrucia produktami swoistego zarazka.

Dla syfilisu wiemy, że istnieje i samoistna forma zapalenia tętnic. Czy postać taką mamy prawo przypuścić i dla gruźlicy?

Gruźlica należy do cierpień tak częstych i tak wielostronnie badanych, że każda nowa w sprawie tej hipoteza musi być stawiana bardzo oględnie, a przyjętą być może dopiero po zebraniu niezbitych dowodów, przemawiających za jej słusnością, i to nie w oderwanym przypadku, lecz w całym szeregu ścisłych spostrzeżeń.

Za gruźliczem pochodzeniem *endoarteriitis obliterans*, jako formy samoistnej, mogłyby przemawiać: 1) niewątpliwe zmiany gruźlicze w innych narządach dotkniętego ustroju; 2) wykrycie swoistych dla gruźlicy drobnoustrojów w tkankach zmienionych naczyń lub w ich sąsiedztwie.

Ani jednego, ani drugiego dowodu w danym przypadku dostarczyć nie byliśmy w stanie i dlatego przypuszczenie gruźliczego pochodzenia samoist-

nych zmian zapalnych w tętnicach, jakkolwiek teoretycznie możliwe, w danym przypadku uznać musimy za zupełnie niedowiedzione.

Pozostaje trzeci punkt friedlaenderowski, mianowicie *endoarteriitis*, towarzyszące sprawom nowotworowym. Że naczynia krwionośne, stanowiące część składową samej tkanki nowotworu, ulegają pewnym zmianom, jest rzeczą powszechnie znaną. Glejaki nie stanowią pod tym względem wyjątku, przeciwnie tkanka łączna okołonaczyniowa często żywy przyjmuje udział w rozwoju nowotworu, stanowiąc nie rzadko o dalszych jego losach.

Wspominaliśmy już wyżej o okołonaczyniowym bujaniu jąder i wytwarzaniu się tak zw. okołonaczyniowych wałeczków komórkowych (*perivasculäre Zellcylinder*).

Jest to pierwsza i najczęstsza forma zmian w tkance łącznej okołonaczyniowej, stale opisywana przy glejakach i stanowiąca niejako przejście do glejomięsaków.

Rozrost ten tkanki łącznej okołonaczyniowej przenosi się i na błonę zewnętrzną naczyn, stąd *periarteriitis fibrosa*, spostrzegana i opisywana przy sprawach nowotworowych gliomatycznych.

Do zmian chorobowych o wiele rzadszych zaliczyć musimy wykazaną w naszym przypadku *endoarteriitis obliterans*.

W żadnym ze znanych z dostępnej nam literatury opisów glejaków nie mogliśmy znaleźć przynajmniej żadnej o tem wzmianki. I myślimy, że *endoarteriitis obliterans* w naszym przypadku położyć trzeba przeważnie, a może nawet i wyłącznie, na karb sprawy sarkomatycznej. Do powyższego wniosku doszliśmy po przejrzeniu bardzo licznych preparatów drobnowidzowych, mianowicie w miejscach nowotworu o budowie przeważnie gliomatycznej napotykamy naczynia przepelnione krwią, o świetle szerokim i o ścianach cienkich, gdy przeciwnie w tych miejscach, gdzie mamy do czynienia z budową sarkomatyczną, napotykamy najsilniej wyrażony proces na błonie wewnętrznej naczyn, dochodzący do zupełnego zamknięcia ich światła. Patrząc na takie obrazy myśleć możemy o przejściu sprawy rozrostowej [zapalnej] na błonę wewnętrzną naczynia drogą szerzenia się sprawy *per contiguum*. Jakże jednak wytłomaczyć sobie także same zmiany na błonie wewnętrznej, jakie napotykamy w tak licznych naczyniach opony miękkiej? Tu już o szerzeniu się sprawy *per continuum* ani *per contiguum* nie może być wcale mowy.

Ten rozrost błony wewnętrznej naczyn przy mało lub wcale nawet niezmiennych błonach zewnętrznych skłonny byłbym objaśniać bodźcami nie mechanicznymi, lecz chemicznymi, mianowicie pewnym rodzajem wpływu toksycznego, jaki dany nowotwór na tkanki sąsiednie, nie wyłącznie tylko najbliższe, wywiera.

Czy uważać to za objaw wyjątkowej złośliwości sprawy, czy przeciwnie pewnej samoobrony ustroju, który zwięzieniem, *resp.* zamknięciem zupełnem światła naczyn w samym nowotworze i w najbliższym jego otoczeniu stara się złe ograniczyć i umiejscowić, na to odpowiedzieć stanowczo nie potrafię. Opierając się jednak na pewnych stanach fizyologicznych, przy których *endoarteriitis obliterans* występuje jako sprawa celowa dla ustroju pożyteczna, np.

przy inwolucyi macicy w okresie połogowym, bylibyśmy skłonniejsi do oświadczenia się za tem drugim przypuszczeniem.

Powracając raz jeszcze do objawów klinicznych, zwrócić musimy uwagę, że podobnie jak za życia rozpoznanie choroby przedstawiało wielkie trudności, tak i po dokonaniem badania pośmiertnem jeszcze nie wszystkie objawy przyżyciowe objaśnić się dają. Przedewszystkiem przyjąć należy, że dawno istniejący, a powoli rozwijający się nowotwór do chwili nagłego wystąpienia ciężkich przypadków choroby przebiegał skrycie bez widocznych objawów. Bez wątpienia pierwszy wylew krwawy, prawdopodobnie niezbyt obfity, dał powód do nagłego wystąpienia burzliwych objawów choroby, jak: wymiotów, drgawek, utraty przytomności, i t. p. Jak wiadomo, ze wszystkich nowotworów mózgowych glejaki są najbogatsze w naczynia i dają nieraz początek wylewom krwawym, a ta okoliczność powoduje, że częstokroć początek choroby odnosimy do objawów ostrych, zależnych od wylewu. Poprawy w stanie ogólnym naszej chorej, kilkakrotne w ciągu choroby wyjaśnianie się przytomności i ponowna jej utrata wraz z występowaniem innych objawów, jak drgawek i wymiotów, wytlómaczyć się daje przez nowe wylewy krwawe, których ślady w różnych stopniach przemiany wstecznej znajdujemy. Wielki wylew krwi w półkuli lewej wystąpił prawdopodobnie w ostatnich chwilach życia i był przyczyną śmierci dziecka. Natomiast wczesne bardzo wystąpienie zapalenia nerwów wzrokowych odnieść należy do ucisku, spowodowanego przez dawniej istniejący nowotwór.

Pozostałe objawy, jak przykurczenie kończyn, zniesienie odruchów kolonowych, odruchu brzuszego, zez zbieżny i t. p. łatwo objaśnić się dają znalezionymi zmianami mózgowymi. Gorączkę z początku choroby, jakoteż i pod koniec zwykle przy krwotokach mózgowych się spostrzega. Natomiast pochodzenie wyprysku wargowego, który wraz z ostrym początkiem choroby skłaniał nas do przyjęcia choroby zakaźnej, najtrudniej jest nam pojąć, a w każdym razie nie spostrzega się go zwykle, ani przy wylewach krwawych, ani przy nowotworach mózgu.

* * *

Badania drobnowidzowe mózgu w danym przypadku dokonane zostały przy współdziałaniu Szanownego Dziekana BRODOWSKIEGO; praca ta jest zarazem ostatnią, jaką wychodzi z Jego pracowni.

Jakkolwiek zarząd naczelny pracowni anatomo-patologicznej przeszedł już w inne ręce, ośmielamy się jednakże na tem miejscu wyrazić życzenie, a zarazem i szczerą nadzieję, że jeszcze długo korzystać będziemy mogli z życzliwych rad i świątłych wskazówek naszego Czcigodnego Profesora Jubilata, który z szeregu pracowników dawnej swej pracowni bynajmniej się nie wycofuje.

III. 31 SPOSTRZEŻEŃ ZATRZYMANIA GŁÓWKI DZIECKA

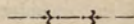
LUB POJEDYŃCZYCH KOŚCI CZASZKI W MACICY

po dekapitacyi lub po urwaniu się tułowia podczas ekstrakcyi płodu.

Podał

Franciszek Neugebauer,

ordynator oddziału chorób kobiecych szpitala Ewangelickiego w Warszawie.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 50].

Tablica synoptyczna 31 spostrzeżeń zatrzymania sub partu główki lub pojedynczych kości czaszki w macicy.

Nr.	Nazwisko autora.	Rodząca.	Przebieg ostatniego porodu	Objawy następcze.	Jak długo ciało obce w macicy pozostało.	Następstwa i przebieg choroby.	Sposób wydobywania ciała obcego.	Wynik ostateczny.	Uwagi.
1	BAGGER 1892.	40-letnia I-para	Zwężenie miednicy. <i>Conj. diag.</i> 6,5 cm. Wypad. pępowiny Obrót, przy ekstrakcyi główka się urwała, daremne kle-szcze, wobec braku kefalotryby, cięcie cesarskie.	?	?	?	Cięcie cesarskie. 4 szwy maciczne głęboko sięgające.	<i>Peritonitis.</i> Wyzdrowienie.	—
2	ESTEP 1837.	III-para. Dwa razy poród kleszczowy.	Główka przy pęknięciu macicy w niej pozostała.	?	?	?	Cięcie brzuszne dla usunięcia główki.	Wyzdrowienie.	—
3	FINCKE 1896.	36-letnia.	<i>P. praematurus</i> w 6 miesiącu po całkowitem krwawieniu. Akuszerka skonstratowała przedowanie łożyska, lekarz dokonał obrotu na nożki i ekstrakcyi płodu. Głow-	Położnica, ciężko chorując, przeleżała cały rok w łóżku i dopiero w 2-gim roku po porodzie przystąpiła do swojej dawnej pracy.	16 lat.	Utrudniona defekacya, przeszkodę — kość czaszki płodu chora osobiście wydobyla z odbytnicy. Uplawy cuchnące. Obecnie po 16 latach moczotok pochwoy, po 7 miesiącach wskutek <i>dysuriae</i> wezwano lekarza. Wytworzenie się przetoki kieszkowopochwo-	Wydobycie kamienia operacyjne.	Zamknięcie się samowolne przetoki kieszkowopochwoy. Zaszycie przetoki pechotkowo-pochwoy. Wyzdrowienie.	Kości czaszki po samowolnej eliminacyi gnilnej powłok ich i zawartości czaszki przez pochwę sponte się wydzielily prócz trzech, które przedziurawiły ścianę odbytnicy i

Nr.	Nazwisko autor.	Rodząca.	Przebieg ostatniego porodu.	Objawy następę.	Jak długo stało obec w macicy pozostało.	Następstwa i przebieg choroby.	Sposób wydobycia ciała obcego.	Wynik ostateczny.	Uwagi.
4	FLECKEN 1849.	?	ka się urwała pozostała w macicy. Embryotomia.	Ułamek kości trójkątnej utkwił w ścianie pochwy.	3 1/2 miesięcy.	wej przez ucisk kości, wydobycie tej kości przez pacjentkę <i>ex ano</i> , wytworzenie się przetoki pęcherzowo-pochwowej wskutek uciskowi innej kości i kamiennej inkrustacji 2 kości, czyli kamienia moczowego, 2 kości czaszki zawierającego, który sterczały i w pochwie i w pęcherzu.	Wydobycie kleszczykami.	Wyzdrowienie.	pęcherza moczowego.
5	FRAIPONT 1894.	?	Po daremnych usiłowaniach kleszczowych obrót nóżki i ekstrakcja, urwanie tułowia od główki.	?	?	Oslabienie, marazm, cuchnące odchody od czasu do czasu wydobyto sztucznie kość pojedynczą lub też takowe samowolnie się wydzielaly. <i>Eczema vulvae</i> , gryzące wypływy.	Operacyjne wydobycie główki.	Wyzdrowienie.	—
6	FREUND 1869.	34-letnia IV-para [3 poronienia, a czwarty poród we właściwym okresie ciąży].	Ekstrakcja płodu przy położeniu pośladkowym, dekapitacja, główka pozostała w macicy.	Eklampsja, <i>tetanus uteri</i> , gorączka, cuchnące upławy, 6-go dnia wyszło sponte łożysko. Pyemia.	10 lat	?	Od czasu do czasu wydobywano pojedyncze kości w szyjce macicy sterczące, lecz nie odważono się wszystkich odrazu usunąć.	?	Podług dzisiejszych poglądów wy-czekiwania bierne FREUND'a zdaje się nie-usprawiedliwionem.
7 do 8	v. HASSEL 1894.	?	Dekapitacja po ekstrakcji za nóżki.	?	?	?	?	?	Raz jeden urwała się główka przy wodogłowi
9	HEUSNER 1880.	I-para 29-letnia <i>rachitis</i>	Pośladkowe położenie, ekstrakcja płodu przez babkę większą.				Cięcie cesarskie z amputacją maciezno-jajnikową z zanurzeniem szpudy.	Śmierć na 2-gi dzień po operacji wskutek otrucia karbo-	—

Nr.	Nazwisko autora.	Rodzająca.	Przebieg ostatniego porodu.	Objawy następne.	Jak długo ciało obce w macicy pozostało.	Następstwa i przebieg choroby.	Sposób wydobycia ciała obcego	Wynik ostatni.	Uwagi.
10	ISTOMIN 1891.	32-letnia ?-para.	Pośladowe położenie, ekstrakcja płodu przez babkę wielką.	?	?	?	Chorą zawieszono do szpitala gdzie pod narkozą wydobyto główkę kleszczami.	lem i utra. ty krwi.	—
11	JÄGGY 1827.	33-letnia mnogoro-dząca, dawniej raz bardzo trudny obrót. <i>Rachitis.</i>	Dwa dni po odejściu wód 12 godzin po pierwszych bólach, obrót i ekstrakcja, lecz główka utkwiała w miednicy, wymóżdżenie nie udało się, a więc dokonano dekapitacji.	—	?	?	Cięcie cesarskie, główkę wydobyto przez ranę brzuszną kleszczami z miednicy.	Wy-zdro-wienie.	Cięcie cesarskie dla wydobycia główki po dekapitacji w macicy pozostałej.
12	KOPCZYŃSKI 1892.	III-para.	Położenie nóżkowe. Mąż ciągnąc za nóżki wydobył tułów dziecka, który od główki się oderwał.	?	3 dni	?	Wprowadzono hak do <i>fm. occipitali</i> i z łatwością główkę wydobyto.	Wy-zdro-wienie.	—
13	KOSIŃSKI 1896.	II-para o znacznem zwężeniu miednicy. Przy I porodzie <i>ex-cerebratio.</i>	Obrót na nóżki, ekstrakcja płodu, główka urwała się i pozostała w macicy.	Gorączka, wyczerpanie sił, charłactwo, encephalopemja.	9 miesięcy.	Przewlekła <i>pyaemia</i> , rozpad gnilny główki dziecka, pozostały tylko obnażone kości w jamie maciczo-pozaojrzynowej. Uciskowe przedziurawienie kiszeki cienkiej i grubej.	Cięcie brzuszne połączone z wydobyciem kości czaszki i wycięciem pętlicy kiszeki cienkiej i pozostawieniem przetoki kiszeki grubej.	Wy-zdro-wienie zupełne	Powikłania następcze: przetoka kiszeki cienkiej i grubej. Pierwszą usunięto operacyjnie, druga <i>sponte</i> obliterowała.
14	Spostrzeżenie innego autora opisał LARROU-TURE 1785.	Rachityczna kobieta.	Po 3-dniowej pracy porodowej, obrót, ekstrakcja, daremne usiłowania wydobycia główki. Dekapitacja.	?	?	?	Cięcie cesarskie, przy którym nacięto pęcherz moczowy. Główkę z trudem wydobyto z miednicy.	† 7-go dnia po operacji.	—

Nr.	Nazwisko autora.	Rodzająca.	Przebieg ostatniego porodu.	Objawy następne.	Jak długo ciało obce w macicy pozostało	Następstwa i przebieg choroby.	Sposób wydobycia ciała obcego.	Wynik ostatni.	Uwagi.
15	ŁAZAN- SKY 1860.	V. para Obrót przez akuszerkę i ekstrakcyę. Główka się urwała i pozostała w macicy po daremnych usiłowaniach wezwano teraz dopiero lekarza, wydobycie główkę kleszczami.	<i>Tetanus uteri</i> uniemożliwiający jakkolwiek rękoczyn operacyjny na razie. Późniejsze próby operacyjne przez autora daremne. Później wyczekiwano główka sponte wyszła,	—	?	?	Samowolne wyjście główki po mnogich, daremnych usiłowaniach operacyjnego wydobycia.	Wyzdrowienie.	—
16	LES1 1891.	29 letnia I para.	Położenie nóżkowe, ekstrakcyę płodu, dekapitacyę.	?	?	?	Cięcie cesarskie, amputacyę maciczno-jajnikową.	Wyzdrowienie.	—
17	LOISNEL 1892.	III para.	Obrót na nóżkę, nóżkę wydobycia lekarz uciął, następnego dnia wydobycie drugą nóżkę i również uciął; 3-go dnia wydobycie tułów dziecka i dokonał dekapitacyi, pozostawiając główkę w macicy.	Wypływy gnilne, cuchnące.	3 1/2 miesięcy.	Pyemia i rozpad czaszki dziecka. Maceracyę powolną główki gnilna. Przetoka pęcherzowa szyi macicznej i przetoka kałowa [macicy czy pochwy].	Wydobycie sztuczne pozostałych w macicy kości.	Wyzdrowienie.	Przetoka pęcherzowa szyi macicznej i przetoka kałowa pochwy.
18	Spostrzeżenie innego autora opisał MEIS- SNER. 1833.	?	Główka przy ekstrakcyi się urwała i w macicy pozostała.	?	?	?	Cięcie cesarskie.	†	Śmierć położnicy wywołała sprawę sądową.

Nr.	Nazwisko autora.	Rodząca.	Przebieg ostatniego porodu.	Objawy następne.	Jak długo ciałko obce w macicy pozostało.	Następstwa i przebieg choroby.	Sposób wydobycia ciała obcego.	Wynik ostatni.	Uwagi.
19	F. NEUGE-BAUER 1895.	Ż. 30 letnia. II-para.	Poród na okresie ciąży. Ekstrakcja obumarłego dziecka 2-go dnia po rozpoczęciu bólów, urwanie się główki.	—	?	Lekarz, wezwany po urwaniu się główki, takową kleszczami wydobył.	Wydobycie kleszczami.	† wskutek rupt. uteri et vaginae.	Sprawa sądowa przeciw fellezerowi X. Uniewinnienie oskarżonego.
20	W. OPITZ 1885	30-letnia IV-para.	Poród ostatni 2½ roku temu, przy wypadnięciu rączki, ukończony przez D-ra MEYBURG'a kranioklazją.	Na razie nie było ujemnych następstw.	2½ roku.	Dopiero w ostatnich czasach uczucie, jakby „coś obcego” znajdowało się w „przyrodzeniu”. Smrodliwe wypływy.	Wydobycie <i>osis temporalis</i> noworodka z szczy macicznej kącaniem. Ułamek kości 3½ cm.	Wyzdrowienie.	—
21 do 24	PURSLAW 1895.	?	Urwanie główki podczas ekstrakcji płodu.	?	?	?	?	?	—
25	RÉMY 1895.	Kobieta o zwężonej miednicy.	Zatrzymanie główki, oddzielonej od tułowia w macicy.	?	?	?	?	?	?
26	SAX-TORPH 1803.	Kobieta o zwężonej miednicy	Akuszerka dokonała przy przedwczesnym porodzie VII mens. obrotu na nóżkę i ekstrakcyi, przyczem główka się urwała.	<i>Tetanus uteri.</i>	Kilka godzin	—	Po długich, daremnych próbach wydobycia główki przez SAXTORPH'a, rodząca o wyczerpanych siłach zabroniła mu dalszego „męczenia jej”. Po kilku godzinach i użyciu makowca, główka <i>sponte</i> do pochwy wyszła.	Wyzdrowienie.	—
27	SZWARTZ 1892.	22-letnia III-para i poród kleszczowy, 2 poród; obrót, dziecko nieżywe.	6. X. pierwsze bóle. 7. X. odejście wód. Daremne usiłowanie ekstrakcyi kleszczowej, obrót na nóżkę, ekstrakcyi, dekapi-tacyi.	<i>Tetanus uteri.</i> 8. X. Eklampsya. <i>Ruptura utero-cervicala</i> , krwawienie obfite.	Od 7 do 8. X.	Krwawienia. Somboleneyca rodzącej.	Po dokonaniu symfizyotomji ekstrakcyi kleszczowa, łatwa.	Wyzdrowienie.	Sposób postępowania: symfizyotomia, dla ułatwienia ekstrakcyi główki po dekapi-tacyi w macicy pozostałej, doznał krytyki bardzo ostrej.

Nr.	Nazwisko autora.	Rodząca.	Przebieg ostatniego porodu.	Objawy następne.	Jak długo ciało obce w macicy pozostało.	Następstwa i przebieg choroby.	Sposób wydobycia ciała obcego.	Wynik ostateczny.	Uwagi.
28	SIEBOLD. 1779.	? para.	? po trudnym obrocie ekstrakcyjnym, urwanie główki.	?	?	?	?	Wyzdrowienie.	Z powodu trudności porodu tego oraz urwania główki przy następnym porodzie ciężce cesarskie, śmierć 8-go dnia <i>p. partum</i> .
29	TOTH 1895.	25-letnia III-para.	W 8 miesiącu ciąży przy przedwczesnym porodzie, położenie pośladowe. Przy ekstrakcyjnej główka się urwała.	Gorączka, śmierzdzące wypływy.	16 miesięcy.	Przez cały rok względna euforya prócz nietypowych krwawień; po roku dopiero zaczęły wychodzić przez pochwę czarne kawałki kości rozpadłych, gnilej czaszki z bólem znacznym.	<i>Sub partu</i> darenne usiłowania wydobycia główki; po 16 miesiącach wydobyto po rozszerzeniu sztucznym szyj macicznej, pozostałe w macicy kości kleszczykami.	Wyzdrowienie.	—
30	VALENTA 1882.	?	Po dekapitacji pozostała w macicy główka wraz z łożyskiem.	Pomimo stanu rzeczy <i>euphoria</i> , lecz chora i rodzina koniecznie żądali usunięcia ciała obcego, ponieważ ze smrodu nie mogą wytrzymać w mieszkaniu.	40 dni.	Na razie euforya prócz smrodu, ani razu nie było dreszczów, macica się skurczyła mocno dookoła główki. Smród piekielny, ciepłota 37,5° C.	<i>Sub partu</i> aż trzech lekarzy darennie pracowało nad wydobyciem. Po 40 dniach V. pod narkozą po dyscyzji szyjki pracując 1 1/2 godziny z trudem wydobył pojedyncze kości kleszczykami, łożysko palcem i skrobaczką.	Wyzdrowienie.	Niezwykła tolerancja macicy dla ciała obcego: główki i łożyska: 1-o gnicie ciała obcego wewnątrz macicy bez następczego zakażenia; 2-o brak wszelkiej tendencji macicy dla wygnania ciała obcego.
31	ŻEMCZUŻNIKOW 1892.	35-letnia VI-para o narośli wielkości pięści, zwięzającej miednicę.	Pośladowe położenie, ekstrakcyjna płodu, dekapitacja. Darenne usiłowania dokończenia porodu.	Ropne wypływy cuchnące.	10 miesięcy.	<i>Endometritis putrida, parametritis</i> o przetokach w obu pachwinach, <i>fistula cervicovaginalis laqueatica</i> wskutek wdrażenia kości.	Wydobyto po dyscyzji szyjki kleszczykami, 51 ułamków kości.	Wyzdrowienie.	Areyclekawe spostrzeżenie. Tendencja do samowolnej eliminacji ciała obcego na drodze ropienia. Brak danych co do łożyska.

Towarzystwa lekarzy prowincjonalnych.

Sprawozdanie z posiedzeń Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego za rok 1896.

[Dokończenie — Patrz Nr. 50].

Kol STERLING sądzi, że już przy pierwszym widzeniu chorych nie było wątpliwości, że nie jest to *dermatomyositis*. Chory zupełnie ubrany, w podnieceniu chodzący po pokoju, przy ciepłocie z górą 40°C. [pomijając inne objawy, jak niesymetryczny obrzęk twarzy], nie może wzbudzić podejrzenia *dermatomyosytidisy* z tego powodu, że cierpienie to daje podobną gorączkę w okresie, kiedy chory musi leżeć i przedstawia wyraźne inne objawy rozwiniętego już cierpienia.

Dalej S. przytacza dane statystyczne, dzięki kol. FEDECKIEMU z Kalisza uzyskane, które pozwalają sądzić z prawdopodobieństwem bardzo wielkiem, że sporadyczne przypadki włośnicy są u nas wielokroć częstsze, aniżeli o tem kazuistyka lekarska mówi.

KAUFMAN mówi „O porodach w przytulku położniczym przy szpitalu żydowskim w roku 1895“ i zaznacza przede wszystkim, że obecnie jeszcze bardzo dużo kobiet ginie przy porodzie, t. j. przy sprawie, która w zasadzie zalicza się do fizyologicznych. Sprawozdania *Königl. Landesmedic. Collegium* wykazuje, że w Saksonii, w kraju, w którym pomoc lekarska jest idealnie zorganizowaną, w którym akuszarki kształcą się pod kierunkiem tak wytrawnych nauczycieli, jakim jest np. LEOPOLD, w którym kontrola nad działalnością akuszerki jest niezwykle ścisłą i dokładną, umarło od 1883—1892 r. 10000 położnic [6,5:1000], przeważnie wskutek gorączki połogowej. Dla Królestwa nie posiadamy dokładnych cyfr. Nie ulega jednak wątpliwości, że u nas na tle niechlujstwa i ciemnoty klasy biednej stosunki są znacznie gorsze i położnice umierają tysiącami. Wobec zaś badań szkoły lipskiej [DOEDERLEIN'a, KROENIG'a, MENGE'go], która uczy, że w narządach płciowych ciężarnej niema drobnoustrojów zakażenia septycznego, a jeśli są, to zostały wprowadzone przy badaniu, dochodzimy do bardzo pesymistycznego wniosku, mianowicie, że w obecnych warunkach t. z. pomoc akuszeryjna przynosi więcej szkody, niż pożytku. Zaradzić złemu można jedynie przez jak najszersze stosowanie i nauczanie zewnętrznego badania i sprowadzenie do *minimum* wewnętrznego. Metoda badania zewnętrznego ma niewątpliwie braki, ale pamiętać należy, że jest metodą i rozwija się stopniowo. Pewne uzupełnienia np. zawiera ostatnia praca twórcy jej LEOPOLD'a (49 *Arch. f. G.*), a PAWLİK wzbogacił ją przez podanie rękoczynu, służącego do wyczuwania brzozy szyjowej (*Halsfurche*). Zły stan warunków ogólnych odbija się ujemnie na statystyce przytulku, ponieważ czasami wstępują do niego chore już w późniejszych okresach porodu i już zakażone i stają się rozsądnikiem gorączki dla innych rodzących. Wskutek tego w roku zeszłym 8% ogólnej liczby przebyło połóg gorączkowy, a oprócz tego 15% gorączkowało przez czas krótki [! lub 2 dni]. Nie zatrzymując się długo nad poszczególną statystyką porodów w przytulku z tego względu, że liczba ich była bardzo małą [w roku zeszłym 60, a za całe 3 lata istnienia przytulku 135], KAUFMAN podaje liczbę operacji akuszeryjnych [1 laparotomia 2 kraniotomia 1 kleszcze, 4 razy obrót, 2 razy ręczne odklejanie łożyska] i przytacza niektóre ciekawsze przypadki.

1) U chorej, operowanej z powodu pęknięcia macicy, zaraz po operacji zauważono porażenie prawej ręki, zmniejszenie siły mięśniowej i nieznaczne osłabienie czucia. Objawy te, powoli zmniejszając się, ustąpiły zaledwie po upływie 2-ch miesięcy. Tego rodzaju porażenia spłotu ramie-

niowego, powstające podczas narkozy (t. zw. *Narkosenlähmung*) spowodowane są przez ucisk na nerw wskutek nadmiernej addukcji, albo też silnej abdukcji i ekstensji. Chora była operowaną na stole CZEMPIN'a, który jest tak wązki, że nie można na nim umieścić rąk równolegle z tułowiem. Zwiększają się one przeto, a niedbały personel pomocniczy nadaje im taki układ, który sprzyja właśnie powstaniu porażenia.

2) „Samodzielne zagojenie się przetoki pęcherzo-pochwowej“ spostrzegano u chorej z silnie zwężoną, rachityczną miednicą. Pacyetka przybyła do przytulku czwartej doby od początku porodu. Istnienie przetoki, swobodnie przepuszczającej palec, skonstatowano zaraz po przybyciu chorej, przed operacją [wymóżdżeniem]. Po 2 tygodniach położu bezgorączkowego chora wypisała się, przyrzekając powrócić za parę tygodni w celu poddania się operacji przetoki. Operacja okazała się zbyteczną, ponieważ przetoka, jak dokładnie stwierdzono, zupełnie nie leczona, samodzielnie zagoiła się.

3) „Przypadek ospy krwotocznej spostrzegano u położnicy“, która nie miała nigdy ospy szczepionej. Pierwsze objawy wystąpiły na 2-gi dzień po porodzie. W położu często krwawienia z organów płciowych. Zmarła 10-go dnia po porodzie. (Był to zarazem jedyny przypadek śmierci w przytulku przez całe 3 lata). Według VOIGT'a (*Ueber d. Einfluss d. Pockenkr. auf Menst. Schwang. etc. Volkm. Vortr.*), znanym jest dotychczas jeden tylko wiarogodny przypadek z hamburskiego szpitala w r. 1872, w którym położnica, chora na ospę krwotoczną, ocalała. U dziecka zmarłej pacjentki pierwsze oznaki ospy wystąpiły 10-go dnia po urodzeniu. Dziecko zmarło w 9 dni potem (*stad. pustulosum*).

4) „Uporczywe i silne krwawienie w położu“ spostrzegano u położnicy po porodzie prawidłowym. 9 dni przeszło bez gorączki i bez żadnych zaburzeń. Od 10-go stale i obficie krwawi. Sporysz, *hydrastis etc.* pozostają bez wpływu. Badanie nie wykazało ani resztek łożyska, ani paraliżu miejsca przyczepu łożyska. Tamponowano macicę gazą jodoformową przez 4 dni z rzędu. Krwawienia ustały dopiero po wyłyżeczkowaniu macicy, przyczem zresztą, oprócz kilku kawałków błony doczesnej, nic więcej nie wydobyto. Chora gorączkowała przez 4 tygodnie.

5) Szajndla K. w ciąży poraż 5-ty. Cierpi od 6 lat na prawą nogę (*coxitis dextra, pes valgus*). Piód w położeniu poprzecznym. Przy badaniu wewnętrznym skonstatowano, że miednica jest ukośnie zwężona wskutek narosła kostnej wielkości pomarańczy, odpowiadającej stawowi biodrowemu prawemu. W 2½ godziny po dokonaniu obrotu chora urodziła żywe dziecko, wążące 3500 grm.

Wreszcie zaznacza KAUFMAN, że, zgodnie z poglądami AHLFELD'a i DOHRN'a, w okresie poporodowym zachowywano się wyczekująco; wygniatano łożysko nieraz dopiero po kilku godzinach. Ręczne odklejanie stosowane było 2 razy [po 2¼ i 4½ godz.]

Wobec odkrycia EROSS'a (*43 B. Arch. f. G.*), sprawdzonego na klinice KALTENBACH'a (*ROESING XXX B. Z. f. G.*), że 22% ogółu noworodków gorączkuje wskutek zakażenia z powodu niewłaściwego opatrywania pępownicy, próbowano w ostatnich czasach w przytulku zabiegu, proponowanego już przez AHLFELD'a (*Geburtshülfe; 45 Arch. f. G.*) mianowicie wtórnego obcinania pępownicy, z tą różnicą, że zamiast na 3-ci lub 4-ty dzień—dokonywano go już po 24-ch godzinach.

W dyskusji nad kwestyami, poruszonemi w odczycie K., przyjmowali udział:

1) SAKS, który ze względu na przypuszczenie, co do możliwości pochodzenia krwotoków w wyżej wspomnianym przypadku od *deciduoma*, zwraca uwagę na to, że dla rozpoznania *deciduoma*, brak pozytywnych danych [bada-

nie drobnowidzowej, jak również, że przeciwko temu przemawia i dodatni wynik, jaki otrzymano po wyłyżeczkowaniu macicy. Saks nie zgadza się również z wnioskiem K., że akuszeryia więcej szkody przynosi, niż pożytku.

2) RUNDO wyjaśnia, jak pojmować należy orzeczenie, że akuszerya przynosi więcej szkody, niż pożytku. Akuszerya przynosi pożytek przez operacje położnicze, zatem przez działalność lekarzy, nb. jeżeli ci odpowiednio do tej działalności są przygotowani i jeżeli przyjmujemy, że nie operują tam, gdzie operacja jest zbyteczna; wszelka bowiem interwencja, jeżeli jest zbyteczna, jak łatwo zrozumieć, jest szkodliwą. Za to wielką szkodę, o wiele przewyższającą powyższe korzyści, przynosi działalność akuszerki przez zaniedbanie czystości, a tem samem przez rozszerzanie gorączki połogowej. Tym sposobem nie trudno przypuścić, że społeczeństwo, które byłoby zupełnie pozbawione pomocy akuszeryjnej — co w praktyce jest, rozumie się, nie nóżebnem — nie gorzej, a możeby nawet lepiej na tem wyszło. Nie zmniejsza to jednak bynajmniej znaczenia akuszeryi; należy tylko dążyć wszelkimi sposobami do zmniejszenia złego, wynikającego przeważnie z obsługi rodzących przez akuszerki.

PAŃSKI. „Przypadek skurczów klonicznych mięśnia szyi i karku“.

H. M., 22 lat, trudniący się sprzedażą pakierosów na ulicy, jest chory od lat 10. Pochodzi ze zdrowej rodziny, dobrze zbudowany. Ani reumatyzmu, ani innej poważniejszej choroby nie miał. Serce i inne narządy wewnętrzne zdrowe. Odruchy ścięgniste nie zwiększone. Nigdzie niema znieczuleń i zupełnie brak objawów histerycznych. Onanizuje się od lat kilku; *coitum* nie miał jeszcze. Wzrok, słuch w porządku. O powstaniu cierpienia i przebiegu chory nie ma dokładnego pojęcia: miały od razu wystąpić drgawki, które wykręcały głowę i oczy w prawą stronę, a ramię unosiły ku górze i od początku cierpienia chory miał jakoby nie zaznać spokoju. Obecnie stan jest następujący: ciągle powtarzające się skurcze mięśni szyjowych i karku wykręcają głowę w prawą stronę, prawą połowę twarzy ku plecóm, prawe ucho zbliżają do ramienia, prawą połowę szczęki dolnej do piersi. Skurcz taki trwa $\frac{1}{2}$ minuty i dłużej, poczem następuje przerwa, trwająca kilka sekund, podczas której chory wyprostowuje głowę. Czasem skurcz mięśni unosi ramię i zewnętrzny kąt łopatki ku górze; wtedy prawe ramię stoi wyżej od lewego o 5 ctm., tak samo prawie *spina il. sup.*, tułów przechylony jest w prawą stronę, prawe ucho oddalone jest od wyrostka barkowego na .2 ctm., lewe na 28; kręgosłup w części szyjowej zwrócony jest wypukłością ku stronie lewej, w części zaś piersiowej i lędźwiowej ku stronie prawej.

Chory może siłą woli powstrzymać skurcze w przeciągu kilku sekund, lub dłużej jeszcze, gdy założy prawą rękę na kark. Głowa wyprostowuje się na chwilę przy ucisku na *ner. acces. sin.* Gdy chory ułoży się, opierając odpowiednio głowę o poduszki, skurcz ustaje; również podczas snu skurczów niema żadnych. Gdy chory jest obserwowany lub wzruszony, skurcze są silniejsze.

Zwrócić jeszcze muszę uwagę na zanik mięśni prawej strony: kapturowego, mostko-obojęczyko-sutkowego, nadgrzebieniowego, podgrzebieniowego i najszerszego grzbietu [czy nie *atrophia irritativa* z powodu noszenia szafki z papierosami na sznurku, zarzuconym przez plecy?]; pobudliwość jednak tych mięśni na prąd stały i przerywany nie jest zmieniona w porównaniu z drugą stroną. Siła mięśniowa zachowana.

Trudno określić, jak zwykle w tych przypadkach, które mięśnie przyjmują udział czynny w skurczu. Przypuszczalnie te, które sobie wzajemnie pomagają przy odwracaniu twarzy i głowy w jedną stronę, a więc odwracające twarz ku stronie przeciwnej: lewy mostko-obojęczyko-sutkowy i lewy kapturowy i odwracające twarz ku stronie odpowiedniej: prawy mięsień kłębkowy

i prawy skośny głowy dolny. Prócz tych jeszcze dźwigacz kąta łopatki czasami podlega skurczom

Jeszcze trudniej rozpoznać naturę cierpienia. W płasawicy przyjmowałby udział w drgawkach nie tylko mięśnie szyi, które wogóle rzadko podlegają skurczom klonicznym, lecz i inne grupy mięśniowe; wogóle drgawki występowałyby raz w tej części ciała lub kończynie, to znów w innej. Płasawica zazwyczaj nie trwa bez przerwy z górą lat 10; często kombinuje się z reumatyzmem i wadą serca, to znów z jakąś psychozą lub neurozą [histeryą]; zdarza się u osobników bezkrwistych i źle odżywianych. Tempo drgawek bywa szybsze i przerwy między drgawkami trwają dłużej.

W *myoclonus* drgawki dotyczą przeważnie mięśni tułowia i kończyn; zawzajem mięśnie obydwóch stron podlegają cierpieniu; odruchy ścięgniste i skórne bywają zwiększone i rezultatem drgawek rzadko bywa ruch cała kończyna, lecz tylko skurcz oddzielnych mięśni. Tempo drgawek jest szybsze.

W *maladie des tics* drgawki zaczynają się tylko w mięśniach twarzy, potem dopiero przechodzą na mięśnie szyi; drgawki są krótkotrwałe i gwałtowne; przerwy pomiędzy drgawkami są zwykle długie; przy tem cierpieniu często bywa *echolalia* i *coprolalia* i jakby przymusowe czyny i wyobrażenia (*Zwangs-Handlungen-Vorstellungen*). Pozostają skurcze kloniczne mięśni szyi i karku, jako cierpienie samoistne, z którym opisany przez nas obraz choroby najwięcej ma cech wspólnych.

Rokowanie, co do czasu trwania skurczów, jest niepomyślne i gdyby nastąpiła poprawa, a nawet wyleczenie, recydywa jest możliwą i po latach spokoju.

Ponieważ choremu, z powodu dręczącego go już od lat 10-ciu cierpiecia, życie się sprzykrzyło i wszelkie środki lecznicze były już bezskutecznie stosowane, należałoby wziąć pod uwagę metodę CORNING'a, zachwalaną przez wynalazcę, ale przez nikogo jeszcze nie wypróbowaną t. zw. *elaeomyenchesis*, wsrzykiwania w mięśnie płynu, szybko na zimnie krzepnącego, do czego CORNING używa *ol. theobromini* z parafiną, która to mieszanina przy ciepłocie krwi pozostaje twardą, a więc nie podlega dyfuzji, również i neurotomię lub neurektomię *nervi access* i I—IV *cervical.*, metodę, mającą coraz więcej zwolenników i przez niektórych [RICHARDSON i WALSON] za jedynie racjonalną uważaną. Po tej operacji skurcze się nie powtarzają, występujący natomiast niedowład ciała przeszkadza choremu.

SAKS. „O stosowaniu tyreoidyny w ginekologii“.

W roku bieżącym PONQUÉ zdawał sprawę w Akademii lekarskiej w Brukseli z pracy HERROGH'a, w której autor starał się wykazać ścisły związek, zachodzący pomiędzy narządami płciowymi i gruczołami mlecznymi z jednej, gruczołem zaś tarczowym z drugiej strony. Autor dowodzi, iż wydzielina gruczołu tarczowego wywołuje stan pewnej niedokrwistości narządów płciowych kobiety, działa zaś pobudzająco na wydzielanie się mleka u kobiet karmiących. Z tego względu zaleca autor leczenie tyreoidyną krwawień macicznych, zależnych od najrozmaitszych przyczyn, nawet od raka i włókniaków macicznych; u kobiet karmiących, u których ilość pokarmu z jakiegobądź powodu zmniejszyła się, leczenie wyżej wymienione bywa też podobno bardzo pożyteczne. Przychylnie głosy dla omawianego leczenia w pewnych cierpieniach macicy doszły też z Angli i Francji. S. próbował terapii tyreoidynowej, mianowicie w następujących przypadkach stosował tabletki, zawierające 0,3 suchego gruczołu tarczowego, przyczem objawów postronnych nie zauważył: dwa przypadki krwawień macicznych, zależnych od nieżytu przewlekłego macicy i tyło-pochylenie jej; jeden przypadek krwawienia z macicy po poronieniu; dwa przypadki *menorrhagiae* wskutek *endometritidis fungosae*; 1 przyp. *metrorrhagiae*, zależnej prawdopodobnie od otyłości; 1 przyp. *dysmenorrhoeae*, zależnej prawdopodobnie od tyłopochylenia macicy; 1 przypadek nie nadającego się do operacji

raka części pochwowej i pochwy. We wszystkich przypadkach [z wyjątkiem jednego wątpliwego] wyniki były ujemne.

LIKIERNIK przedstawił nowotwór (*lipoma*) wielkości fasoli, usunięty z twardówki oka 28-letniej kobiety; nowotwór był wrodzony.

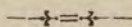
KOHN J. zdawał sprawę z obserwowanych przez niego 113 położnic i rodzących wśród ubogiej ludności żydowskiej Łodzi, w ciągu ostatnich lat 7, przyczem mówił o rozmaitych formach zakażenia połogowego, o rozpoznaniu ich i leczeniu.

W dyskusyi, która miała miejsce nad rozmaitemi kwestyami poruszanemi przez kol. K., brali udział: KAUFMAN, LIKIERNIK, RUNDO, STERLING, SAKS i KOLIŃSKI.

LANDAU A. przeczytał pracę p. t. „Kur v. Róžyczka“ (*Rubeola, Rötheln*). Dawniej pod tem mianem pojmowano nietypowe cierpienie ciężkie, dające dużą odsetkę śmiertelności. W ostatnich czasach wyodrębniono kur, jako samą oistną, ostrą chorobę wysypkową, opierając się na tem, że przebycie jej nie zabezpiecza od innych chorób wysypkowych [odry, szkarlatyny], jak również, że przebycie tych ostatnich nie zabezpiecza od kuru. THOMAS, L. WOLBERG, V. GENZER, J. KRAMSZTYK i LANDE spostrzegali przypadki zapadania na kur, odrę i szkarlatynę u jednych i tych samych osobników w stosunkowo krótkim czasie [od tygodnia do 2—4 miesięcy]. Kur najczęściej zbliża się do odry, od której odróżnia się tem, że okres wylegania trwa dłużej [14—21 dni]; objawów nieżytowych brak, lub są bardzo niewyraźne; gorączki prodromalnej niema, podniesienie ciepłoty występuje jednocześnie z wysypką, ta ostatnia w kilkanaście godzin zajmuje całe ciało i również szybko znika wraz z gorączką; brak lub słabo wyrażone łuszczenie; żadnych powikłań. Kur jest zatem zawsze cierpieniem łagodnym.

STERLING odczytuje rzecz p. t. „Z powodu oceniania wyników leczenia błonicy surowicą swoistą“. Kartka ze „statystyki lekarskiej“. [Drukowane w Krynicy lekarskiej. № 1, z 1897 r.]

Wiadomości drobne.



— Prof. ARNOLD opisuje przypadek kamieni płucnych, 53-letni kamieniarz, od wielu lat cierpiący na *phthis. fibrosa*, oddawał przy kaszlu małe kamyki, czasami po 6—7 w ciągu dnia. Przy sekcyi znaleziono w płucach zmiany właściwe pylicy (*anthracosis*): pośród tkanki płucnej mnóstwo twardych złożeń o budowie „koncentrycznej, barwy szarej lub szaro-czarnej; w jednym płucu jama gruźlicza o ścianach gładkich, z mnóstwem wypukleń, w których siedziały małe, czarne, twarde kamyki [70 sztuk]; jeden ostry kamień większego kalibru był wklinowany w ścianę jamy i jedną z gałęzi tętnicy płucnej. Nadto znaleziono *tuberculosis et anthracosis* śledziony i wątroby. Kamyki były rozmaitego kształtu i wielkości; od bardzo małych do 5—7 mm., okrągławe lub płaskie, niektóre z wyrostkiem, płamistego lub równomiernie szarego koloru; na przekroju bezbarwne części na przemian z zabarwionemi; pod drobnowidzem masy szkliste o budowie współśrodkowej, zawierające kupki barwnika [z grafitu], zewnętrzna zaś powłoka zwykle składała się także z mas barwnikowych.

(*Munch, medic. Woch.* 1897. Nr. 47).

M. R.

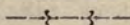
— Prof. v. BECK wyłuszczył [przez laparatomię] śledzionę rozdartą, bez naruszenia powłok brzusznych, po wypadnięciu chorego z powozu. Zejście w wyzdrowienie. W 4 miesiące po operacji nie było objawów leukemii; ilość czerwonych krążków 4600000 (*anaemia*), stosunek ich do białych ciałek 1:300 do 1:350; ani gruczolę chłon.

ne, ani tarczowe nie powiększone. Z 6 dotychczas znanych przypadków laparosple-
nektomii w 5 zejście było śmiertelne.

(*Münch. med. Woch.* 1897. Nr. 47).

M. R.

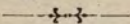
N E K R O L O G.



— W dniu 25 listopada r. b. zmarł ś. p. JAN WACŁAW SAWICKI, lekarz od lat 16 osiadły w Grójcu w gub. Łomżyńskiej. Studya lekarskie rozpoczął w Uniwersytecie Warszawskim, ukończył zaś w Akademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu. Zmarły przeszedł twardą szkołę życiową i własnej tylko pracy zawdzięczał całe swe wykształcenie i to stanowisko, jakie pozyskał. Mimo ciężkich warunków życia, w jakich pozostają wszyscy prawie nasi lekarze prowincjonalni i więcej, niż gdziekolwiek, utrudnionych stosunkowo, pracy naukowej, poświęcił śp. SAWICKI cały swój czas wolny od praktyki i zajęć urzędowych, dających mu ciężko zapracowany chleb powszedni; poświęcał się studjom naukowym nad fizjologią układu nerwowego. Przez czas jakiś pracował w Zakładzie fizyologicznym Uniwersyteru Jagiellońskiego, pod kierunkiem prof. CYBUŁSKIEGO, a zresztą prowadził badania w swej własnej ze szczupłych środków urządzonej pracowni. Owocem tych badań były dwie większe prace: jedna z nich p. t. „Wpływ czynników fizycznych i chemicznych na elektryczne własności nerwów i innych tkanek“ była drukowaną w tomie 88 Pamiętnika Towarz. Lekarskiego Warszawskiego [1892 r.], a druk drugiej p. t. „Falowania nerwowe jako równoważniki zjawisk psychicznych, Zarys energetyki układu nerwowego“ rozpoczęty został w ostatnich tygodniach życia autora również w Pamiętniku. Prócz tego w Gazecie Lekarskiej 1894 r. ogłosił notatkę: „Przypadek wypadnięcia kiszki prostej, sztucznie wywołanego w ostatnim okresie porodu“.

M. J.

Od Wydawcy.



„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1898 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1898 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumerycyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: Katalog nowych dzieł księgarni E. Wendego i S-ki za m. listopada 1897.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довозлено Цензурою, Варшава 5 Декабря 1897. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.