

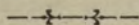
GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOŚCIŃSKIEGO W WARSZAWIE.

I. Z KAZUISTYKI STŁUCZEŃ BRZUCHA, POWODUJĄCYCH PRZEDZIURAWIENIE KISZEK.

Podał

Dr. Franciszek Kijewski,
ordynator kliniki chirurgicznej.



W r. 1893 ogłosiłem dwa przypadki kontuzji brzucha z przedziurawieniem kiszek bez naruszenia całości ścian zewnętrznych brzucha. Przypadki te, leczone na drodze operacyjnej przez laparotomię, wycięcie uszkodzonego kawałka i następnie zeszytanie kiszki, zakończyły się wyzdrowieniem chorych ¹⁾.

W roku bieżącym na klinice chirurgicznej mieliśmy nowe dwa przypadki z podobnym uszkodzeniem i chociaż zejście było niepomyślne, jednak pozwałam tu sobie je przytoczyć.

Przypadek I-szy. Władysław K. 22 lat, ślusarz, był przywieziony na klinikę chirurgiczną 15 stycznia b. r.. Chory opowiada, że przed 4-ma dniami podczas roboty przy zakładaniu rur wodociągowych uległ wypadkowi: rura pękła i odłam uderzył go w brzuch. Uderzenie było potężne, chory upadł i stracił przytomność, którą odzyskał zaledwie po kilku godzinach, gdy go już przenieśli do mieszkania. Uskarżał się też zaraz na silne bóle w brzuchu. Na drugi dzień po wypadku dopiero wystąpiły wymioty. Wezwany jeden z chirurgów wtedy już przypuszczał przedziurawienie kiszki, chory jednak na żaden zabieg się nie zgadzał. Wymioty w ciągu tych kilku dni ciągle się powtarzały i jak chory sam zaznacza, miały zapach kałowy, bóle w brzuchu nie ustąpiły, siły chorego bardzo się wyczerpały i stan taki zmusił go do szukania pomocy w klinice.

Chory niezmiernie blady, z oczami zapadniętymi, jęczy ustawicznie, ledwo się porusza na łóżku skutkiem niezmiernego osłabienia. Ciepłota nie podniesiona, tętno 120, małe, drobne. Brzuch nader wzdęty, jak beczka, powłoki napięte, w okolicy wątroby odgłos tympaniczny. Z lewej strony

¹⁾ Gazeta Lekarska. Nr. 22. 1893.

n hypogastrio na skórze znajdujemy siniaka wielkości dłoni, innych zmian nie widać.

Rozpoznaliśmy pęknięcie kiszki, przedostanie się kału do otrzewnej i *peritonitis stercoralis diffusa*. Wobec wybitnych cech zapalenia otrzewnej przystąpiliśmy natychmiast do operacji. *Sub chloroformo* prof. Kosiński otworzył jamę brzuszną, wypełnioną znaczną ilością gazów i kału. Po oczyszczeniu jamy i usunięciu kału znaleźliśmy otwór w kiszce cienkiej. Mając na uwadze ciężki stan chorego, nie kusiliśmy się o resekcję uszkodzonej kiszki, lecz pętlicę tę na zewnątrz wyciągnięto, a dla utrzymania jej pod kiszka przez kreskę przeprowadzono pasek gazy jodoformowej. Jamę otrzewnej oczyszczono, wymyło ją starannie fizyologicznym roztworem soli kuchennej. Na ścianę brzucha założono w części szwy, a do jamy otrzewnej wprowadzono dwa długie sączki.

16. I. 1896 r.. Stan chorego cokolwiek lepszy. Ciepłota prawidłowa, tętno 90. Chory zupełnie przytomny, odpowiada wyraźnie na pytania, skarży się na ustawiczną czkawkę i chwilami na wymioty. Brzuch dosyć miękki. Żołądek przemyto, opaskę zaś zmieniono.

17. I. Stan dosyć znośny, lecz ustawiczna czkawka męczy chorego. Brzuch miękki, niezbyt bolesny.

18. I. Czkawka i wymioty ustąpiły. Tętno 90, ciepłota prawidłowa. Stan ogólny znacznie lepszy. Łaknienie wraca. Wydzielina z otrzewnej nader obfita. Ze względu na kał opatrunki zmienia się dwa razy dziennie. Stan chorego zwolna się poprawiał, ropienie jednak w jamie otrzewnej było bardzo silne.

29. I. Chory dostał dreszczy, gorączki, bólu i zaczerwienienia twarzy. Rozwinęła się *erysipelas faciei*.

30. I. Róża pełznie po głowie. Osłabienie się zwiększyło.

6. II. Róża na twarzy i głowie się zakończyła. Chory nie gorączkuje, niezmiernie jednak wychudzony, osłabiony, senny. Z brzucha wydzielina nader obfita, część kału wypływa na zewnątrz, a część pomimo zabezpieczenia zatrzymuje się pomiędzy pętlcami, skutkiem czego należy nader często zmieniać opatrunki.

10. II. Naokoło rany na brzuchu powstała pryszczycza. Wydzielina z brzucha nader obfita. Chory uskarża się na bóle w brzuchu, osłabienie znaczne, gorączki niema.

15. II. Stan cokolwiek lepszy, chory jednak niezmiernie wychudzony, pozostały literalnie skóra i kości. Wydzielina z jamy brzusznej wciąż nader obfita.

Mając na względzie zaciekanie kału do jamy brzusznej, zatrzymywanie się go w jamie miednicy, podtrzymywanie przeto i tak obfitego ropienia, prof. Kosiński zdecydował się zeszyć kiszkę. W tym celu *sub chloroformo* pętlicę kiszki odseparował, część kiszki, w której znajdował się otwór, wyciął, nałożył następnie szew i pętlicę zaszytą odprowadził do brzucha; ścianę brzucha zeszył, pozostawiając w dolnej części rany otwór, przez który wprowadził do jamy otrzewnej pasek gazy jodoformowej.

18. II. Ciepłota prawidłowa, tętno jednak 120, bardzo drobne. Nudności i wymioty.

19. II. Opaska zupełnie sucha. Stan taki sam, niezmiernie osłabienie. Chory uskarża się na ustawiczne wymioty.

20. II. Ciepłota nie podnosi się, tętno słabe, wyżej 100. Wymioty się uspokoiły. Chory pokarmów zupełnie nie przyjmuje, osłabienie się wzmacnia.

21. II. Śmierć nastąpiła.

Na sekcji oprócz niezmiernego wyniszczenia i objawów rozlanego zapalenia otrzewnej znaleziono ogniska zgorzelinowe na błonie śluzowej kiszki grubej.

Przypadek 2-gi. *Contusio abdominis. Ruptura intestini. Peritonitis stercoralis.*

Dnia 13-go października roku bieżącego przywieziono o godzinie 2½ po południu do kliniki chirurgicznej Józefa F., 30-letniego maszynistę z jednej z fabryk okolicy Warszawy. Chory opowiadał, że przed 3 godzinami uległ w fabryce wypadkowi. Z koła maszynowego należało zdjąć linę, w tym też celu F. zatrzymał maszynę wszedł na górę i linę zrzucił; koniec liny pociągnął go za sobą i F. upadł brzuchem na koło maszyny, które jeszcze się obracało siłą rozpędu, gdyż maszyna już nie była w biegu. Owo koło, obracając się, przyparło chorego do muru, który znajdował się w odległości 6 cali od powierzchni obrotowej koła. Szerokość koła zajęła przestrzeń pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym i spojeniem łonowym, tym sposobem cała jama brzuszna została uciśniętą, ucisk szedł w kierunku od lewej strony ku prawej, skośnie od dołu ku górze. Koło, znajdując taką przeszkodę, naturalnie zatrzymało się, a chory, skutkiem tego przyparty do muru, zawisł w powietrzu. Na krzyk nieszczęśliwego zbiegli się ludzie i usiłowali go wyciągnąć, ale napróżno, każde poruszenie koła sprawiało mu szalone bóle, zmuszeni też byli rozwalić w tem miejscu ścianę, co trwało około ½ godziny, i przez utworzony otwór wydobyć chorego, który w ciągu tego zachował zupełną przytomność. Ułożono go zaraz na wóz i jęczącego przywieziono do Warszawy do szpitala Sw. Ducha. Podczas drogi wystąpiły wymioty, lecz bez krwi. Żołądek chory miał próżny, gdyż obiadu jeszcze nie jadł, a rano wypił tylko herbatę. Po przywiezieniu na klinikę zaraz go obejrzałem. Chory dobrej budowy i odżywiania. W lewej okolicy pachwinowej znajduje się obszerny podbieg krwawy, na brzuchu skóra starta i podbiegnięcia w kierunku od *spina ossis ilei ant. sup. sin. str.* ku górze na prawo, miejscami pęknięcie skóry, lecz tylko powierzchowne. Brzuch na dotyk niezmiernie bolesny, jednak nie wzdęty, mięśnie brzucha napięte. Tętno 80, pełne. Ciepłota nie podniesiona. Kości nigdzie nie pogniecione, na kręgosłupie w dolnej części od tyłu starcie skóry szerokości dłoni.

Zastosowano choremu na brzuch lód, pod skórę wstrzyknięto morfinę. Wypróżnień w dniu wypadku chory nie miał; do wieczora mocz sam nie odszedł, założono też cewnik i wypuszczono około 200 ctm sz. moczu bez krwi

14. X. Ból znacznie mniejszy, wzdęcia brzucha i wymiotów niema. Oddech równy, swobodny, tętno 80, pełne. Mocz, wypuszczony za pomocą cew-

nika, z całej doby w ilości 1027 ctm sz., bez krwi, lecz ze śladami białka. Ciepłota wieczorem się podniosła do 38,2°.

15. X. Brzuch nieco wzdęty, niezbyt bolesny, czkawka, wymioty żółcią. Gazy cokolwiek odchodzą przez kışkę stolcową. Przemyto ostrożnie *rectum*, przyczem odeszło trochę gazów i cokolwiek zawartości kışek, krwi w wypłuczynach zupełnie nie było. Mocz chory sam oddaje. Ciepłota 36,5°, tętno 90.

16. X. Brzuch wzdęty, w okolicy wątroby oddźwięk tympanityczny, bolesność niewielka, wymioty obfite żółciowe. Gazy przez kışkę stolcową zupełnie nie odchodzą, przy przemywaniu otrzymujemy niemal czystą wodę. Ciepłota nawet wieczorem nie przenosi 37,0°, tętno 90.

17. X. Brzuch jeszcze więcej wzdęty, mało bolesny, gazy zupełnie nie odchodzą pomimo przemywań. Wymioty. Ciepłota rano 35,6°, tętno 84.

Sub chloroformo laparotomia. Ściany brzucha całe przepojone krwią, otrzewna mocno zaczerwieniona, nastrzyknięta, pętlice kışek pozlepiane ze sobą. Po otwarciu otrzewnej z prawego dołu pachwinowego zaczęła wypływać znaczna ilość kału płynnego. Zwolna wyciągnięto pętlicę kışek cienkich i w pobliżu kışki ślepej znaleziono w *ileum* pęknięcie poprzeczne, długości 1,5 ctm., otwór w kışce niewielki, błona śluzowa wywrócona, naokoło pęknięcia podbiegi krwawe w ścianie samej kışki, ściana zgnieciona.

W innej pętlicy kışki cienkiej znaleziono pęknięcie skośne; pękły otrzewna i warstwa mięsna, błona śluzowa zaś ocalała; w innym znów miejscu tylko znaczne pęknięcie błony surowiczej.

Zmiażdżoną część kışki wraz z otworem resekowano, wycięto około 4 ctm. ściany, następnie kışkę zeszyto. Również nałożono szew na miejsce pęknięte do błony śluzowej. Jamę otrzewnej oczyszczono, kał usunięto i jamę wymyto rozczytnem soli kuchennej. Szew na ścianę brzucha w górnej części, w dolnej założono do jamy otrzewnej pasek gazy jodoformowej.

Nie bacząc na wszystkie środki podniecające, jakie choremu stosowano po operacji, zapaść się wzmagała i następnego dnia rano chory zmarł.

W jednym i drugim przypadku laparotomia była wykonana po upływie 4 dni od czasu uszkodzenia kışki. Pierwszy chory przybył z wybitnymi objawami przedziurawienia kışki i następczego zapalenia otrzewnej. Chorego dostaliśmy, że tak powiem, w pełnym rozwoju cierpienia, z ogromnym upadkiem sił; nie mieliśmy też żadnej nadziei uratowania mu życia. Otworzenie jednak jamy otrzewnej, usunięcie z niej produktów zapalenia i kału do tego stopnia poprawiło stan chorego, że zabieg ten przedłużył mu życie na kilka tygodni. Obszerne jednak zniszczenia i nadmierne ropienie wyczerpały siły jego i spowodowały śmierć.

Cokolwiek odmiennie przedstawiała się sprawa w drugim spostrzeżeniu. W 3 godziny po kontuzji już chorego mieliśmy w swoich rękach, należało też się spodziewać, że uratujemy mu życie. Podczas całego swego cierpienia chory ciągle pozostawał pod nadzorem lekarskim, a jednak trudno się było zdecydować na zabieg spieszniejszy, gdyż przez długi przeciąg czasu nie mieliśmy objawów przedziurawienia kışki. W tym razie bezwątpienia

kiszka pękła bezpośrednio po wypadku, zbyt silny i rozległy uraz jamy brzusznej powodował stan paretyczny kiszek i stąd też zawartość przewodu pokarmowego nader wolno przedostawała się do jamy otrzewnej. Trzeciego dnia dopiero wystąpiły wymioty i nieznaczne wzdęcie brzucha, przy ciepłocie prawidłowej i tętnie dobrem, nie przyspieszonym. Spadek ciepłoty, wzmagająca się bębnicą i osłabienie zniewoliły nas do czynnej interwencji po upływie 4 dni, co w rezultacie, jak widzieliśmy, nie osiągnęło pożądanego skutku. Bardzo być może, że wcześniej podjęta laparotomia mogłaby temu choremu uratować życie.

Oba te spostrzeżenia są wymownym dowodem, że operacja, przedsiębrana w pełnym rozwoju rozlanego zapalenia otrzewnej, mało nam daje szans zejścia pomyślnego. Czem mniej sprawa rozwinięta, tem wynik może być lepszy; czem krótszy czas wchłania się kał przez otrzewną, czem mniej jest zatruty ustrój, tem chory przedstawia więcej odporności. Laparotomię zatem przy przedziurawieniach kiszek podejmować należy jak najwcześniej, gdyż wtedy, mając więcej sprzyjających warunków, wyzyskać odpowiednio je możemy. Przy kontuzjach brzucha bez uszkodzenia ścian zewnętrznych, powodujących jednak znaczne obrażenie przewodu pokarmowego, cała trudność polega na wczesnem określeniu przedziurawienia kiszek. W przypadkach typowych, kiedy po urazie występuje bębnicą, wymioty lub stolce krwawe a chory uczuwa gwałtowny ból w brzuchu na ograniczonej przestrzeni, łatwiej opiniować o przedziurawieniu kiszek. Jeżeli zaś po urazie, nawet w przypadkach pęknięcia, następuje stan paretyczny kiszek, a otwór w kiszce chwilowo może się zatkać przez wypadniętą błonę śluzową, lub przez sąsiednią pętlicę, albo też przez *omentum*, to gazy i zawartość kiszek nie tak szybko przedostają się do jamy otrzewnej, bolesność brzucha może być nieznaczna, bębnicą niema albo bardzo mała, wtedy głównie kierujemy się tętnem powyżej 100, nikłem, oddechem przyspieszonym, stopniowym upadkiem sił i wogóle objawami, na które VERCHÈRE wskazuje przy tak zwanej przez niego *septiciémie intestino-peritonéale*.

Zdarzają się jednak przypadki, przy których występują te objawy niezbyt wyraźnie lub też brak ich zupełny. Naprzykład w drugim naszym spostrzeżeniu przy przedziurawieniu kiszek tętno było pełne, ciepłota prawidłowa, bębnicą brzucha nieznaczna i bolesność niewielka, a kiedy wystąpiły wyraźne objawy zapalenia otrzewnej pomoc nasza okazała się zbyt późną. Przypadki te uczą nas, że w wątpliwych razach, jeżeli wszystko pozwala wnioskować o możliwości przedziurawienia kiszek, pewności jednak nie mamy, nie należy wyczekiwać wybitnych objawów zapalenia otrzewnej, lecz przystąpić do otwarcia brzucha wcześniej. Jeżelibyśmy nawet w takich razach nie znaleźli przedziurawienia, a tylko zgniecenie ściany kiszek, to laparotomia w zupełności jest usprawiedliwioną, gdyż takie zgniecenia grożą zgorzelą i następstwem przedziurawieniem.

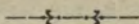
Ośmielam się tu jeszcze zwrócić uwagę kolegów na tę okoliczność, aby wobec zapaści, jaka towarzyszy podobnym uszkodzeniom, chory podczas operacji jak najkrótszy przeciąg czasu pozostawał w uspieniu chloroformowem.

Na tych i podobnych przypadkach niejednokrotnie miałem możność przekona-
nia się o zgubnym wpływie zbyt długiego chloroformowania, powiedziałbym
nawet, że bodaj czy nie lepiej dla chorego w tych razach stosować miejsco-
wą anestezję a zaniechać chloroformowania.

I. O LECZENIU CHIRURGICZNYM IDYOTYZMU *resp. MAŁOGŁOWIA (microcephalia).*

Napisał

Władysław Gajkiewicz.



[Dokończenie — Patrz Nr. 50].

Przyjrzyjmy się teraz kraniektomii z punktu klinicznego, a mianowicie, jakiej z operacji tej osiągnięto wyniki praktyczne.

Na kongresie chirurgów francuskich w Paryżu 1891 r., prócz LANNE-
LONGUE'a, zdawali sprawozdanie z wyników kraniektomii:

ANGER [z Paryża], który u 8-letniej dziewczynki, bardzo mało rozwinię-
tej umysłowo i moralnie, miał otrzymać wynik świetny.

MAUNOURY [z Chartres] robił 2 razy operację: w 1 przypadku nastąpiła
śmierć, w drugim czasowa poprawa. Już autor ten zwraca uwagę na tru-
dność rozpoznania za życia, czyszwy są skostniałe, a z ogłoszeniem wyniku ope-
racji radzi czekać dłuższy czas, gdyż stan chorego może się stopniowo popra-
wiać, lub odwrotnie osiągnięta przez operację poprawa powoli zniknąć. Tak
było i w jego przypadku. Przez 2 miesiące po operacji następowała popra-
wa, później jednak wszystko wróciło do stanu dawnego, a pomiary czaszki, do-
konane przed operacją i w 5 miesięcy po niej, nie wykazały żadnego przybytku.
Sądząc, iż szybkie zabliznienie wyłomu kostnego było tego powodem, w
drugim przypadku M. wycinał więcej kości, nastąpiła jednak śmierć.

HEURTAUX [z Nantes] u dziecka 5 $\frac{1}{2}$ miesięcznego z małogłowiem po ope-
racji zauważył jakby lekką poprawę [ustąpiły wymioty i drgawki], potem je-
dnak wszystko powróciło do stanu dawnego. Śmierć w 5 tygodni po ope-
racji. Mierzenie czaszki nie wykazało zwiększenia jej objętości.

Po ogłoszeniu prac powyższych zapanował prawdziwy entuzjazm na
punkcie chirurgicznego leczenia idyotyzmu. Głównie pod tym względem za-
słynęli chirurdzy amerykańscy i francuscy, o wiele mniej niemieccy.

L. C. LANE robił tę operację, jeszcze w sierpniu 1888, a więc wcześniej
niż LANNELONGUE, u dziecka 9-miesięcznego, które urodziło się z ciemieniem
zarosniętem. Śmierć w 14 godzin. Do operacji namówiła L. matka dziecka.
U innego dziecka, operowanego przez tegoż LANE'a, nastąpiła poprawa.

KEEN [z Filadelfii] operował 4 dzieci, od 16 miesięcy do 4 $\frac{1}{2}$ lat mające.
U 2 z nich powtarzał operację, i u tych nastąpiła poprawa [nie krzyczały, le-
piej spały, poznawały niektóre przedmioty, zaczęły mówić]. U 2 innych na-

stąpiła śmierć. KEEN radzi operację nazywać kraniotomią, a nie kraniektomią, co by miało znaczyć odjęcie całej czaszki.

RANSCHOFF [z Ohio] u 3¹/₂-letniej dziewczynki w 3¹/₂ miesiące po operacji [dokonanej po stronie prawej, gdyż chora gorzej ruszała kończyną górną lewą] znalazł, iż wymiary poprzeczne czaszki (*bifrontalis*, *biparietalis* i *biauricularis*) zwiększyły się o ¹/₄—¹/₂ cala, ruchy i inteligencja poprawiły się. Aby uniknąć krwotoku, R. radzi zakładać na głowę opaskę ESMARCH'a.

WYETH [z New-Yorku] u 11-miesięcznego dziecka zauważył po operacji poprawę inteligencji, ustąpienie *pedis equino-vari*. Radzi on operować od razu z 2 stron i oddzielać oponę twardą od sklepienia czaszki, przeciw czemu wystąpił RANSCHOFF.

MAC CLINTOCK [z Kansas] widział również poprawę u 3¹/₂-letniej dziewczynki po kraniotomii.

HAYES AGNEW opisał 7 przypadków kraniotomii, dokonanych u dzieci małogłowych, mających 1¹/₂, 1³/₄, 2¹/₂, 4¹/₂, 4¹/₂, 5, 6¹/₂ lat; u 3 zejście śmiertelne, u 4 poprawa. Zdaniem jego, operacja ta nie doda żadnej chwały chirurgii.

TUHOLSKE w przypadku przezeń operowanym nie widział żadnej poprawy.

HORSLEY robił 2 razy operację: u chłopca 3-letniego z poprawą i u 7-letniego z zejściem śmiertelnem.

MILLER u 8-miesięcznego dziecka z małogłowieciem i cierpieniem nerwów wzrokowych — widział poprawę po dokonaniu kraniotomii.

Nie widzieli żadnego rezultatu i występują przeciw operacji: GIACOMO, LANDON CARTER GRAY, FRANCK PARSONS-NORBURY.

W sprawozdaniu z kongresu chirurgów francuskich w Paryżu 1892 r. czytamy, iż:

CHÉNIEX [z Limoges] robił 7 razy kraniektomię z częściowym wynikiem. Czteroletnia dziewczynka z zarośniętymi szwami i ciemieniami, po operacji mogła stać. U 12-letniego chłopca, który po kraniotomii: dokonanej przez LANNELONGUE'a 1890 r., stał się uważniejszym i spokojniejszym. CHÉNIEX w rok zrobił powtórnie kraniektomię i osiągnął jeszcze większą poprawę.

LARGEAU [z Niort] u 3¹/₂-letniego chłopca, ze skostniałemi ciemiączkami, który nie mówił i nie umiał stać, zrobił w 1891 r. kraniotomię, w kształcie podkowy, 8 ctm. długiej, a 7¹/₂ wysokiej i odłamał kość, aby ruchliwość jej była jeszcze większą. W 7 miesięcy po operacji kość była ruchomą i uniesioną 2—3 mm. nad powierzchnię. Poprawa inteligencji i mowy.

Z późniejszych operacji wymienimy jeszcze kilka.

BARLOW [z Glasgow] u 3-letniej dziewczynki, która nie stała, nie chodziła, nie poznawała rodziców, robiła pod siebie, zjadała kał, ciągle krzyczała i miała bardzo małą głowę, po dwukrotnej kraniektomii stwierdził po 4 miesiącach, iż dziecko operowane wyrażało dźwiękami życzenia, chociaż nie mówiło, mogło stać, a nawet robiło nogami ruchy, jakby do chodzenia, poznawało niektóre osoby, stało się spokojniejsze i wymiary głowy się powiększyły.

Poprawę po operacji widzieli także:

GAZ. LEK. NR. 51.

WYMANN u chłopca 4-letniego, pozbawionego inteligencji, który od urodzenia wykonywał ruchy choreiczne, miał *nystagmus*, nie chodził, nie mówił i robił pod siebie.

CLYTON PARKYLL u chłopca również 4-letniego po operacji zauważył poprawę odnośnie stanu umysłu i uspokojenia.

BOECKEL u 9 idyotów, którym wykonał kraniektomię, osiągnął wynik mało zadawalający. Dwa razy operacja skończyła się śmiercią [z zapalenia opon i z róży].

REBOUL u 10-letniego idyoty, który mówił tylko kilka słów, miał *nystagmus*, ruchy choreatyczne w kończynach górnych, sztywność kończyn dolnych, ciągle krzyczał i płakał, robił pod siebie, po kraniektomii stwierdził poprawę stanu psychicznego, zniknięcie sztywności i ruchów nieprawidłowych, dowolne oddawanie stolca i moczu. 13-go dnia nastąpiła śmierć wskutek zapalenia płuc.

JOOS-WALDER u 3³/₄-letniego chłopca, idyoty, po operacji zauważył uspokojenie; chory nie krzyczał już jak poprzednio i podatniejszy był do nauki. Autor jednak dodaje, iż takie same poprawy zauważyć się dają i u leczonych na drodze nieoperacyjnej.

DUMONT [z Bernu] u 14-miesięcznej dziewczynki z bieganiem oczów, brakiem zębów, drgawkami całego ciała, stanem psychicznym bardzo upośledzonym, w 2 miesiące po operacji zauważył, iż chora stała się mniej obojętną, drgawki ustały, zęby się wyrznęły.

RIE demonstrował w „*Gesellschaft der Aerzte in Wien*“ 13 stycznia 1893 r. 12¹/₂-miesięczną idyotkę, u której po kraniektomii, dokonanej przez GERSUNY'ego, wedle opowiadania matki, drgawki epileptyczne ustały, dziecko podczas zabawy śmiało się, gdy dawniej było obojętnem, i zwracało uwagę na otoczenie.

DAKERMAN u 20-miesięcznego chłopca z głową o 0,40 obwodu, bieganiem oczu, zezem zbieżnym, zanikiem nerwów wzrokowych, obojętnego, z napadami drgawek, nie umiejącego chodzić, ani mówić, po wycięciu kawałka czaszki 10 ctm. długiego, równoległe do szwu strzałkowego, po 3 miesiącach znalazł znaczne uspokojenie, drgawki ogólne rzadziej przychodziły. Po 10 miesiącach obwód głowy zwiększył się o 2 ctm., dziecko mogło stać, coś jakby mówiło, zwracało oczy na przedmioty świecące w ciemności. D. zrobił po raz drugi operację po drugiej stronie czaszki, bez dalszej jednak poprawy.

BLANC przytacza 3 przypadki z nieznacznym rezultatem.

ÅKERMAN operował w 1892 r. na klinice chirurgicznej w Lund, 16-miesięcznego chłopca po dwakroć. Dziecko stało się spokojniejszym, ruchy anormalne kończynami, głową, oraz sztywność mięśni zmniejszyły się, wymiary głowy powoli zwiększały się, chłopiec zaczął rozumieć, widzieć, stawiać nogi stopami, chwycić rękami.

PHILIPPON w następstwie kraniektomii zauważył, iż dziecko stało się spokojniejszym: mniej krzyczało, drgawki miało słabsze, i mniej często, sen lepszy, napady płaczu i śmiechu mimowolnego znikły, dziecko przestało robić pod siebie, nauczyło się wymawiać niektóre wyrazy.

SPANBOCK u 14-letniego idyoty z *imbecillitas* i *moral insanity* (*hyperkinesis*, *koprolalia*, *echolalia*, niemożność nauczenia się czytać, ani pisać, skłonność do kradzieży, kłamstwa) po kraniektomii, dokonanej przez kol. RAUMA, zauważył poprawę w sferze moralnej, chory miał się stać spokojniejszym i posłuszniejszym.

Kilkanaście przytoczonych przykładów wystarcza, aby przekonać, iż klinika, wbrew wnioskom, wyprowadzonym z danych anatomo-patologicznych, poucza, że w niejednym przypadku wynik operacji kraniektomii był dodatni, a mianowicie: wpłynął na poprawę stanu chorego. W niejednym mianowicie przypadku zauważono, iż po operacji władze umysłowe, dotąd uspięne zaczęły się rozwijać, wzrok się poprawiał, dziecko zaczęło mówić, ruchy fizyologiczne poprawiały się, a patologiczne ustawały i t. d. i t. d..

Jeśli jednak bliżej i krytyczniej przyjrzed się ogłoszonym przypadkom, to wynik operacji wypadnie mniej świetnym, niż by się to pozornie wydawać mogło. Pomijamy już to, iż nikt nie wspomina o zupełnem wyleczeniu. Przedewszystkiem zbyt ryczałtowo podciąga się pod jedną kategorię małogłównia, idyotyzmu, przypadki najróżnorodniejsze, tak co do stopnia natężenia cierpienia, jak i przyczyny jego. Rozpoznanie etyologiczne idyotyzmu jest zwykle niemożliwym.

O ile z treściwych opisów można wnosić, to większość przypadków operowanych, zwłaszcza o zejściu pomyślnem, należała do t. zw. idyotyzmu nabytego, w którym więc usunięcie przyczyny miejscowej, ograniczonej, mogło wpłynąć dodatnio na ustąpienie objawów chorobowych i przyspieszyć wstrzymany rozwój czynności mózgu. Niema dowodu, aby kraniektomia wpłynęła pomyślnie w przypadku idyotyzmu, zależnego od zmian głębokich, rozległych, któreśmy wyżej poznali, a przecież tylko takie przypadki zasługują właściwie na miano idyotyzmu.

Dalej, w pewnej liczbie przypadków, w których poprawa miała nastąpić po operacji, można przypisać w części i niedokładności obserwacyi. Na chore dziecko lekarz zaczyna zwracać baczniejszą uwagę dopiero po operacji, a obraz kliniczny cierpienia przed operacją wiadomy mu jest zwykle tylko z opowiadania najbliższego otoczenia chorego dziecka.

Następnie, podawane opisy cierpienia w większości przypadków są zbyt pobieżne, niedokładne, brak im ścisłych pomiarów czaszki przed i po operacji, wynik leczenia bywa ogłaszany zawczasie, a widzieliśmy, iż w pewnych przypadkach poprawa, jaka miała nastąpić zaraz po operacji, potem znikła. Zarzut zbytnej pochopności do przedwczesnego ogłaszania wyników kraniektomii nabierze jeszcze większej wagi, gdy sobie przypomnimy, że pomimo obietnic autorów [między innymi i samego LANNELONGUE'a], iż ogłoszą później wyniki szczegółowe samych operacji, dotychczas na ogłoszenie to czekamy napróżno. Przypuszczać więc mamy prawo, że milczenie to przemawia więcej za tem, iż wynik z biegiem czasu okazał się mniej pomyślnym, małym lub żadnym, gdyż wszyscy w ogóle jesteśmy skłonniejsi do ogłaszania wyników pomyślnych.

Wreszcie może i to mieć znaczenie na niekorzyść operacji, iż w ostatnich czasach o niej coraz ciszej w literaturze, iż ogłaszają coraz mniej przypadków operowanych.

Nikt więc nas nie może posądzić o stronność, gdy powiemy, iż jakkolwiek klinika wykazuje w niejednym przypadku po operacji poprawę, to jednak nie uzasadnia ona entuzjazmu, z jakim powitano kraniektomię i że dla ostatecznego wydania sądu o jej wartości brak nam jeszcze dostatecznych danych klinicznych.

ÅKERMAN jest pod tym względem eklektykiem, a mianowicie: z uwagi na względnie niedużą śmiertelność po kraniektomii radzi ją robić w przypadkach, gdy rodzice żądają operacji, gdy osobnik nie jest fizycznie wycieńczony, a objawy istniejące dają choćby najmniejszą szansę polepszenia.

Znaczenie kraniektomii, jako środka leczniczego idiotyzmu, obniża i to, iż wynik dodatni [podobny jak i po kraniektomii], czasem nawet zadziwiający, osiągnąć można na drodze postępowania lekarsko-pedagogicznego, stosowanego w specjalnych zakładach, wedle wytkniętego planu, nakreślonego przez ITARD'a (1807), BELHOMME'a (1824), FERRUS'a (1828) FALRET'a (1831), F. VOISIN'a (1834), E. SÉGUIN'a (1838), BOURNEVILLE'a. Czytelnikom, interesującym się tym przedmiotem, na nieszczęście zupełnie u nas zaniedbanym, polecamy zwiedzenie zakładów miejskich w Paryżu (*Bicêtre* dla chłopców; *Fondation Vallée* dla dziewczyn), prowadzonych przez zasłużonego na tem polu D-ra BOURNEVILLE'a, oraz zwiedzenie zakładu prywatnego tegoż D-ra B. (*Institut médico-pédagogique de Vitry*) i odczytanie kilkunastu tomów (13) sprawozdań lekarskich z tych zakładów pióra D-ra BOURNEVILLE'a, aby przekonali się, co może zdziałać usilna i umiejętna praca nawet u osobników napozór nieuleczalnych. Wymiary, co $\frac{1}{2}$ roku dokonywane, wykazują w tych przypadkach również powiększenie obwodu i objętości czaszki. Zdaniem BOURNEVILLE'a, opartem na wieloletniem doświadczeniu, leczenie medyko-pedagogiczne idiotów, sumiennie i długo prowadzone, polegające na edukacji strony ich moralnej, umysłowej i fizycznej, pozwala prawie zawsze otrzymać poprawę znaczną, a często uzyskać u idiotów i dzieci zacofanych w rozwoju sprawność do przyjęcia przez nich udziału w życiu zwykłym (*„permet d'obtenir à peu près toujours une amélioration sérieuse et souvent même de mettre les enfants idiots et arriérés en état de vivre en société“*).

Na kongresie psychiatrów francuskich w Blois 1892 r. BOURNEVILLE pokazywał idiotów, których zdołano nauczyć chodzić, biegać, ubierać się, mówić, rozpoznawać przedmioty otaczające, barwy i t. d., odzwyczajono ich od wypróżniania się pod siebie i t. d. i t. d., a więc u których bez operacji osiągnięto poprawę tak dużą, jakiej nie widziano w przypadkach operowanych z najpomysłniejszym nawet wynikiem.

Operacja kraniektomii była dotychczas względnie często robioną. ÅKERMAN (1894) przytacza 75 przypadków operowanych. BOURNEVILLE do r. 1893 naliczył 83 przypadków operacji. Dotychczas liczba ta wzrosła, chociaż przyznać należy, iż, jak już nadmieniliśmy, ogłaszanych przypadków kraniektomii czyta się w ostatnich czasach nierównie mniej, niż poprzednio.

Śmiertelność po tej operacji obliczają na 15—20%. BINNIE (*The Journal of the Americ. med. Assoc.* 1892) podaje śmiertelność na 24,5%, a BARBOUR [z Louisville] na 89 przypadków operowanych narachował 16 śmierci. Z 73, którzy przeżyli operację, nie osiągnięto żadnego rezultatu 20 razy, poprawę 49, brak wiadomości o wyniku 4 razy.

Większość radzi nie robić kraniektomii dłutem i młotkiem, gdyż ma to powodować silny wstrząs i śmierć [ÅKERMAN, BINNIE, LAMPHEAR], lecz trepanem.

Na pytanie, po której stronie czaszki robić wycięcie kości, odpowiedzi dostarczyć mogą: zmiana kształtu, zauważona na czaszce [zapadnięcie, wypukłość], lub pewne objawy [umiejscowione lub silniejsze drgawki w pewnych częściach ciała, *athetosis*, niedowład (*paresis*), zaburzenie mowy].

LANNELONGUE wycinał mniej lub więcej długie [do 9 ctm.] paski kości czaszki, szerokie na 8—10 mm., wzdłuż zatoki żyłnej podłużnej górnej, od okolicy czołowej, w poprzek szwu wieńcowego (*sutura coronalis*), aż do potylicy, lub też w razie obecności objawów ogniskowych wzdłuż okolicy ruchowej korowej (*zona motoria corticalis*) i ośrodka mowy i to L. nazwał „*craniectomie linéaire*“, albo też wycinał w odpowiednim miejscu płyty kości samej lub wraz z oponami „*craniectomie à lambeaux*“. Późniejsi chirurdzy wycinali kawałki kości różnej [6—8 ctm.] długości, czasem od brzegu włosów na czole, aż do guzowatości potylicowej, a WYETH nawet od korzenia nosa. Nadawali im szerokość od 1—3 ctm.. Kształt cięcia bywał różny: prostoliniijny, w kształcie litery E, F lub H [LANE], w postaci koła [GERSUNY], trójkąta lub czworokąta [POSTEMPSKI]. GERSUNY w jednym przypadku, aby dać możność jak największego rozszerzenia się jamy czaszkowej, zrobił 12 cięć promienisto do ciemienia idących, z których każde miało 6 ctm. długości.

W niektórych przypadkach kraniektomia była robioną po dwakroć u tego samego osobnika.

L I T E R A T U R A.

- POZZI. Crâne. Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales. 1879.
- RIBBES. De l'oblitération des sutures du crâne dans les races humaines. Thèse de Paris. 1885 r.
- SANDER. Idiotismus. Real-Encyclop. T. X. 1887.
- SCHEUTHAUER. Mikrocephalie. Real-Encyclop. T. XIII. 1888.
- CHAMBARD. Idiotie. Dict. Encycl. des sciences méd. 1889.
- LANNELONGUE. De la craniectomie dans la microcéphalie. Bulletin de l'Acad. des sciences. 1890 r.
- LANNELONGUE. De la craniectomie chez les microcephales, chez les enfants arriérés et chez les jeunes sujets présentant, avec ou sans crises épileptiformes, des troubles moteurs ou psychiques. Congrès français de chirurgie. 5-e session. Paris. 1891.
- ANGER. Craniectomie. [Ibid, str. 81].
- MAUNOURY. Sur la craniectomie [ibid. str. 84].
- HEURTAUX. Craniectomie pratiquée chez une enfant de cinq mois et demi pour microcéphalie [ibid. str. 91].

LANE, KEEN, WYETH, RANSOHOFF, BARLOW, FRANCK, PARSONS-NORBURY, WYMAN, CLYTON PARKYLL, MAC CLINTOCK, HAYES AGNEW, GIACOMO, TUHOLSKE, HORSLEY, MILLER [w Traitemment chirurgical de l'idiotie. Archives de Neurologie. Nr. 71, 74, 78, 86. 1892].

BOURNEVILLE. Traitement chirurgical et le traitement médico-pédagogique de l'idiotie. [Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française. Session de Blois. 1892. Archives de Neurologie. Nr. 71. 1892].

TACQUET. Contribution à l'étude de l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots. Thèse de Paris. 1892.

CHÉNIEUX. Deux cas de craniectomie. [Congrès français de chirurgie à Paris. 1892. Revue de chirurgie. 1892].

LARGEAU. Craniectomie à lambeau chez un enfant arriéré [ibid. 1892].

REVEL. Contribution à la chirurgie cranio-cérébrale. Trépanation et craniectomie dans la microcéphalie, l'hydrocéphalie et l'épilepsie. Thèse de Montpellier. 1892.

TOMASZEWSKI. K patologii idiotizma. Petersburg. 1892.

BOURNEVILLE. Du traitement chirurgical et médico-pédagogique des enfants idiots et arriérés. Progrès médical. Nr. 25. 1893.

BOURNEVILLE. Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés. Paris. 1893 r.

J. VOISIN. L'idiotie. Paris. 1893.

REBOUL. Craniectomie pour microcéphalie. Kyste séreux de la fosse frontale gauche. Amélioration des fonctions cérébrales. [Archives provinciales de chirurgie. Nr. 6. 1893].

BOECKEL. Gazette médicale de Strassbourg. 1893.

PHILIPPON. De la craniectomie chez les microcéphales. St Etienne. 1893.

MORSELLI. Die chirurgische Behandlung des Idiotismus. [Internat. klin. Rundschau. Nr. 44. 1893 r.]

JOOS-WALDER. Un cas de craniectomie chez un microcéphale. [Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 6. 1893].

DUMONT. Craniectomie circulaire [ibid. Nr. 23. 1893].

DAKERMAN. Un cas de craniectomie pour microcéphalie avec quelques remarques sur l'opération de LANNELONGUE. [Congrès des chirurgiens du Nord tenu à Göttembourg. 1893. Archives de Neurologie. Nr. 86. 1894].

BLANC. Sur le traitement de l'idiotie microcéphalique par la craniectomie. [La Loire médicale. 1893. Archives de Neurologie. Nr. 86. 1894].

BENEDIKT. Mikrocephalie [Diagnostisches Lexikon. 1894].

AKERMAN. Ueber die operative Behandlung der Mikrocephalie. [VOLKMANN's Vorträge. 1894 r.]

SPANBOCK. Ueber die günstigen Erfolge der Craniectomie in einem Falle von Schwachsinn und moralischem Irresein. [Neurologisches Centralblatt. Nr. 1895 i Medycyna. 1894].

MITTMANN. Hat die Craniectomie bei Mikrocephalie ihre Berechtigung? Würzburg. 1895.

BOURNEVILLE. Crânes et cerveaux d'idiots, Craniectomie. [Bulletin de la Société Anatomique de Paris. Janvier. 1896].

BROCA et MAUBRAC. Microcéphalie et l'idiotie [w Traité de chirurgie cérébrale. Paris. 1896].

GRIFFAULT. Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie. Paris. 1896.

KRIHLSHEIMER. Ueber Idiotie und Imbecillität. Strassburg. 1896.

Podręczniki CHIPAULT'a i GALLET'a, w poprzednich pracach cytowane.

III. ALEXIA SUBCORTICALIS.

Przyczynek do nauki o zaburzeniach ośrodkowych w czytaniu, pisanii i wzroku:

O ALEKSYI, AGRAFII, DYSLEKSYI, AFAZYI OPTYCZNEJ I ŚLEPOCIE DUCHOWEJ.

Napisał

D-r med. H. Higier.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 50].

Przyjrząwszy się nieco bliżej dość nielicznym wynikom badania pośmiertnego, zebranych sumiennie przez REDLICH'a, przekonamy się, że teoretycznie postawione postulaty znajdują znakomite potwierdzenie w stwierdzonych sprawach destrukcyjnych. Jeżeli wyłączymy przypadki, nie mające dla nas rozstrzygającego znaczenia semiotycznego, gdzie porażenia mózgu były bardzo rozległe, innemi słowy, gdzie liczne nowotwory i guzy znaczną zajęły przestrzeń [przypadki HENSCHEN'a (1) SAMMELSOHN'a (56), BERNHEIM'a (25), FREUND'a (57), WEISSENBERG'a (7), MUELLER'a (9), BRUNS'a (20)], to jeszcze pozostanie 9 przypadków, mniej lub więcej przekonywujących, w których stwierdzano ściśle ograniczone rozmięczenie oraz wtórne zwyrodnienia [przypadki BROADBENT'a (58), MAGNAN'a (58), WILBRAND'a (31), REINHARD'a (59), BRUNS-STOELTLING'a (14), BIANCHI'ego (21), MONAKOW'a (1), DÉJÉRINE-VIALI-T'a (13) i REDLICH'a (22)]. Z tych jedynie 3 ostatnie były badane pod drobnowidzem i dlatego zasługują na szczególną uwagę. Z badań powyższych można wyciągnąć następujące wnioski: stale znajdowano ognisko w lewej półkuli mózgu, mianowicie, albo na środkowej powierzchni jego w obrębie *fissurae calcarinae* i *cunei*, albo na wypukłości, przy przejściu zrazu potylicowego w zraz skroniowy, specjalnie w okolicy *gyri angularis*. Rozmięczenie zawoju kąтового szerzy się zazwyczaj w głąb mózgowia, zajmując promienistość wzrokową, aż do komórki bocznej, gdzie sprawa chorobowa przechodzi na istotę mózgową, otaczającą komórkę. Najwięcej i najczęściej bywają zajęte te odcinki mózgowia, które otaczają tylny róg, a po części i dolny: promienistość *splenii*, *tapetum* i *fasciculus longitudinalis inferior*. W *corpus callosum* znajdowano zwyrodnienie tylnego odcinka, t. j. *splenii* [MONAKOW, REDLICH].

Rozejrzawszy się bliżej w stosunkach anatomicznych omawianego obrazu chorobowego, pojmiemy teraz niejedną, napozór niezrozumiałą szczegół w klinicznej postaci, zwanej aleksyą WERNICKE'go. Zajęcie ściśle ograniczonej części w lewym zrazie potylicowym da tylko hemianopsję, nigdy zaś aleksyę, jeśli układ włókien asocjacyjnych i spoidłowych w *splenium corporis callosi* nie będzie zajęty przez sprawę chorobową. Przeciwnie, guzy zrazu potylicowego, wywierające z łatwością ucisk na *corp. callosum*, dadzą prócz hemianopsyi aleksyę, bądź jako objaw stały, bądź przejściowy. Na drugiem miejscu postawić należy zamknięcie tętnicy mózgowej tylnej głębokiej (*art. cerebri post.*

prof.), która zaopatruje w krew ośrodki wzroku oraz *splenium corporis callosi*. Wobec nieznaczonej odległości pomiędzy promienistością wzrokową i *fasciculus longitudinalis inf.* oraz promienistością *tapeti* zrozumiałem będzie, dlaczego tak rzadko spotyka się aleksyę podkorową bez hemianoptycznych zaburzeń pola widzenia.

Wnioski: 1) Typowy obraz „aleksyi podkorowej“ WERNICKE'go rozwija się niekiedy stopniowo, poprzedzany przez pojedyncze, wielce charakterystyczne objawy, zwiastujące zupełną aleksyę

2) Jako najbardziej rzadkie i ciekawe objawy wymienić należy: z jednej strony t. zw. dysleksyę BERLIN'a, [przyp. II], z drugiej to, cośmy mianem „afazji optycznej wyrazowej“ ochrzczili [przyp I].

3) Przy „afazji optycznej wyrazowej“ zniesiona jest zdolność czytania przy zachowanej zdolności rozumienia tekstu [przyp. I]; przy mniej rzadkiej postaci „psychicznej ślepoty wyrazowej“ [DÉJÉRINE-BRISSEAUD] zniesiona jest zdolność rozumienia przy zachowanej zdolności czytania; przy zwykłej aleksyi zniesiona jest zarówno zdolność pojmovania, jak czytania.

4) Są niewątpliwe, acz wyjątkowo rzadkie, postacie aleksyi podkorowej bez hemianopsyi. Częstość zaburzenia hemianoptycznego tłumaczy się prawdopodobnie nieznaczną odległością promienistości wzrokowej GRATIOLETT'a od promienistości *tapeti*, względnie *fasciculi longitudinalis inferioris*.

5) Hemianopsya prawostronna, sama przez się, nie, albo bardzo niewiele wpływa na wywołanie aleksyi, jak to przekonać się można na chorych, znających język hebrajski, który się czyta w kierunku z prawej strony ku lewej [przyp. I].

6) Zaburzenia zdolności oryentowania się, *resp.* zmysłu topograficznego, mogą pozostać u chorego wtedy, kiedy wszystkie inne objawy „ślepoty duchowej“ znikają [przyp. II].

7) Bywa ślepotą duchową z zupełnem zachowaniem zdolności czytania i pisania i bez zwykłych zaburzeń narządu wzrokowego [obniżenia siły wzroku, zwężenia pola widzenia, *dyschromatopsia*].

8) Klasyczny przypadek ΛΕΥΒΕΓ'ο; mający wiele cech wspólnych z aleksyą przyp. I, wymaga innego tłumaczenia, niż te, jakie mu pierwotnie dał autor sam.

9) Ażeby pobudzić przy czytaniu niezbędne do artykułowania drogi ruchowe, musi obraz wzrokowy, budzący się w pamięci, posiadać więcej wyrazistości, ciągłości i żywotności, aniżeli to jest potrzebne do samego zrozumienia tekstu, do wywołania pojęcia o rzeczy [przyp. I].

10) Z pośród wielu hipotez, silących się tłumaczyć rozmaite odmiany aleksyi (*A. totalis*, *A. verbalis*, *A. litteralis*), najbardziej odpowiada istocie rzeczy hipoteza STOELTLING'a i BRUNS'a, uzupełniona w ostatnich czasach przez tego drugiego.

11) Zbiór objawów, niesłusznie „dysleksyą“ zwany, cechują: aleksya peryodyczna, przypominająca wielce t. zw. chromanie przestankowe (*claudication intermittente*), parafrazowazie pojedynczych wyrazów i sylab, polegające na bezładnem wytwarzaniu fałszywych asocjacji fonetycznych lub my-

ślowych, powtarzanie częste raz użytego wyrazu, czyli t. zw. *psychisches Nachwirken*, będące wyrazem odosobnionego zaburzenia w akcie czytania bez analogicznych zmian w mowie artykułowanej [przyp. II].

12) Podział WERNICKE'go aleksyi na korową, podkorową i pozakorową nie wytrzymuje głębszej krytyki z punktu anatomicznego, również i podział kliniczny DÉJÉRINE'a na ślepotę wyrazową z agrafią i bez agrafii ze stanowiska psychologicznego. Najbardziej odpowiada rzeczywistości teoria BASTIAN'a, popierana ostatnio przez FREUND'a, CHARCOT'a i GOLDSCHIEDER'a, która różnice w zachowaniu zdolności pisarskiej przy aleksyi tłumaczy cechami indywidualnymi, mniejszem lub większem wyrobieniem zmysłu cheirokeinestetycznego, składającego się ze śladów pamięciowych ruchów wielokrotnie skuteczniejszych. Ślady owe w części należą do zmysłu oporu i ucisku, w części wchodzą w zakres czucia mięśniowego i stawowego [przyp. I i II].

L I T E R A T U R A ¹⁾.

- 1) MONAKOW. Experimentelle und pathologische anatomische Untersuchungen über die optischen Centren und Bahnen. Arch. f. Psych. T. XXIII.
- 2) MIERZEJEWSKI. Petersb. Tow. Psychol. 1890. Ref. Neur. Ctblt. 1890.
- 3) UTHOUF. Ein Fall von Alexie. Neur. Centrblt. 1890.
- 4) ADLER. Ein Fall von subcorticaler Alexie. Berl. klin. Woch. 1890.
- 5) MOELLI. Ueber Aphasie bei Wahrnehmung der Gegenstände durch das Gesicht. Berl. klin. Woch. 1890.
- 6) WILLIAMS. British. med. Journal. 1890. Ref. Neur. Centrblt. 1891.
- 7) WEISSENBERG. Ein Beitrag zur Lehre von den Lesestörungen auf Grundlage eines Falles von Dyslexie. Arch. f. Psych. T. XXII. 1891.
- 8) LISSAUER. Ein Fall von Seelenblindheit nebst einem Beitrage zur Theorie derselben. Arch. f. Psych. T. XXI.
- 9) MÜLLER. Ein Beitrag zur Kenntniss der Seelenblindheit. Arch. f. Psych. T. XXIV.
- 10) DÉJÉRINE. Contribution à l'étude anatomique et clinique de cécité verbale. Soc. de Biol. 27 lutego. 1892.
- 11) BERKHAN. Ein Fall von subcorticaler Alexie. Arch. f. Psych. T. XXIII.
- 12) HENSCHEN. Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirns. 3 Tomy. 1890, 1892, 1895.
- 13) VIALET. Les centres cérébraux de la vision et l'appareil nerveux visuel intracébrale. Thèse de Paris. 1893.
- 14) BRUNS und STÖTLING. Ein Fall von Alexie mit rechtsseitiger homonymer Hemianopsie. Neur. Centrblt. 1888.
- 15) BLEULER. Ein Fall von aphasischen Symptomen, Hemianopsie, Farbenblindheit und Seelenlähmung. Arch. f. Psych. T. XXV.
- 16) GOSSEN. Ueber zwei Fälle von Aphasie. Arch. f. Psych. T. XXV.
- 17) ZERNER. Ein Fall von Unfähigkeit zu lesen. Neur. Centrblt. 1893.
- 18) LANZ. Ein Fall von tiefem Hirnabscess. Corresp. Blatt für Schweizer Aerzte. 1893.
- 19) SÓUQES. A propos d'un cas d'agraphie sensorielle. Rev. neurologique. 1894.
- 20) BRUNS. Ein neuer Fall von Alexie mit rechtsseitiger Hemianopsie. Neur. Ctblt. 1894.
- 21) BIANCHI. Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Lehre von der Wortblindheit. Berl. klin. Wochensch. 1894.

¹⁾ Z ogromnej literatury zaburzeń w czytaniu i pisanii przytaczam w tem miejscu jedynie prace, cytowane w artykule moim. (Uw. autora)

- 22) REDLICH. Ueber die sog. subcorticale Alexie. OBERSTEINER's Arbeiten in Wien. 1895. Zeszyt III.
- 23) JOLLY. Syphilis und Aphasie. Neur. Centrblt. 1894.
- 24) BRASCH. Frühsyphilitisches Hirnleiden. Neur. Centrblt. 1896.
- 25) BERNHEIM. Contribution à l'étude de l'aphasie, de la cécité psychique de choses. Rev. de Méd. 1885.
- 26) BENETT. British med. Journal. 1888. Ref. Neur. Centrblt. 1888.
- 27) SÉRIEUX. Note sur un cas de cécité verbale avec agraphie. Soc. de Biol. 16. I. 1892.
- 28) LANNOIS et TOURNIER. Cécité verbale sans cécité litterale et sans hemianopsie. Rév. de Méd. 1896.
- Porówn. ROUX. Des rapports de l'hémianopsie laterale droite et e la cécité verbale. Thèse de Lyon. 1895.
- 29) PICK. Beiträge zur Lehre von der Aphasie. Arch. f. Psych. T. XXIII.
- 30) FREUD. Zur Auffassung der Aphasien. Wien. 1893.
- 31) WILBRAND. Die Seelenblindheit. Wiesbaden. 1887.
- Porówn. WILBRAND. Die hemianopsichen Gesichtsfeldformen und das optische Wahrnehmungscentrum. Wiesbaden. 1890.
- 32) vide BALLEET. Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie. Paris. 1892.
- 33) GOENOUW. Doppelseitige Hemianopsie. Arch. f. Psych. 1892.
- 34) RIEGER. Beschreibung der Intelligenzstörungen infolge einer Hirnverletzung, cyt. według GOSSEN'a Nr. 16.
- 35) BERNHEIM. Contribution à l'étude des aphasies. Rev. de Méd. 1891.
- 36) KUSSMAUL. Die Störungen der Sprache. Leipzig. 1877.
- 37) SOMMER. Die Dyslexie als funktionelle Störung. Arch. f. Psych. T. XXV.
- 38) GRASHEY. Ueber Aphasie und ihre Beziehung zur Wahrnehmung. Arch. f. Psych. T. XVI.
- 39) WERNICKE. Die neueren Arbeiten über Aphasie. Fortschritte der Medicin. 1886.
- 40) LÖWENFELD. Ueber zwei Fälle von amnestischer Aphasie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. 1891. T. II.
- 41) GOLDSCHIEDER und MÜLLER. Zur Physiologie und Pathologie des Lesens. Zeitschr. f. klin. Med. T. XXIII.
- 42) GOLDSCHIEDER. Ueber centrale Sprach-, Schreib- und Lesestörungen. Berliner klin. Woch. 1892.
- 43) SACHS. Vorträge über Bau und Thätigkeit des Grosshirns. Breslau. 1893.
- 44) DÉJÉRINE. Progrès médical. 1880, cytow. według PICK'a. Nr. 46.
- 45) BRASSAUD. Aphasie. Traité de Méd. T. VI. p. 112.
- 46) PICK. Neue Beiträge zur Pathologie der Sprache. Arch. f. Psych. 1895.
- 47) BASTIAN. Das Gehirn als Organ der Seele. Cytow. podług GOLDSCHIEDER'a. Nr. 42.
- 48) LEUBE. Ueber eine eigenthümliche Form der Alexie. Zeitschr. f. klin. Med. T. XVIII.
- 49) BERLIN. Eine besondere Art der Wortblindheit [Dyslexie]. 1887. Cyt. podług SOMMER'a. Nr. 37.
- 50) NIEDEN. Fall von Dyslexie mit Sectionsbefund. Neur. Centrblt. 1886.
- 51) PICK. Zur Lehre von Dyslexie. Neur. Centrblt. 1891.
- 52) BATTERHAM. Note on a case of amnesia Brain. 1888. Ref. Neur. Centrblt. 1888.
- 53) ZIEHEN. Aphasie. EULENBURG's Realencyclopædie, III wydanie.
- 54) PIFRES. Aphasie. Semaine médicale. 1894.
- 55) SAHLI. Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. 1894. p. 602.
- 56) SAMMELSOHN. Berl. klin. Woch. 1882.
- 57) FREUND. Ueber optische Aphasie und Sehenblindheit. Arch. f. Psych. T. XX.
- 58) BROADBENT, MAGNAN. Cytow. podług REDLICH'a. Nr. 22.
- 59) REINHARD. Zur Frage de Hirnlocalisation. Arch. f. Psych. T. XVII i XVIII.

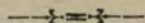
IV. KILKA SŁÓW O MEŻKIEM OWŁOSIENIU U KOBIET,

oraz niektórych innych anomaliach owłosienia i rozwoju ogólnego

[Podług odczytu w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem].

Podał

Fr. L. Neugebauer.



[Dokończenie — Patrz Nr. 50.]

4) Pomimo prawidła o monoseksualnym ustroju przy dzisiejszym stopniu ewolucyi do dziś dnia w każdym prawidłowo ukształtowanym ustroju, czy mężczyzn, czy kobiet, znajdują się pozostałości, wskazujące na pierwotną onto-i fylogenetyczną dwupłciowość: *utriculus masculinus vel vesicula prostatica* u mężczyzn, *paroophoron*, jako pozostałość części prymordjalnej nerki z ciała WOLFF'a, *epoophoron*, jako cząstka przewodów WOLFF'a i jako *analogon epididymidis* mężczyz u kobiet, dalej pozostałość przewodów GARTNER'a u kobiet w ścianach bocznych macicy, jako torbiele pochwowe i t. d..

Wszelkie owe hermafrodytyczne pozostałości i twory ważne są dla przypuszczenia biseksualnego centralnego ustroju pierwotnego, a nawet pozwalają przypuszczać możność funkcyjnych stosunków z odpowiadającym im ośrodkiem centralnym.

5) Jeśli według empirycznego prawidła monoseksualnego rozwoju w normalnych warunkach przypuszczać należy zupełne zatrzymanie rozwoju ośrodka płci drugiej, czyli latencję zupełną takowego, to jednak arcyliczne spostrzeżenia wskazują na persystencję tego drugiego ośrodka, czyli ośrodka płci odmiennej, przynajmniej dalszej egzystencji wirtualnej.

A nawet pośród pewnych warunków, widocznie patologicznych, wstrzymanie rozwoju drugiego ośrodka może być nie zupełne, tak, że powstaje pewien wpływ jego na rozwój fizycznych i psychicznych charakterów płciowych, a nawet w przypadkach wyjątkowych wpływ tego ośrodka drugiego, czyli płci odmiennej o rozwoju jakoby zatrzymanym, może przewyciężyć wpływ pierwszego i stać się dominującym, w następstwie czego naturalnie rozwinię się *sexualitas* odpowiednia wpływom ośrodka drugiego, czyli heteroseksualna.

Warunki tego rodzaju zjawisk są dosyć ciemne dotąd. Ze stanowiska antropologicznego i fylogenetycznego zjawisko takie należy uważać jako zatrzymanie, zahamowanie sprawy ewolucyjnej, dążącej do osiągnięcia stopnia rozwoju dzisiejszej organizacyi; klinicznie zaś napotykamy tego rodzaju zjawiska u osobników, wykazujących ślady lub objawy degeneracyi, czyli zwyrodnienia anatomicznego, funkcyjnego, fizycznego, psychicznego.

Samo pojęcie „organicznego obciążenia“, degeneracyi, jest dosyć niejasnym, albowiem nie powiada nic o istocie lub sposobie działania tego czynnika. Na polu zajmującej nas dziś kwestyi wypadłoby szukać działalności, czyli wpływów tego „organicznego obciążenia“, tej degeneracyi, w niedo-

statecznym zatrzymaniu rozwoju, w niedostatecznej neutralizacji ośrodka odmiennej płci, skazanego według prawidła monoseksualnego rozwoju na latencję.

Przykładów tego rodzaju niepełnego zatrzymania rozwoju („*mangelhafter Hemmungswirkung*“) ośrodka płci odmiennej nie brak, lecz tylko dla niektórych przypadków istnieją dowody zwyrodniałego ustroju centralnego układu nerwowego.

Jako bezwarunkowo jasne dowody „*bisexualitatis latentis*“ podług doświadczenia przytoczyć można:

a) mężczyzn o częściowo lub przeważnie wyrażonych fizycznych i psychicznych charakterach płciowych kobiecych, oraz kobiety o takichże cechach męzkich.

b) zjawienie się kobiecych fizycznych i psychicznych charakterów płciowych po wycięciu jąder [u Eunuchów], a męzkich u kobiet po trzebieniu, lecz nie we wszystkich tego rodzaju operacji przypadkach;

c) zastąpienie, czyli zamianę fizycznych i psychicznych charakterów płciowych u kobiet *post climacterium* męzkimi [owłosienie twarzy, wytworzenie się męzkich rysów twarzy, obniżenie się „*timbre*“ głosu i t. d.].

Podług doświadczenia tego rodzaju transformacja zdarza się u kobiet jednak rzadko i zdaje się być przywiązana do osobiwej predyzpozycji [obarczenia?] oraz przedwczesnego klimakteryum. Doświadczenie dowodzi, że w pewnym wieku dalej posuniętym ośrodek płci odmiennej już utracił możliwość rozwoju. Z okresem „*climacterii*“ łączy się wiek matrony, oraz wiek staruszek (*senium*), w którym już nie występują objawy „*Viraginitatis*“;

d) szczególnie interesującymi są dla nas przypadki, w których wskutek trzebienia lub też *climax praecox* prawie w latach jeszcze młodości zostały zniewieczone lub zniesione wpływy gruczołów płciowych na ośrodki homologiczne. W niektórych przypadkach wtenczas występuje na jaw ośrodek płci odmiennej, dotąd sparaliżowany, zahamowany przez ośrodek, dotąd dominujący i wywołuje objawy „*Viraginitatis*“.

Wypadałoby na przyszłość w przypadkach sztucznego wywołania „*climax*“ przy badaniu następstw fizycznych i psychicznych zwrócić uwagę na osobliwości antropologiczne i ewentualne obciążenie organiczne danej osoby.

e) dosyć często trafiają się przypadki, w których w przebiegu ciężkiej *neurastheniae* obserwujemy analogiczne metamorfozy charakterów płciowych, lecz nie widzimy tutaj drugą „*pubertatem*“, a rozwijają się raczej charaktery płciowe *alterius sexus*, nowej płci, podczas gdy fizyczne oznaki zaledwie są wyrażone. Lecz w tych przypadkach zawsze chodzi o obciążenie organiczne, a neurastenia odgrywa tylko rolę przyczyny okazjonalnej *transmutationis sexus*, opartej raczej na obciążeniu.

Pierwotna dwupłciowość płodu w pewnych przypadkach trwa przez całe życie i wywołuje tak zwaną psychiczną hermafrodyzę, ponieważ walka o rozwój pomiędzy jednym a drugim ośrodkiem pozostała nierozstrzygniętą.

Nie chcąc dziś rozpatrywać kwestyi psychicznej hermafrodyzy, ograniczyłem się na zacytowaniu hipotezy i wniosków KRAFFT-EBING'a co do objaśnienia uderzającego faktu wystąpienia charakterów zewnętrznych heteroseksualnych u osobnika poprzednio prawidłowo ukształtowanego o normalnych poprzednio czynnościach narządów płciowych. Rzeczywiście śmiała na pozór hipoteza KRAFFT-EBING'a najlepiej wyjaśnia sprawę, której podlegała opisana przez PISEMSKIEGO męzatka.

Zadaniem przyszłości będzie sprawdzić w przypadkach operacyjnego trzebieenia lub chorobliwego zaniku narządów płciowych oraz ich czynności wpływ takowego na ustrój zewnętrzny pacyenta lub pacjentki co do wystąpienia zjawisk heteroseksualnych.

W trakcie druku pracy niniejszej otrzymałem od D-ra ZARUBINA, w Char-kowie zamieszkałego, obszerną broszurkę „K uczeniu o gypertrychozie. Rjed-kij slučaj *hypertrichosis universalis acquisitae*“ [Odbitka z ruskiej gazety „Me-dicina“ 1896], w której opisał on Maryę Nekrasow oraz najnowsze opraco-wanie hypertrychozy przez BEHREND'a. Pozwalam sobie pracę moją uzupełnić jeszcze kilkoma szczegółami z tych dwóch prac zaczerpniętymi.

BARTELS ustanowił podział tego rodzaju:

<i>Hypertrichosis</i>	}	I <i>Heterogenica</i>	}	<i>Circumscripta</i>	}	<i>Idiopathica irritativa</i>
		II <i>Heterochronica</i>				<i>Neuropathica.</i>
		III <i>Heterotopica</i>				<i>Universalis</i>

Na str. 10 ZARUBIN przytacza kilka spostrzeżeń, dotyczących kobiet bro-datych: E. v. DUEHRING (*Zeitschrift f. Ethnologie*, z rysunkiem), HARDAWAY, DUERVAL. BARTELS (*Zeitschrift f. Ethnolog.* XIII. Tabl. VI) podaje kopię por-tretu kobiety o sięgającej do sutek brodzie, należącego do zbiorów w Löwen-burgu w bliskości miasta Cassel.

MANSUROW w Moskwie obserwował brodatą niewiastę Wasilissę Fj o do-row, która w roku 1887 liczyła sobie 62 lat. Broda i wąsy zaczęły jej wyra-stać w 16 roku, dziś włosy te są siwe, kobieta ta, zarabia na życie dla całej swojej rodziny śpiewaniem psalmów przy zwłokach zmarłych. Do jednego ze szpitali londyńskich zgłosiła się pochodząca ze Szwajcaryi brodata niewia-sta z prośbą o zbadanie lekarskie i odpowiednie świadectwo; albowiem duchow-ięństwo nie chciało dać jej ślubu. Świadectwo wydano jej w tej chwili, gdyż okazała się ciężarną.

„*Med.-chir. Transact.* 1891. Vol. XII. P. 14. Chłopczyk, w Londynie uro-dzony, o przedwczesnym rozwoju narządów płciowych. Już w 4 miesiącu ży-cia zjawilo się owłosienie sromu, a prącie miało takie rozmiary, że napletek nie pokrywał żołędzi, W 12 miesiącu życia chłopczyk ten miał już 9 zębów w szczęce górnej, żadnego w dolnej.

TH. SMITH opisał 1829 chłopczyka, który w 6 roku życia mając 4 stopy i 2 cale wysokości, ważył 74 funtów i posiadał już czarne wąsy i baczki.

LEUDESORF opisał 6½-letniego chłopca o wroście 12-letniego. Pomimo pokaźnych wąsów i męskiego głosu i skłonności bynajmniej nie dziecięcych, chłopczyk był dziecinnym, jak odpowiadało jego wiekowi, lecz już w 3 roku

życia, odczuwał taki popęd ku płci żeńskiej, że w nocy, śpiąc z matką, starał się zostać jej Edypem.

MICHELSON i HYDE opisali obszerne znamiona owłosione *regionis sacralis* na kształt włosistych majtek do pływania.

DUFOUR opisał 20-letniego młodzieńca o nadzwyczajnem owłosieniu *regionis lumbalis*, gdzie włosy kolorem, twardością i długością dorównywały włosom na głowie. W roku 1858 przybyła z Kanady do Ameryki Południowej hiszpańska śpiewaczka: „kobieta niedźwiedź“ o owłosieniu nadmiernem twarzy, tak, że i całe czoło było obrośnięte długimi, grubymi jak w końskiej grzywie włosami.

BUFFON 1774 widział w Paryżu człowieka o nadmiernem owłosieniu czoła i całej twarzy; podobne spostrzeżenie opisał RAYER, dotyczące 16-letniego chłopca, który się za pieniądze, jako „człowiek dziki“, pokazywał. Grzbiet i przód klatki piersiowej pokryte długimi, rudawymi włosami; w miejscach niezwykłego owłosienia, skóra o barwie szarawej, ciemniejszej od skóry nie nadmiernie owłosionej. Prawe ramię również tak owłosione, na dolnych kończynach symetrycznie ułożone plamy skórne, owłosione nadmiernie. Włosy rude tego samego koloru co i na głowie.

RAYER opisał zjawienie się hypertrychozy na ręku po postawieniu tam wezykatoryi. MANSUROW przytacza przykładanie wezykatoryi na głowę w celu wywołania porostu włosów. RAYER obserwował u jednej pani powstanie hypertrychozy na tem miejscu biodra, na którym dawniej miała guz, pochodzenia zapalnego. BERGMANN widział u 4-letniego chłopca zjawienie się gęstych baczków po dokonaniu ciężkiej operacyi na dolnej szczęce. Cztero-letnia Maryetta Schöbl, pochodząca z Boehmisch-Leipe, przy urodzeniu się miała znaczne owrzodzenia na grzbiecie, prawym policzku i prawej ręce. Po 3 miesiącach rany te zagoiły się, lecz blizny przyjęły barwę ciemną i pokryły się żółtawo-szarawymi włosami do 6 ctm. długimi. Równocześnie u niej zauważono baczki, liczne znamiona owłosione na grzbiecie i rękach, niedorozwój zębów oraz mięśni prawego policzka i prawej nogi.

CRAMPTON widział gęste owłosienie barku u kobiety, u której przy upuszczeniu krwi skaleczono *nervum musculo-cutaneum*. MAX JOSEPH obserwował miejscową hypertrychozę na ręce i przedramieniu po zdjęciu okładu gipsowego, z powodu rzeźączkowego reumatyzmu nałożonego. EDMUND LESSER u pewnego skrzypka zauważył powstanie hypertrychozy w tem miejscu, na którym skrzypce przylegały do szyi. ERB i SCHIEFFERDECKER spostrzegali hypertrychozę sakralną przy organicznych cierpieniach mlecza.

BARTELS dotychczas zebrał tylko 31 spostrzeżeń wrodzonego nadmiernego owłosienia, z których najdawniejsze dotyczy 12-go wieku mianowicie dziewczyny, opisanej przez DOMINIKA CUSTOS.

BEIGEL opisał starostę birmańskiego, owłosionego Schwe-Maonga z ryśunkiem, a CRAWFORD, JULE i AMI 1854 opisali również jego i córkę Maphon, matkę dwojga dzieci; starszy chłopczyk w 7 roku był jeszcze normalnie owłosionym, w 16 zaś roku kapitan Haughton skonstatował już hypertrychozę ogólną znaczną u niego; młodszy chłopczyk, 14-miesięczny już miał brodę

i bujnie owłosione uszy. Inni autorowie przytaczają, powołując się na DARWINA, jakoby ojciec Sch we-Maong'a również był dotkniętym hypertrychozą ogólną; włosy na grzbiecie i barkach miały do 5 cali długości. Z 4 córek tylko jedna miała być podobną do ojca. W tej więc rodzinie hypertrychozę ogólną jakoby skonstatowano u 4 z rzędu pokoleń.

VIRCHOW 1873 w Niemieckim Towarzystwie Antropologicznem przedstawił 51-letniego chłopca ruskiego, Adryana Ewtichjewa i 6-letniego syna jego Teodora z Kostromskiej gubernii jako „*Hundemenschen*“. Ewtichjew ożenił się z panną zdrową; dwoje dzieci zmarło wkrótce, jedno z nich, dziewczynka, miało również ogólną hypertrychozę. Adryan, pokłuciwszy się z mieszkańcami swej wsi, udał się do lasu, wykopał sobie norę i tam zamieszkiwał, żywiąc się po większej części korzeniami. Adryan miał włosy ciemne, rudawe, Teodor zaś złociste. Matka Teodora nie miała nadmiernego owłosienia. Andrzej miał tępy umysł, również jak osobnik o hypertrychozie, którego LOMBROSO opisał, Teodor zaś odznaczał się sprytem i rozumem. Julia Pastrana, zamężna Lent, miała podwójny rząd zębów w dolnej szczęce, chłopczyk jej, który umarł na 2-gi dzień po porodzie miał nadmiernie owłosioną głowę, twarz i grzbiet od karku do pośladków. Krao („*the missing links*“) owłosiona czarnymi, rzadkimi włosami. Włosy z głowy spuszczone sięgają do kolan. Barbara Ursler 1633 [Augsburg] miała obok ogólnej hypertrychozy długą, gęstą brodę, sięgającą do pasa.

ERAZMUS WILSON 1878 opisał 33-letnią pannę, u której ogólne, nadmierne owłosienie wystąpiło dopiero w wieku płciowej dojrzałości. Caluteńka powierzchnia ciała z wyjątkiem łysiny na głowie pokryła się długości na 2 do 5 ctm. czarnymi, gęstymi włosami, przytem *amenorrhoea* oraz skrofuty. MIKLUCHO-MAKLAJ twierdzi, że hypertrychozie nie zawsze towarzyszy niedorozwój zębów, skonstatowano takowy u Sch we-Maong'a, Ewtichjewa, Teodora i innych. Ewtichjew posiadał w górnej szczęce tylko jeden kieł lewostronny, w dolnej miał wszystkie zęby. Teodor miał tylko 4 zęby siekacze w dolnej szczęce, górna była bez zębów, *processus alveolaris*. DARWIN, MIKLUCHO-MAKLAJ, MAGITOT, PARREYDT, GEIL opisali braki zębów przy hypertrychozie. DARWIN zwrócił uwagę na związek pomiędzy owłosieniem i zębami u zwierząt, np. gołe psy egipskie odznaczają się małą ilością zębów. Często przy hypertrychozie zęby za późno się wyrzynają i zmieniają lub też wcale się nie rozwijają.

FISCHER i LEYDEN, MICHELSON upatrują w hypertrychozie hipertrofię epidermidalnych tworów jako kompensację zaniku mięśni. Torbiele jajników u kobiet o meżkiem owłosieniu mają po większej części być skórzastymi(?). FISCHER obserwował przy równoczesnej *spina bifida occulta* [patrz poprzednio] u 9-letniej dziewczynki pęczek włosów na 1 ctm. długich w okolicy cierniowych wyrostków I i IV kręgu lędźwiowego, a równocześnie drugi pęczek w linii pośredkowej karku, odpowiadający III i VI-mu kręgowi szyjowemu. Podobne spostrzeżenie przy *spina bifida occulta* u 16-letniej panny opisał SONNENBURG. JOACHIMSTHAL opisał 3 podobne spostrzeżenia w ostatnich latach.

Już BARTELS zwrócił uwagę na pewną typowość brody męskiej u kobiet, którą również i BEHREND skonstatował, albowiem zwykle środkowa część

bródki pozostaje bez hypertrychozy lub też ciągnie się tylko wązkie, pasemko włosów od dolnej wargi do bródki, tak, że pomiędzy linią pośrodkową a bocznymi owłosionymi częściami pozostaje po każdej stronie trójkąt goły, nie owłosiony o wierzchołku dolnym i podstawie górnej, podczas gdy boczne owłosione części również tworzą trójkąty, o podstawie odpowiadającej dolnemu brzegowi szczęki dolnej, a wierzchołku, odpowiadającemu rogowi zewnętrznemu ust. Trójkąt taki odpowiada *musculo triangulari menti*, podczas gdy część nieowłosiona odpowiada *musculo quadriangulari menti*. Od wierzchołka owłosionego trójkąta owłosienie po jednej stronie rozszerza się aż na górną wargę, po drugiej zaś — na *regio submentalis* aż do okolicy *ossis hyoidei*. W wielu przypadkach dalej jeszcze okolica żwaczy pokryta jest czy to długimi czarnymi włosami, czy też nadzwyczaj długim puszkim. Rzeczywiście zgo-

Fig. 55.



Fig. 53



Adryau Jewtichjew z synem Teodorem. ... Owłosienie nadmierne przy *neuritis pilosus*.

odnie z twierdzeniem BARTELS'a, BEHREND znalazł, że zwykle w brodzie męskiej u kobiet owłosienie odpowiada umiejscowieniu pewnych mięśni.

W nader ciekawem dziele rodaka naszego WITKOWSKIEGO: „*Histoire des accouchements chez tous les peuples*“, wydanem kilka lat tem w Paryżu, znalazłem rysunek, przedstawiający Adryana Jewtichjewa ze synem Teodorem [l. c. p. 281, fig. 130]. Patrz fig. 55.

Dalej Witkowski podaje podobiznę Julii Pastrany, a na str. 285, fig. 142 podobiznę dziecka o nadzwyczajnym owłosieniu tułowia, karku i górnych części obu ramion [patrz fig. 56] z podpisem, który poniżej dosłownie podaje. Prawdopodobnie przypadek ten zaliczyć wypada do spostrzeżeń *spinæ bifidae occultae* (?).

„Znamię owłosione pokrywające część ciała. Włosy prawie wszystkie skierowane od góry ku dołowi i z zewnątrz na wewnątrz; guz jeden istnieje pomiędzy łopatkami, a drugi pomiędzy pośladkami“.

W czasopiśmie: *La Semaine médicale*. 1896. № 56, p. 450: „*Lettres d'Autriche*“: „*Alopécie totale du corps*“ znalazłem spostrzeżenie STEINER'a, ważne dla rozpatrywanej dziś przezemnie kwestyi: Sr. demonstrował w Wiedniu 22-letnią kobietę o nabytym braku fizyologicznego owłosienia prawie na całej powierzchni ciała. Pacjentka już od lat dziecięcych dotknięta jest hemikranią. Alopecya, zanik i wypadanie włosów rozpoczęły się 12 lat temu po zjawieniu się pierwszej miesiączki. Od czasu do czasu wyrastają nowe włosy, lecz wkrótce już wypadają. Paznogie są owrzodzone, skóra jest gładką, mocno napiętą, lecz brak wszelkich porażeń nerwowych,

MONTANARIS [Mitylene]: „*Ein Fall von ansserordentlich frühzeitiger Entwicklung*“, *Indépendance méd.* 1896, Nr. 35 — patrz: *Centr. f. Gyn.* 1896, Nr. 46, p. 1181) widział dziewczynkę urodzoną dnia 21, VIII. 1892 r., która dnia 16. V. 1893 miała pierwszą miesiączkę. Budowa ciała proporcjonowana zdradza przedwczesny rozwój. Sutki dosyć rozwinięte, włosy na głowie długie. Dziecko zdradza usposobienie nad wiek swój poważne, czyli nie dziecięce.

SCHULTZE (*Jenaische Zeitschrift*, Bd. IV) przy badaniach owłosienia na 100 kobiet młodych znalazł 5 o mężczyem owłosieniu sromu, na 140 zaś mężczyzn widział 36 o owłosieniu sromu kobiecem. Detalicznie rozpatruje kwestyę owłosienia kobiecego FR. ROTHE w obszernej rozprawie swojej („*Untersuchungen über die Behaarung der Frauen*“, Berlin. 1890). Wrodzony brak owłosienia opisał HUTCHINSON. 1888: „*Congenital absence of Hair and Mammary glands with Atrophic Condition of Skin and its appendages in a Boy*“, a ostatnie odpowiednie spostrzeżenie znalazłem w *Lancet* z d. 31. X. 1896, p. 1226: „*Mixed premature and immature development*“, opisane przez D-ra HASTINGS GILFORD.

Podczas gdy dawniej wszelkie anomalie owłosienia oglądano jako potworność, osobników tych zaliczano do kategorii *monstrositatum*, w miarę postępu nauki i wzbogacenia kazuistyki coraz więcej wyjaśnia się przyczyna tych arcy-ciekawych anomalij. Główną ich przyczyną jest dystrofia pochodzenia centralnego, a w wyjątkowych przypadkach przy owłosieniu znamion (*naevus marmoratus*), pewnego rodzaju brodawek i t. d., stan irytacyjny patologiczny samej skóry, połączony z hyperemią, czasami w następstwie drażeń stale powtarzanych chemicznych, termicznych lub mechanicznych. Jak widzimy studyum poruszanej dziś przezemnie kwestyi ściśle połączone jest z nauką o obojactwie wrzekomem oraz o anomaliach rozwojowych dystroficznym.

Kończąc tę pracę, opartą na danych praktyki i piśmiennictwa, o ile tylko takowe dla mnie były dostępnymi, upraszam Szanownych Kolegów o łaskawe zakomunikowanie mi odpowiednich spostrzeżeń własnych.

Już dnia 15. XII. 1896 otrzymałem list od Sz. kolegi EDWARDA ZIELIŃSKIEGO, odnoszący się do treści pracy mojej pod względem związku infantylizmu, wstrzymanego rozwoju i t. d. z gruźlicą.

Otóż kol. ZIELIŃSKI pisze:

„Badając klinicznie i anatomo-patologicznie od lat 5 kwestyę zmian t. zw. degeneracyjnych u suchotników zauważyłem fakt nadzwyczaj ciekawy, że u wszystkich niemal bez wyjątku suchotników owłosienie wzgórka łonowego ma kształt trójkąta z podstawą zwróconą ku górze, t. j. taki, jaki widzimy u kobiet. Owłosieniu temu nie przypisuję innego znaczenia, jak tylko uważam je za jedną z licznych cech tak zwanej degeneracji suchotników. Owłosienie to bowiem zawsze idzie w parze z kilkoma naraz innymi cechami t. zw. zwyrodnienia. Tak np. u suchotników znaleźć łatwo następujące zmiany w szkielecie: 1) ślady ciemiączek na czaszce w postaci wklęsnięć, 2) wklęsnięcie w kierunku szwu lambdoidalnego; 3) kostki nadliczbowe *ossicula Wormiana*; 4) *bicanthię* dolnych kręgów grzbietowych i górnych lędźwiowych; 5) czasami dodatkowe kręgi, asymilujące się do przyległych; 6) dwukrotnie znaleziono *spondylolysis lumbalis*; 7) tyleż razy spotkano się z *hemispondylus*; 8) często sprawa kostnienia chrząstek epifizarnych przeciąga się u suchotników zadługo; 9) ciało mostka nie bywa gładkiem [jak u innych chorych], lecz poprzecinanem jest poprzecznymi wyniosłościami, jak gdyby dodatkowymi dolnymi kątami LUDOISI'usza; 10) częstokroć znów chrząstki, a nawet i same *costae* ulegają u suchotników bifurkacyi; 11) również chrząstka uszna nigdy nie bywa prawidłową. Prócz tych zboczeń w budowie szkieletu, niemal wyłącznie u suchotników znaleźć można takie zmiany, jak: 1) nieprawidłowa ilość płatów płucnych [np. dwóch po stronie prawej]; 2) albinizm tychże płuc [brak czarnego pigmentu, jak u noworodków]; 3) hypoplastyczny rozwój układu naczyniowego, 4) *lien crenatum sive lien succenturiatum*, 5) *impressiones digitales* na wątrobie, 6) *renes lobati*, 7) brak nerki lewej, 8) raz umieszczenie obu nerek po stronie prawej, 9) nerki podkowiaste, 10) prostopadłe, jak u noworodków, ustawienie żołądka, 11) wyrostki MECKEL'a na kiszce cienkiej, 12) niesłychana częstość przepuklin, 13) obecność fałdy skórnej u podstawy prącia, jak gdyby rudimentarnych warg większych sromnych kobiecych; 14) niezwykle szerokie *perinaeum*, tak, że uda nawet u tłustych dotykać do się nie mogą [jak u kobiet].

Gdy dodamy do tego tę niepomiarłą skłonność suchotników do chorób nerwowych na tle t. zw. degeneracyi, to sprawę gruźlicy traktować trzeba szerzej, niż obecnie, i bardzo być może, iż lasecznikowi KOCH'a nie tyle parazytarne, ile saprofityczne przypisać należy znaczenie. Wreszcie zaznaczyć muszę, że zmiany te anatomiczne, jakie tylko co opisałem, uważam za niewłaściwe nazywać, jak to przyjęto w psychiatrii, degeneracyjnymi; ze stanowiska bowiem ewolucyjnego zmiany te mają wszelkie cechy „niedorozwoju“, a nie zwyrodnienia. Dodam jeszcze, że ten, kto szukać chce cech takich, niech nie pomija żadnej sekcyi suchotnika, u tych to bowiem osobników napewno znajdzie ich naraz kilkoro, gdy u innych bądź wcale, bądź z pojedynczem i mniej ciekawem zetknie się uchybieniem od normy“.

NOTATKI LEKARSKIE:

13. Przypadek tęcza, leczony wstrzykiwaniami surowicy przeciwtężcowej.

J. K., uczeń gimnazjum realnego, lat 13 mający, dobrze odżywiany, ciałośkladu i ukostnienia normalnego, w dzieciństwie kilka razy podlegał drgawkom skutkiem niestrawności; innych poważnych chorób nie przechodził. Dnia 1 sierpnia 1896 r., bawiąc się w ogrodzie w okolicy Jędrzejowa, gdzie był na wakacjach, upadł. Upadając, oparł się o ziemię prawą ręką, przyczem zdarł naskórek i skaleczył palec 4-ty u prawej ręki. Obrażenie to nie zwróciło uwagi otaczających, chociaż przez całą noc chłopiec nie mógł spać skutkiem rwania w skaleczonym palcu. Objawy te szybko znikły, również szybko zablizniła się ranka na palcu, tak, że do dnia 8 sierpnia, t. j. w przeciągu 8 dni, zdrowie pacjenta nie przedstawiało nic do życzenia. Wieczorem tegoż dnia, t. j. 8 sierpnia, chory zaczął narzekać na ból gardła. Krewni, sądząc, że się zaziębił, kazali płukać gardło kwasem bornym i zapędzlowali całą okolicę podżuchwową nalewką jodową. Dnia 9 sierpnia zrana wystąpiło zeszywnienie kręgosłupa, które w ciągu dnia powiększało się stale, tak, że nazajutrz wieczorem chory stracił zupełnie władzę w nogach.

Dnia 11 sierpnia zdecydowano przywieźć chorego do Warszawy. Przejechał pięć mil powozem do stacji kolejowej Jędrzejów; tu przy wysiadaniu podległ krótkotrwałemu napadowi skurczu mięśni piersiowych i brzusznych. W drodze kolejną kurcze mięśniowe powtarzały się peryodycznie co 3 godziny przy coraz silniejszym tężeniu całego ciała, tak, że przy wysiadaniu z wagonu dnia 12 sierpnia o godzinie 7 zrana skutkiem zupełnego zeszywnienia w położeniu wyprostnem został, jakoby deska, wyniesiony do dorożki. Tego samego dnia zrana zostałem wezwany do chorego, który przedstawiał obraz następujący.

Całe ciało zeszywniałe, mięśnie brzuszne deskowate, wyprężone, jak również i kończyny. Szczękościsk. Ruch gałek ocznych zachowany, źrenice na światło reagują normalnie. Czucie w kończynach zachowane. Przytomność zupełna. Chory nie skarży się na żadne bóle. Stolec zatrzymany od 48 godzin. Mocz nie oddawał chory przez całą dobę. Zaleciłem chlorał w ławatywach 2,0 na dawkę, z zaleceniem powtórzenia przy przebudzeniu się chorego. Wieczorem tegoż dnia zastałem chorego śpiącego, mięśnie w kończynach nieco zwolniały; chory oddał stolec i mocz. Nazajutrz, t. j. 13-go, na rannej naradzie z kolegą GAJKIEWICZEM i wieczorem z kol. FABIANEM postanowiono zastosować surowicę przeciwtężcową, jako ostatni ratunek w tym ciężkim przypadku.

Na szczęście surowicę tę, pochodzącą z Instytutu PASTEUR'a, znaleziono w aptece P. KARPIŃSKIEGO w ilości trzech flakonów, wprawdzie trochę zmętniałą, lecz, nie mogąc w całym mieście znaleźć innej, zmuszony byłem tej użyć.

Tegoż dnia zrobiłem pierwsze wstrzyknięcie z 10 ctm. sześć. surowicy w okolicy sutki prawej, a wieczorem drugą w okolicy lewej sutki, pozostawiając ławatywy chlorałowe w dalszym ciągu. Dyeta wyłącznie mleczną. 14-go trzecie wstrzyknięcie w udo prawe,

Ponieważ więcej surowicy nie miałem i nigdzie jej dostać nie mogłem, nawet w pracowni prof. NENCKIEGO w Petersburgu, zmuszony byłem sprowadzić takową z Paryża z Instytutu PASTEUR'a; surowicę dostałem dopiero 22-go, t. j. po upływie 8-iu dni od ostatniego wstrzyknięcia. Przez cały ten czas, oprócz lawatyw chlorałowych, nic innego chorego nie używał, przyczem stan jego ogólny z każdym dniem stawał się lepszym, skurcze mięśni rzadsze, szczękościsk mniejszy; łaknienie bardzo dobre, chorego jadał mięso chociaż z trudnością, także jaja na miękko i mleko.

22-go zrobiłem 4-te wstrzyknięcie w okolicę sutki prawej z 10 ctm. sz. surowicy przeciwtężcowej, preparowanej 20 lipca 1896 r.. Płyn był czysty, przezroczysty, koloru słomkowego. Stan chorego coraz bardziej się polepszał, lawatywy chlorałowe brał co 12 godzin, kurcze mięśni nieznaczne.

25-go zrobiono 5-te wstrzyknięcie w okolicy mięśni brzusznych z prawej strony. Chlorał odstawiono.

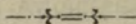
29-go wstrzyknięcie 6-te.

3-go września wstrzyknięcie 7-e, a zarazem ostatnie, ponieważ wszystkie objawy tężca znikły i chorego zupełnie wyzdrowiał.

Przy stosowaniu surowicy antytetanicznej żadnych ubocznych objawów nie zauważyłem.

Henryk Dziedzicki.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE



Posiedzenie z dnia 29. IX. 1896.

1) MIKLASZEWSKI przedstawia chorego 40-letniego ze złamaniem prącia, powstałym wskutek usiłowań zgięcia członka w stanie erekcji.

2) DMOCHOWSKI demonstruje błony krupowe, wydobyte w trzech przypadkach t. zw. krupu nosa, jamy noso-gardzielowej i ust. Jedna z błon jest dokładnym odlewem całej jamy noso-gardzielowej z wyraźnie zaznaczonemi nawet kryptami gruczołu LUSCHKI.

3) ORZEŁ demonstruje nowy kraniotom DELGRAIN'a, działający szybko, dający równe i wąskie szczeliny i nie uszkadzający opony twardej.

4) CIECHOMSKI przedstawia chorą, której za pomocą kraniotomii DELGRAIN'a trepanował czaszkę z powodu zniszczenia kości tej ostatniej przez guz wrzodziejący na głowie. C. przekonał się przy tej sposobności o użyteczności nowego kraniotomu.

5) FLAUM mówił „O albumozach“. Po scharakteryzowaniu własności chemicznych tych produktów trawienia białka i wykazania różnic pomiędzy nimi a białkiem rodzimem z jednej strony, peptonami zaś z drugiej, F. obszerniej omawia cechy fizyologiczne albumoz, kładąc nacisk szczególny na to, że materye te, całkowicie regenerując się na białko po wchłonięciu przez błonę śluzową przewodu pokarmowego, pokrywają doskonale potrzeby azotowe ustroju zwierzęcego. Peptony w odróżnieniu od albumoz są ciałami chemicznymi dla ustroju nie tylko nie pożytecznymi, lecz nawet szkodliwymi. Obszerniej prelegent opisał sposoby otrzymywania i odróżniania poszczególnych odmian albumoz i peptonów, poczem zwrócił uwagę na doskonałe własności

najnowsze z przetworów mięsnych, somatozy. Somatoza złożona jest przede wszystkim z albumoz, cechami swemi fizycznymi i chemicznymi różni się przede wszystkim od wszystkich znanych dotychczas peptonów handlowych. Stosowana jako przetwór mięsny oddaje znakomite usługi w dyetetycznym leczeniu rozmaitych chorób. Prelegent cytuje obserwowane przez siebie przypadki ostrych i przewlekłych chorób przewodu pokarmowego, w których stosował somatozę z doskonałym rezultatem.

W dyskusyi prof. BRODOWSKI zapytuje, czem można objaśnić fakt, że pepton, wytworzony w żołądku, nie zatrzuwa ustroju.

FLAUM odpowiada, iż pepton najprawdopodobniej rozkłada się szybko na dalsze produkty lub łączy się z innymi materjami i w ten sposób zostaje unieszkodliwionym.

o J. GOLDBAUM przy sztucznem trawieniu włókniaka po strąceniu białka i albumoz za pomocą siarczanu amonu nie wykrywał w przesączu peptonu. To też sądzi on, że pepton nie tworzy się w żołądku normalnie, lecz tylko w warunkach patologicznych [sokotok żołądkowy]; występują wtedy objawy zatrucia [tężyczka].

BĄCZKIEWICZ również nie wykrywał peptonu po strąceniu białka i albumoz ze sztucznie strawionego mleka; sądzi on, że siarczan amonu strąca i pepton.

FLAUM odpowiada, że do badań swoich używał białka kurzego, z włókniakiem zaś i mlekiem doświadczeń nie robił.

8) BORYSSOWICZ przedstawia torbiel, wyluszczoną przez siebie przed 2½ laty z prawego więzu szerokiego macicy u 32-letniej kobiety, od 11 lat zamężnej. Chora odbyła dwa porody prawidłowe, ostatni przed 6 laty; przed 7 laty poroniła w 4-m miesiącu ciąży. Od początku miesiączkowania każdemu peryodowi towarzyszyły, a w ostatnich czasach poprzedzały go bardzo gwałtowne bóle w prawej pachwinie; w odstępach między miesiączkami chora doznawała stale bólów w dolnej części brzucha i w krzyżu. W czasie miesiączkowań, które bywały co 20 lub 60 dni i trwały po 7—10 dni, bywały prócz tego wymioty, czasami drgawki, omamy i t. p.; po zamążpójściu zaczęły występować gwałtowne bóle w miednicy po każdym spółkowaniu, stała nadczułość pochwy, wogóle wystąpiły wybitne objawy histeryi. Na rok przed zasięgnięciem przez chorą porady B. prof. JASTREBOW dokonał jej wyłyżeczkowania macicy, lecz zabieg ten nie przyniósł chorej ulgi. W marcu r. 1894 B. przy badaniu chorej znalazł w prawem sklepieniu pochwy guz twardy o powierzchni nierównej, wielkości głowy noworodka, wypełniający dół biodrowy prawy; guz ten nieruchomy pozostawał w ścisłym związku z macicą również nieruchomą. Rozpoznał prelegent włókniak ściany macicy, wrastający w więz szeroki prawy. Po przecięciu powłok brzusznych znalazł B. torbiel więzu szerokiego z płynem surowicznym; jajnika prawego nie znalazł, nawet po wyluszczeniu torbieli. Wyluszczenie guza trudności nie przedstawiało. Przebieg pooperacyjny był pomyślny; pierwsza po operacyi miesiączka przeszła po raz pierwszy w życiu bez bólów.

Na wewnętrznej powierzchni torbieli, na miejscu zetknięcia się tej osta-

tniej z macicą znaleziono ciało twarde, 5—6 ctm. długości, a 3 ctm. szerokości mające, gładkie, połyskujące, zabarwione różowo.

7) PRZEWOSKI demonstrowuje preparaty drobnowidzowe guza, znalezionego wewnątrz torbieli, o jakiej mówił BORYSSOWICZ. Preparaty te mają typową budowę jajnika. Co do pochodzenia torbieli, P. wypowiada przypuszczenie, że chora w młodym wieku mogła przejść jakieś zapalenie w okolicy jajnika, czego rezultatem mógł być rozrost w tem miejscu tkanki łącznej z następczem wytworzeniem się torbieli.

W dyskusyi prof. BRODOWSKI nie przychyła się do zdania P.. Torbiel, według niego, pochodziła raczej z t. zw. gruczolu dodatkowego nadnercza. Gruczoly podobne, opisane niedawno przez ULRICH'a, znajdują się mogą w najrozmaitszych miejscach. Tutaj gruczoł mógł się znajdować na jajniku i kiedy dał początek torbieli, ta ostatnia mogła, rosnąc, odepchnąć jajnik do macicy. Jeżeli podobne przypuszczenie jest mylnem, to torbiel była teratomatem.

KRYSIŃSKI nie znajdował poprzednio na preparatach budowy jajnika demonstrowane obecnie różniąc się od tamtych, a więc rodzi się pytanie, czy nie zaszła tu jakaś pomyłka.

Według prof. HOYER'a, skrawki przedstawione pochodzą z jajnika niezupełnie rozwiniętego: niema w nim dojrzałych follikulów, niema śladu *corpus uteum*; są tylko bilzny, jakie bywają w tym razie, jeżeli jajko ginie, nie wychodząc z jajnika. Należy zatem przypuścić, że dany jajnik od początku nie rozwijał się prawidłowo. Torbiel mogła pochodzić z *parovarium*.

PRZEWOSKI zwraca uwagę, że torbiel, pochodząc z *parovarium*, posiadałaby nabłonek cylindryczny rzęskowy, a nie płaski.

Prof. KOSIŃSKI jest zdania, że u chorej B. po przebytej *parametritis* mógł nastąpić przyrost jajnika do macicy, a torbiel mogła powstać między rozsuniętymi listkami otrzewnowymi więzła.

Posiedzenie z dnia 6. XI. 1896.

1) NEUGEBAUER przedstawia mężczyznę 25-letniego ze skórą na całym ciele niezmiernie rozciągliwą; fałda skóry z czoła np. zakryć może całą twarz

2) BRUNNER MIKOŁAJ wypowiedział odczyt p. n. „O prześwietlaniu ciała ludzkiego za pomocą promieni ROENTGEN'a w celach dyagnostycznych“. Rzecz ta ukaże się w Gazecie Lekarskiej.

3) GĄBSZEWICZ przedstawia mężczyznę 40-letniego, któremu z powodu olbrzymiej, lecz wolnej przepukliny udowej lewostronnej wykonał przed 1½ rokiem operację według MAC-EWEN'a. Po zagojeniu się doraźnem rany w 3-im tygodniu wystąpiły objawy zapalenia wgłębi blizny. Przez zrobione wtedy cięcie wyszło nieco ropy oraz strzępy worka przepuklinowego, uległego zgorzeli, poczem rana znowu się zablizniła. Obecnie pacjent czuje się zupełnie zdrowym i pracuje ciężko.
