

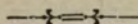
GAZETA LEKARSKA.

I. O LECZENIU CHIRURGICZNYM IDYOTYZMU

resp. MAŁOGŁOWIA (*microcephalia*).

Napisał

Władysław Gajkiewicz.



Chirurgia nowoczesna ufna w środki, zapobiegające ogólnemu zakażeniu, pokusiła się wycinać kawałki czaszki (*craniectomy*) dla leczenia idiotów lub zacofanych w rozwoju fizyczno-umysłowym. Chociaż myśl kraniektomii miał już podać GUÉNIOT, a wykonali ją FULLER [z Montréal] w 1878 i LANE w r. 1883, to jednak stała ona na porządku dziennym i stała się niemal modną dopiero od czasu, gdy na V kongresie chirurgów francuzkich w Paryżu 1891 r. LANNELONGUE zawiadomił członków kongresu, iż z 25 operowanych przez niego dzieci, u 24 otrzymał wynik zadawalający.

Pierwszy on ochrzcił operację tę nazwą „*craniectomy*“.

LANNELONGUE, robiąc ją, wychodził z tej zasady, iż wskutek przedwczesnego zrośnięcia się (*synostosis*) kości czaszki, dalszy rozwój jej pozostaje wstrzymanym (*microcephalia*), co się musi odbić i na rozwoju mózgu, a więc i na jego czynności. Wszelkie zmiany w mózgu u idiotów uważa LANNELONGUE za przypadkowe [koincydencye] lub wtórne; sprawą pierwotną dla niego jest przedwczesne zarośnięcie szwów. Jeśli więc w odpowiedniej porze wytniemy w czaszce kawałki kości, zrobimy niejako sztuczny szew, który pozwoli rozszerzać się czaszce, to umożliwimy dalsze rozwijanie się mózgu i będziemy mogli zapobiedz idiotyzmowi.

Aby ocenić sprawiedliwie słuszność tej zasady, musimy przypomnieć w krótkich słowach dane anatomo-patologiczne i kliniczne małogłowia resp. idiotyzmu.

Ścisłe badania wykazały, iż mniejszość tylko idiotów pochodzi z rodziców zdrowych cieleśnie i umysłowo i winni są swą wadę cierpieniu przypadkowemu, powstałemu podczas życia wewnątrz-macicznego lub w pierwszych dniach, miesiącach lub latach po urodzeniu. Przyczyny cierpienia tego bywają różne: mechaniczne [uderzenie w brzuch podczas ciąży (*compressio intrauterina*), poród kleszczami (*compressio obstetricalis*), bandażowanie głowy noworodka właściwe niektórym okolicom (*compressio ethnica*)], organiczne [cierpienie opon i mózgu], dyskrazyjne [choroby zakaźne], wreszcie *myxoedema*.

Większość jednak idiotów pochodzi z rodzin zwyrodniałych, tak, że wedle wyrażenia MOREL'a, idioci są ostatnimi przed stawicielami rodzin zwyrodniałych („*les idiots sont les derniers représentants de familles en voie de dégénérescence*“), co J. VOISIN wyraża prawie temi samemi słowami: idiotyzm jest ostatnim kresem zwyrodnienia umysłowego („*l'idiotie est le dernier terme de la dégénérescence mentale*“). Zazwyczaj więc przyczyna idiotyzmu jest głębsza, niż przy powierzchownem badaniu możnaby to sądzić i często na nią składają się całe pokolenia. Prócz socyologicznych [małżeństwo w pokrewieństwie], klimatologicznych [brak aklimatyzacji], warunki rozwoju zwyrodnienia najczęściej są patologiczne, a mianowicie: syfilis dziedziczny i alkoholizm, które powodują zmiany w kościach, oponach i naczyniach krwionośnych mózgu, kończące się zanikiem mózgu.

Idiotyzm cechuje się zбочeniami rozwojowemi, ewolucyjnemi, w szkielecie i w układzie mózgo-rdzeniowym.

Co do pierwszych, to najwydatniejszymi i najczęstszymi są zmiany w czaszce. Rzadko czaszka bywa za wielką (*macrocephalia*), częściej daleko za małą (*microcephalia*), stąd wielu bierze błędnie małogłowie za synonim idiotyzmu. Małogłowie dzieli BROCA na 2 klasy:

a) Małogłowie niezupełne (*demimicrocephalie*), gdy objętość czaszki ma mniej niż 1150 ctm. kub., obwód jej poziomy mniejszy niż 480 mm. u mężczyzn, a 475 mm. u kobiet, długość czaszki mniejsza niż 163—160 mm., a szerokość jej mniejsza niż 133—127 mm. — i

b) Małogłowie zupełne (*microcephalie vraie*), gdy objętość, obwód i długość czaszki schodzą do 300 ctm. kub., 320 i 100 mm..

W kranilogii obecnie jest przyjętem, że każda czaszka, której objętość jest mniejsza niż 1150 ctm. kub., a obwód ma mniej niż 48 ctm., jest mikrocefaliczną.

W małogłowiu czaszka jest zmniejszoną w całym obszarze, najwięcej jednak w dole czaszkowym przednim. Prócz tego, że czaszka jest mniejsza, często bywa ona u idiotów nieforemną (*aero-, platy-, plagio-, scaphocephalia*).

Zбочenia rozwojowe szkieletu u idiotów istnieją nie tylko w czaszce, lecz i w kościach twarzy [asymetria]; w podniebieniu twardem [stąd Francuzi zowią je zwierciadłem zniekształceń podstawy czaszki, „*le miroir des déformations de la base du crâne*“], w zębach (*microdontismus, gigantismus*), i t. p..

Znamiona, stygmata, fizyczne zwyrodnienia spotkać można nadto we wszystkich prawie narządach [zniekształcenie warg i uszów, zez (*strabismus*), *macroglossia, syndactylia, polydactylia, cryptorchismus, hermaphroditismus, hypospadiasis*, niezarośnięcie otworu BOTAL'a, jedna nerka i t. p.].

Co do zmian w układzie nerwowym u idiotów, to, opierając się na nagromadzonym dotychczas materiale, zmiany te można podzielić na 2 grupy: jedne są następstwem spraw patologicznych, drugie zaś zбочeniami teratologicznymi: powstrzymaniem rozwoju, niedorozwojem (*agenesia*), zбочeniami od normalnego typu rozwoju.

Pierwsze z nich, nierównie częstsze, są następstwem różnych cierpień ośrodków nerwowych, tak ostrych, jak i przewlekłych, powstałych podczas życia wewnątrz-macicznego, lub w pierwszych miesiącach lub latach po urodze-

niu. Każde z tych cierpień przy pewnych warunkach, może wpłynąć hamująco na rozwój mózgu, a zależnie od rodzaju i czasu podziałania przyczyny, może spowodować mniejszy lub większy niedorozwój lub zanik rozwiniętych części mózgu, zmiany, których ostatnim kresem jest idiotyzm. Mózgowie, które normalnie u dorosłego waży do 1350 grm., u idiotów zwykle waży znacznie mniej [1200—1000—500—300], a rzadko więcej. BAILLARGER widział mózg 4-letniego idioty, ważący 1305 grm., a w przypadku CULLERRE'a—ważył on 1530 grm..

Z pośród ostrych chorób, powodujących idiotyzm, bardzo częste u dzieci są cierpienia opony miękkiej (*piae matris*), które mogą doprowadzić do zaniku substancji mózgowej, gdyż naczynia odżywcze, zanim udadzą się do kory mózgowej, rozgałęziają się pierwaj w oponie miękkiej. Na niedorozwój lub zanik mózgu wpływa wówczas i wodogłowie (*hydrocephalus*), które towarzyszy każdemu cierpieniu opon mózgowych (*meningitis*).

Z przewlekłych cierpień, zdaniem BOURNEVILLE'a, najczęściej doprowadza do idiotyzmu rozlane zapalenie opon i mózgu (*meningo-encephalitis diffusa chronica*). Dalej, u idiotów znajdowano na sekcji mniej lub więcej obszerne zaniki (*atrophiae*) i torbiele, jako następstwo ognisk krwotocznych lub zapaleń (*sclerosis atrophica lobaris*), a nawet przerosty mózgu (*hypertrophiae*), jako następstwo zapalenia śródmiąższowego (*encephalitis interstitialis*), doprowadzającego do przerostu neuroglii, zwykle ogniskami różnej wielkości (*sclerosis hypertrophica s. tuberosa Bourneville*) i zaniku elementów nerwowych. Wszystkie te zmiany mogą dotyczyć albo cały mózg, albo tylko jedną półkulę, albo nawet pojedyncze tylko zrazy półkuli [często czołowy i potylicowy]. We wszystkich wymienionych sprawach patologicznych następstwem ich jest zanik pewnych części mózgu już istniejących.

Do drugiej grupy zmian w mózgu u idiotów zaliczyć należy niedorozwoje lub braki, tak zwane pierwotne, a nadto zboczenia od typu normalnego. Zmiany te mogą powstać bardzo wczesnie u zarodka, czego dowodem te rzadkie przypadki idiotyzmu, w których mózg nie jest podzielony na 2 półkule [co się odbywa między 12—18 dniem życia zarodka]. Często u idiotów bywa niedorozwój lub brak całej półkuli, a jeszcze częściej brak płata potylicowego (*inoccipitia*)¹⁾. Dalej, bywa brak całkowity lub częściowy spoidła wielkiego mózgu (*defectus corporis callosi*), przegrody przezroczystej (*septi pellucidi*), sklepienia (*fornicis*), brak lub niedorozwój mózdzku i t. p. Wiadomo, iż w takich razach spotyka się nierzadko *porencephaliam*.

Zboczenia od typu normalnego występują w zawojach [które bywają zbyt małe, gładkie i nieliczne (*microgyria partialis s. generalis*)], lub w rowkach [bywają silnie rozwinięte u idiotów te rowki, których prawidłowo u człowieka istnieją tylko ślady (*Affenspalte*)], dalej pod postacią różnych heteropii substancji szarej mózgu; wreszcie napotyka się także niedokształcenie częściowe lub całkowite rdzenia kręgowego (*micromyelia*) i t. p.

Zmiany morfologiczne drugiej grupy, jak wskazują niektóre spostrzeżenia [MUHR'a, BOURNEVILLE'a, D'OLLIER'a, KUNDRAT'a, ANTON'a], są następstwem

¹⁾ Pierwsze zaczątki tych płatów u embryonów pokazują się w 4 miesiącu.

niedorozwoju, lub anomalii tętnic domózgowych lub samych mózgowych; ściśle więc biorąc, są również, jak i zmiany grupy pierwszej, wtórnymi. Im zбочenia te tętnic dotyczą większą gałąź, tem następstwa są obszerniejsze.

Zmianami w układzie nerwowym tłómaczą się zaburzenia w sferze inteligencyi, moralnej, czucia i ruchu [ślepotą, głuchota, brak powonienia, znieczulenia, drgawki, porażenia i t. p.] właściwe idyotom.

Opierając się na danych, dostarczonych przez anatomję patologiczną, BOURNEVILLE zaproponował następującą klasyfikacyę idyotyzmu.

1) Idyotyzm jako następstwo wodogłowia (*Idiotie symptomatique de l'hydrocéphalie s. idiotie hydrocéphalique*).

2) Idyotyzm jako następstwo małogłowia (*idiotie microcéphalique*).

3) Idyotyzm od powstrzymania rozwoju lub niedokształcenia mózgu (*idiotie due à un arrêt de développement des circonvolutions, à une malformation congénitale du cerveau (porencéphalie vraie, absence du corps calleux) ou à une malformation pathologique (pseudo-kystes, foyers ocreux, pseudo-porencéphalie etc.)*).

4) Idyotyzm jako objaw stwardnienia przerostowego (*idiotie symptomatique de sclérose hypertrophique ou tubéreuse*).

5) Idyotyzm jako objaw stwardnienia zanikowego (*idiotie symptomatique de sclérose atrophique: a) sclérose des 2 hémisphères ou d'un hémisphère, b) sclérose d'un lobe du cerveau, c) sclérose des circonvolutions isolées, d) sclérose chagrinée du cerveau*).

6) Idyotyzm jako objaw cierpienia mózgu lub jego opon (*idiotie symptomatique de méningite ou de méningo encéphalite chronique s. idiotie méningitique*).

7) Idyotyzm jako objaw obrzęku śluzowego (*idiotie avec cachexie pachydermique s. idiotie myxoedémateuse*).

8) Idyotyzm jako objaw guzów mózgowia (*idiotie symptomatique de tumeurs de l'encéphale*).

Rozmaitość zmian anatomo-patologicznych tłómaczy rozmaitość obrazu klinicznego idyotów.

Jak wspomnieliśmy już wyżej, zmiany w układzie nerwowym, spotykane u idyotów, tłómaczono małogłowiem, które znów uważano za następstwo przedwczesnego kostnienia szwów, czyli, że *synostosis* miała być powodem idyotyzmu. Podstawą tej hipotezy było wykazanie przez VIRCHOW'a (*Knochenwachstum und Schädelformen, mit besonderer Rücksicht auf Cretinismus. Virchow's Archiv. T. XIII. 1851*), iż kości czaszki na płask rosną od szwów, które w nich odgrywają rolę nasad [epifyzów] kości długich. U wyższych ras ludzkich mózg rośnie [wzrasta na wadze] aż do 40 r. życia, a zaczyna się zmniejszać między 40—50 r. życia. Aby ten wzrost mógł się odbywać, kości czaszki muszą być niezrosnięte. I istotnie *synostosis* fizyologiczna kości czaszki [prócz szwu śródczołowego (*sutura mediofrontalis*) i klino-potylicowego (*s. sphen-occipitalis*)] zaczyna się najczęściej dopiero między 45—50 r. życia, i trwa do 80, a nawet do 95 r. życia [SAPPEY]. RIBBES, badając 220) czaszek, należących do ras wyższych, znalazł, iż kostnienie zaczynało się najwcześniej w 20 r. życia, najpóźniej w 55 r., a najczęściej między 40—45 r.. U ras niższych—znacznie wcześniej. Kostnienie zaczyna się i jest zawsze dalej posunięte na blaszce wewnętrznej, niż zewnętrznej. Zaczyna się ono na wysokości *obelion* [miejsce szwu

strzałkowego niedaleko połączenia się go ze szwem ciemienio-potylicowym] i stamtąd posuwa się naprzód i w tył. Szwy parzyste kostnieją symetrycznie.

Synostosis fizyologiczna jest więc dowodem rozpoczęcia się dezasymlacji ogólnej ustroju, starości, podobnie jak i kostnienie chrząstek międzykręgowych, żeber, krtani i t. p..

Jeśli więc szwy kości czaszki zarosną przedwcześnie, to wywoła to małowłowie (*microcephalia*), które może być ogólne lub częściowe (*craniostenosis*). Już jednak VIRCHOW w tej samej pracy opisał 2 czaszki mikrocefaliczne, które posiadały szwy niezarośnięte i wyraźnie podaje, iż anormalny rozwój czaszki zależy czasem od aplazji mózgu. VIRCHOW więc już pierwszy, prócz „*microcephalia synostotica*“, wyróżnił małowłowie ze szwami otwartymi, zależne od zaburzeń w rozwoju mózgu.

Późniejsze badania [GUDDEN'a, WOLFF'a, BENEDIKT'a] wykazały z jednej strony, iż szwy nie są jedyną drogą wzrostu kości czaszki, lecz że ma miejsce i wzrost śródkostny, dalej, że czaszka może uleść zniekształceniu bez zarośnięcia szwów, pod wpływem stanu krążenia krwi w tętnicach i żyłach mózgowych [GUDDEN], lub że można wywołać *synostosis* na drodze zmian cyrkulacyjnych bez zniekształcenia czaszki; wreszcie, zdaniem BENEDIKT'a, czaszka jest jednym z narządów najbardziej elastycznych; zmieniać ma ona objętość i kształt części, niż to sądzą powszechnie, ma ona być obszerniejszą w lecie, niż w zimie, podczas pracy, niż w spokoju.

Z drugiej znów strony badania wykazały, że u większości mikrocefalików szwy są otwarte nie tylko w dzieciństwie, lecz i w wieku dojrzałym [BROCA].

BOURNEVILLE, największy przeciwnik tłumaczenia idyotyzmu mikrocefalią, *resp.* przedwczesnem zrośnięciem się kości czaszki, przedstawił na jednym z posiedzeń [20. VI. 1893 r.] Akademii Lekarskiej w Paryżu, czaszki i fotografie mózgu 21 dzieci idyotów zmarłych w oddziale jego w szpitalu *Bicêtre* w roku 1892 i 1893. Z takimi dowodami w rękę wykazał on, iż idyotyzm był niekiedy spowodowany wodogłowieciem (*hydrocephalus*) i że wtedy na sekcji znaleziono kości czaszki mocno rozsunięte, nie mogło więc być wtedy mowy o małowłowie. U 3 znów innych dzieci [obserw. XX, XXI, XXII], u których zrobiono kraniektomię, sekcya nie wykryła zarośnięcia szwów, lecz zapalenie opon i mózgu (*meningo-encephalitis*).

Tenże BOURNEVILLE w Towarzystwie Anatomicznem Paryżkiem w roku 1896 przedstawił 13 czaszek i mózgow, zebranych po przedstawieniu pierwszej swej pracy, o której dopiero co mówiliśmy. Tylko na 1 z czaszek można było znaleźć *synostosis*. Na innych czaszkach nie tylko, że szwy nie były zarośnięte, lecz nawet czasami istniał i szew śródczołowy i ciemię wielkie, które zwykle zarastają już w końcu 2 roku życia.

BOURNEVILLE badając 400 czaszek idyotów, czaszek, znajdujących się w muzeum szpitala *Bicêtre*, tylko 6 razy znalazł przedwczesne zarośnięcie szwów i to zwykle częściowe. Na mocy tego wszystkiego wypowiada on zdanie, że, ogólnie biorąc, przedwczesne zarośnięcie szwów u idyotów lub dzieci zacofanych nie istnieje [„*chez les enfants idiots et arriérés il n'y a pas, en général, de synostose prématurée des sutures*“] i że czaszki ich nie przeszkadzają mó-

zgowi rozszerzać się do woli („*sont en mesure de donner au cerveau toute l'extension désirable*“). Do podobnych wyników, iż szwy nie kostnieją wcześniej u idyotów, niż u zdrowych, doszedł TACQUET na mocy poszukiwań u 29 idyotów z oddziału BOURNEVILLE'a, dalej LANDON DOWN [43 mityng doroczny Stowarzyszenia lekarzy Amerykańskich w Detroit 1892 r.] na mocy badania 200 czaszek idyotów, SHUTTLEWORTH, FLETCHER BEACH, IRELAND, WILMARTH, wreszcie MORSELLI [1893], który badał czaszki idyotów, znajdujące się w zbiorze kranologicznym kliniki psychiatrycznej w Genui.

Obecnie przyjętem jest w antropologii zdanie, że mózg urabia czaszkę, odlewa ją wedle własnej modły [„*que le cerveau fait le crâne, le moule sur sa propre forme*“ (Hovelaque et Bordier)], że główna przyczyna małogłowia leży w zбочeniu ośrodków nerwowych, że zniekształcenie czaszki jest następstwem wadliwego rozwoju mózgu.

Dla całości tylko wspomnieć winniśmy, iż C. VOGT (*Ueber Mikrocephalen oder Affen-Menschen. Archiv f. Antropol. 1867*) przyczynę małogłowia upatrywał w atawizmie. Wedle jednak BISCHOFF'a, przeciw atawizmowi mówi różnaitość rozwoju mózgow mikrocefalików. Budowa ich mózgu jest czasem niższą, niż u małpy, a zdarzające się niekiedy *hemiencephaliae* i *anencephaliue* i inne zбочenia rozwojowe mówią, iż jest to twór patologiczny, jak to już utrzymywał CRUVEILHIER.

Anatomia więc patologiczna — jak to widać z tego wszystkiego, cośmy wyżej powiedzieli — poucza, iż zasada kraniektomii, sformułowana przez LANNELONGUE'a, jest błędną, gdyż przyczyną małogłowia w ogromnej większości przypadków — wyrażając się najogólniej — nie bywa przedczesne zarośnięcie szwów kości czaszki, i że małogłowie nie jest przyczyną, lecz tylko jednym z objawów idyotyzmu, czego najlepszym dowodem, iż idyoci mają niekiedy czaszkę nadmiernie rozwiniętą (*macrocephalia*). Wszystko obecnie skłania do przyjęcia, iż niedorozwój czaszki i mózgu, mała czaszka i mały lub zniekształcony mózg, objawy tak częste u idyotów, zależą od jednej przyczyny, którą często jest nadmierna wązkość naczyń krwionośnych, udających się do głowy, skutkiem czego dowóz materyału odżywczego jest zmniejszony. Ten niedorozwój naczyń krwionośnych czaszki i mózgu jest najczęściej wynikiem ogólnego zwyrodnienia i to nie osobnika, lecz całej rodziny.

Spostrzeżenia anatomiczne, zrobione podczas lub po kraniektomii, również nie bardzo przemawiają na korzyść tej operacyi. W wielu przypadkach kraniektomii stwierdzono, iż kości czaszki były ścieńczone, a więc mogły się rozszerzać. Bardzo często szwy podczas operacyi lub na sekcyi znalezione nie zarośnięte lub tylko częściowo. Z drugiej zaś strony, potrzeba uwzględnić, iż BOURNEVILLE, badając czaszki idyotów, którym robiono 1 lub nawet dwukrotnie kraniektomię, znajdował nieraz, iż otwory zrobione sztucznie były zarośniętymi, swoboda więc mózgu — o którą chodzi, robiąc kraniektomię — trwała tylko krótki czas. Wreszcie przekonano się, iż rozpoznanie zarośnięcia szwów i grubości kości na żywym osobniku, na czaszce porośniętej, jest za-zwyczaj niemożliwym. MITTMANN proponuje nawet w tym celu robić nacięcia

skóry wzdłuż szwów, aby przekonać się o ich stanie, co jednak nie zupełnie by zaradziło, gdyż, jak widzieliśmy, zrastanie kości zwykle zaczyna się na blaszce ich wewnętrznej.

BOURNEVILLE słusznie twierdzi, iż, aby dać mózgowi istotną możność rozszerzania się, chirurg powinienby nie tylko wycinać kawałki kości czaszki na powierzchni jej górnej, lecz także poziomo nad uszami, naokoło czaszki; wówczas bowiem mózg miałby do pokonania tylko opór opony twardej. VOISIN idzie jeszcze dalej; sądzi bowiem, iż racjonalnem byłoby prócz tego i nacinanie samej błony mózgowej twardej.

Kraniektomia mogłaby być do pewnego stopnia uzasadnioną, gdyby mózg idyotów był zmieniony tylko co do objętości. Tymczasem, jak widzieliśmy wyżej, jest on czasem w stanie rudymenarnym, a często przedstawia zmiany głębokie, niemożliwe do odreperowania, zmiany w utkaniu, rozwoju lub zбочzenia od typu normalnego, sięgające życia płodowego i będące następstwem różnych przyczyn, często już dawno minionych.

W przeważnej więc liczbie przypadków operacja nie może oddziaływać na zmiany w mózgu, będące powodem idyotyzmu, zwłaszcza jeśli jednocześnie z niemi istnieje i mikromyelia.

Z punktu anatomo-patologicznego kraniektomia mogłaby być wskazaną tylko w tych rzadkich i nie zupełnie dotąd pewnych przypadkach, w których *synostosis* jest idyopatyczną, w przypadkach więc *microcephaliae synostoticae*, w których mózg jest dobrze rozwinięty i niezmienny, jak to miało być w przypadkach KÜESTER'a [1869], ADRIANI'ego [1872] i w 2 LEIDESDORF'a [1883].

Dalej, możnaby na uparte go obronić racjonalność kraniektomii w przypadkach t. zw. małogłowa niezupełnego i w tych, w których idyotyzm nie jest objawem zwyrodnienia ustroju, nie jest zбочzeniem teratologicznem, lecz zależy od spraw patologicznych w mózgu, możliwych jeśli nie do zupełnego usunięcia, to przynajmniej do pewnej zmiany, gdy więc np. przyczyna cierpienia jest pochodzenia traumatycznego, gdy krwotok lub torbiel pokrwotoczna prócz zaburzeń ruchowych [choroba LITTLE'a] wywołała pewien niedorozwój psychiczny i umysłowy (*arriération* — francuzów).

Na takie to zapewne przypadki musiał natrafić LANNELONGUE, proponując kraniektomię, skoro u 25 operowanych, o których na wstępie wspomnieliśmy, znalazł on niejednokrotnie ognisko zapalenia powierzchni zewnętrznej opony twardej (*pachymeningitis externa*), a w środku niego kostniaka (*osteoma*).

[D. n.]

II. PRZYCZYNEK DO KRWAWIEŃ I KRWOTOKÓW MACICZNYCH WĄTLIWEGO POCHODZENIA.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego dnia 2. VI. 1896 r.]

Podał

Dr Fr. Stępkowski.

— † — † —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 49].

Cierpienia serca, płuc, wątroby i nerek mogą powodować obfite miesiączkowania i krwotoki wskutek zastoju żylnego. Następnie choroby, powodujące zmiany krwi, jak: *haemophilia*, *purpura*, *scorbutus*, *icterus gravis*, *anaemia pernicioza*, *leucaemia*, *chlorosis*, otrucie fosforem i inne stany kachektyczne. Jasny jest powód krwawień wskutek zmian w składzie krwi, w otruciu zaś fosforem krwawienia powstają w następstwie tłuszczowego zwyrodnienia małych tętniczek. W dostępnej mi literaturze znalazłem nawet opis kilku przypadków śmierci z powodu nadmiernego miesiączkowania z dopiero co wzmiankowanych przyczyn. Do takich należy opis D-ra HARDER'a, RESNIKOW'a i innych. Prof. PRZEKOSKI również opisał w 1894 r. na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przypadek śmierci skutkiem nieprawidłowości miesiączkowych. Na trupie 23-letniej dziewczyny znaleziono: aorta bardzo wązka, ściany jej cienkie, rozciągliwe. Wązkość światła i cienkość ścian uderzała i w innych tętnicach. Macica dosyć mała, ściany jej cienkie, blade. Naczynia krwionośne w błonie śluzowej przedstawiały się w postaci szerokich naczyń włosowatych. Błona dziewicza była nienaruszona. W rodzinie chorej podobno krwawicy nie było. Chora cierpiała na blednicę, a zatem wątlność ścian naczyń byłaby powodem uporczywego krwawienia, ponieważ u chlorotycznych bywa prawidłowo niedorozwój naczyń, które łatwo wskutek tego pękają.

Wogóle w blednicy krwawienia mogą być i obfite i małe. Rozumie się, że na takie krwawienia należy zapatrywać się jako na jeden z objawów tej choroby, a nie jako następstwo jej. U STIEDY we wszystkich obserwowanych przez niego przypadkach miesiączka w blednicy była nieprawidłową i w małej ilości, a połowa chorych należała do rodzin, w których gruźlica płucna panowała.

Krwawienia następnie mogą pochodzić z powodu gruźlicy błony śluzowej macicy z nadżartych naczyń. Gruźlica błony śluzowej bywa zwykle wtórną. KIWISCH, który pierwszy opisał ją szczegółowo, powiada, że widział ją zawsze jako dalszy ciąg gruźlicy jajowodów, w których ona rozwija się pierwotnie; według niego tylko stan pęłogowy usposabia do pierwotnej gru-

żlicy. Lwow, zdaje się, pierwszy opisał pierwotną gruźlicę błony śluzowej macicy i nie w połogu.

Dalej wspomnieć mi wypada o krwawieniach z macicy, dotkniętej wilkiem. Taki przypadek podał ZWEIFEL. Kobieta lat 28, pierwiastka, z ojca suchotnika, od dłuższego czasu uporeczywie krwawiła. Na części pochwowej znaleziono płaskie owrzodzenie, następnie sprawa chorobowa przeszła na błonę śluzową macicy. Pomimo wyskrobania krwawienie trwało ciągle i autor był zmuszony wyluszczyć macicę. W wyskrobanej masie znaleziono gruźelki, laseczników zaś nie było.

W ciąży zamacicznej spotykamy również krwawienia długie i uporeczywe. Te długotrwałe krwawienia wskazują prawdopodobnie na przerwanie się ciąży, ponieważ przy trwającej ciąży krwawienia zwykle nie trwają długo. Takie krwawienia są dowodem przekrwienia błony śluzowej macicy wskutek powstrzymanego jej wstecznego rozwoju (*subinvolutio uteri*), jak to bywa przy zatrzymywaniu w jej jamie części jaja płodowego.

Tu zaliczyć należy krwawienie pozauwzględowe, t. j. krwawienia, które występują po przerwie w miesiączkowaniu w rok lub kilka lat. Krwawienia tego rodzaju mogą pochodzić z ogólnych przyczyn: wskutek zaburzeń w naczynio-ruchowych, dalej mogą zależeć od wady serca z objawami zastoiny; lub też pochodzą z miejscowej przyczyny, jak: owrzodzenia, polipy błony śluzowej, rak części pochwowej i ciała oraz przeistoczenie mięsakowe włókniaków. Najczęstszą jednak przyczyną tego rodzaju krwawień bywa rak części pochwowej, ponieważ trafia się więcej, niż w połowie przypadków.

We wrodzonym przesadnym przodozgięciu macicy i koniecznej szyjce miesiączka od pierwszego jej pojawienia się bywa nieprawidłową. W 30% od samego początku krew idzie obficie, a w połowie prawie przypadków pierwszej miesiączce towarzyszy bolesność (*dysmenorrhoea*). Bolesna ta miesiączka w większości przypadków jest pochodzenia mechanicznego, jak to wykazał SIMPS i zależną od zwężenia kanału szyi głównie w okolicy ujścia wewnętrznego. Ta co miesiąc powtarzająca się praca macicy, żeby przepchnąć krew miesiączkową, powoduje w rezultacie przyływ krwi do macicy i narządów miedniczych. W taki sposób powstają upławy, miesiączkowania stają się obfite, jako *menstruatio profusa*. Przy takim przodozgięciu bywa i owulacja nieprawidłowa, w wielu przypadkach w tych razach bywają zmiany w jajnikach: są one nieco powiększone, opuszczone i cokolwiek bolesne. Bardzo często wtedy bywa i niepłodność, ponieważ przodozgięcie samo przez się przedstawia niedorozwój narządów rodnych, który wyraża się nie tylko przez nieprawidłową postać macicy, lecz i przez nieprawidłową owulację i zaburzenia w wydzielaniu błony śluzowej macicy.

W tyłozgięciu macicy mamy również zaburzenia w miesiączkowaniu: miesiączkowania są obfite i długie, a często bywają i krwotoki bez żadnego typu. Węzadła szerokie bywają wtedy nieco skręcone, naczynia krwionośne zostają uciśniętymi i w taki sposób powstaje zastój żylny macicy. Ponieważ zaś ciało macicy jest umieszczone *in fundo excavationis DOUGLASSI* więc i jajniki opuszczają się głęboko do jamy miednicy; *lig. infundibulo-pelvicum* skrę-

ca się, a przez to naczynia odprowadzające krew w większym lub mniejszym stopniu będą uciśnięte: w jajnikach zatem będzie zastój żylny, z następczem powiększeniem narządu.

Zachodzi teraz pytanie: czy wyskrobanie we wszystkich przypadkach krwawień macicznych tam, gdzie przyczyna takowych jest niepewna, niejasna, ma rację bytu? Stanowczo nie we wszystkich! Są przypadki, w których rzeczywiście po wyłyżeczkowaniu następuje znaczne polepszenie, lub zupełna poprawa i to w tych razach, w których cierpienie błony śluzowej było pierwotne. Radykalnego zaś wyleczenia nie możemy spodziewać się, jeśli błona śluzowa cierpi wtórnie, ponieważ pod wpływem bodźców, wychodzących z przydatków, błona śluzowa po wyskrobaniu nanowo zacznie przerastać: a zatem tylko usunięcie przyczynowego cierpienia może sprowadzić stanowcze w tym razie wyleczenie. W niektórych zaś przypadkach skrobanie tylko pogorszenie wywołać może. Cóż pomoże skrobanie tam, gdzie naczynia macicy są zwapniałe, jak to dość często zdarza się u kobiet po 40 roku życia, albo w przypadkach tłuszczowego zwyrodnienia mięśni macicy, lub żyłaków macicy? Jasną jest rzeczą, że próbne skrobanie w wątpliwych przypadkach zawsze robić należy, gdyby zaś i ono nie rozstrzygało kwestyi, należy rozszerzyć szyję i zbadać palcem wewnątrz macicy; w ten sposób nieraz otrzymujemy cenne wskazówki dyagnostyczne.

Jeżeli dla jakichbądź powodów cierpienia przyczynowego usunąć nie jesteśmy w możności, to możemy się pokusić o wstrzymanie krwawienia przez energiczne stosowanie środków przyżegających na błonę śluzową jamy macicznej po uprzednim jej wyłyżeczkowaniu. Do takich należą: jodyna, 50% roztwór chlorku cynku, czysty kwas karbolowy i t. d..

MEYER z Kopenhagi w jednym przypadku gruczolaka przypalił nawet dymiącym kwasem azotnym. Prawda, że, niszcząc błonę śluzową, pozbawiamy chorobę możności zajścia w ciążę, lecz strata nie jest tak wielką, ponieważ w większości przypadków błona śluzowa w tych razach bywa niezdatną do utrzymania płodu: z *endometritis fungosa* wytwarza się *endometritis decidualis*, która prowadzi do częstych poronień. W jednym przypadku, w którym przyżeganie, skrobanie i elektryczność pozostały bez rezultatu, a na wyjęcie macicy chora się nie zgadzała, ARCH wykonał następującą operację: przeciął przednie i tylne sklepienia, rozciął macicę w pośrodkowej linii i wyciął błonę śluzową, z której pozostały tylko kawałki, odpowiadające otworom jajowodów.

Gdy jednakże wszystkie środki, przedsiębrane w celu wstrzymania krwawień lub krwotoków, pozostają bez skutku, gdzie przyczyny są niejasne, a chore coraz więcej upadają na siłach, nie pozostaje nic innego, jak wyłuszczyć macicę. Również doświadczenie nas uczy, że *endometritis fungosa* w okresie uwiędu stanowi często przejście do raka ciała macicy i z tego powodu należałoby w tych przypadkach nie powtarzać skrobania, a wprost przystąpić do wyjęcia macicy.

Jak nieraz długo czekać trzeba dla postawienia właściwego rozpoznania, wykazuje przykład KOETSCHAN'a. Przedstawił on na posiedzeniu To-

warzystwa Ginekologicznego w Kolonii preparat amputowanej macicy u 61-letniej kobiety. Otóż KGETSCHAN robił u tej chorej w 1890 i 1891 roku wykrobanie z powodu ówczesnej dyagnozy: *endometritis fungosa*. Krwawienia ustąpiły i ogólny stan był dobry do października 1894 r., macica przy badaniu była zaledwie powiększona. Jednakże już w maju 1895 r. macica była wielkości głowy dziecka; wystąpiły silne bóle w krzyżu i w dole brzucha, charłactwo. Wtedy postawiono rozpoznanie: prawdopodobnie *fibro-sarcoma uteri*. W tymże miesiącu amputowano macicę na wysokości ujścia wewnętrznego *per coeliotomiam*. Cztery lata zatem czekać trzeba było dla postawienia odpowiedniego rozpoznania i zastosowania właściwego leczenia.

L I T E R A T U R A.

BREUNECKE. Zur Aetiologie der „Endometritis fungosa“ speciel der chronischen hyperplasirenden Endometritis. OLSHAUSEN's Arch. f. Gyn. Bd. XX. Hf. 3.

CZEMPIN. Ueber die Beziehungen der Uterusschleimhaut zu den Erkrankungen der Adnexa. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XIII. p. 339—359.

SCHMAL. F. D. L'anatomie pathologique de l'endometrium. Arch. de tocol. Paris. 1891 d. 385 etc.

LWOW. Pierwieszajna bugorzatka matki. Wracz 1891. str. 440.

ZWEIFEL. Lupus uteri. Verh. d. Natur-Vers. in Bremen.

LÖHLEIN. Ueber einige Formen der Endometritis corporis. Berl. klin. Wochenschr. 1886 r. Nr. 23.

MARTIN-BERLIN. Die Krankheiten der Eileiter. Leipzig. 1895.

STIEDA. Chlorose und Entwicklungstörungen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXII. Hf. 1.

KIWISCH. Klinische Vorträge. t. I. str. 462.

SNIEGIREFF. Matocznyja krowotoczenja. Moskwa 1895 r.

S. POZZI. Traité d. Gynécologie clinique et opératoire. Paris. 1890 r.,

Pamiętnik Tow. Warszaw. lekar. 1894 r.

LE DENTU, PICHEVIN e PESSIT. Metrorrhagia e lesioni vascolari dell'utero. La Rassegna D'Ostetricia e Gynecologie. Nr. 1. 1896 r..

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

III. ALEXIA SUBCORTICALIS.

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

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

Napisal

D-r med. H. Higier.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 48].

Ostatnią kwestyę, jaką poruszyć zamierzam, jest agrafia, zaznaczona w historii choroby obu naszych pacjentów. W pierwszym przypadku chory, a chodziło tu o chorego mało wprawnego w pisanie, bardzo wczesnie utracił

zdolność do pisania. Już w drugim okresie choroby, kiedy chory nie mógł wprawdzie czytać na głos, lecz rozpoznawał doskonale litery i wyrazy, widzimy, że prawie zupełnie nie może pisać zarówno samodzielnie, jak i za dyktandem. Dwie pierwsze litery swego nazwiska potrafi on jeszcze znośnie napisać, pozostałą część powtarza sobie po cichu, ale napisać jej nie jest w stanie. Aczkolwiek nieudolnie, mógł jednak pacjent w owym okresie przepisywać, atoli niebawem i tę zdolność utracił.

Mojem zdaniem, agrafia zupełna u tego chorego objaśnia się w części stopniem jego ukształcenia, w części zaś działaniem ogólnem domniemanego nowotworu syfilitycznego [gumat]. Przypadek ten, pod względem zaburzenia agraficznego, nie odpowiada wcale typowemu obrazowi aleksyi podkorowej; przy niej bowiem zazwyczaj utracona bywa zdolność kopiowania, zachowana zaś zdolność do pisania samodzielnego i za dyktandem.

Inaczej zupełnie wyglądała agrafia w drugim moim przypadku. Mimo to, że rozpoczął się przypadek zupełnie nietypowo, mianowicie od dysleksyi, otrzymaliśmy później klasyczny obraz aleksyi podkorowej—takiej, jaką opisał WERNICKE: chory był w stanie pisać samodzielnie i za dyktandem, utracił zaś zupełnie zdolność do przepisywania; mógł jedynie na ślepo przerysowywać. Że jego przepisywanie było prostem przerysowywaniem liter, można się było przekonać w ten sposób, że, kiedy polecono choremu zamienić litery drukowane na pisane, to albo wcale wykonać tego nie mógł, albo też wprost naśladował pismo drukowane. Litery przepisywane potrafił pacjent czytać tylko w chwili samego przepisywania. Pomimo zupełnej w późniejszym okresie aleksyi chory poznawał litery pisane, przywołując sobie na pamięć ruchy, niezbędne do napisania tej lub owej litery. Rzeczy przez siebie napisanej po chwili nie mógł sam odczytać. Jeżeli chory, pisząc, popełnił jaką omyłkę, nie był później w stanie poprawić jej, wskutek aleksyi swojej.

Do jakiego stopnia aleksya może stać na przeszkodzie pisaniu, świadczy np. znany pacjent BATTERHAMS'a (52), który, jeśli mu przerywano na chwilę pisaninę, dopiero wtedy mógł dalej pisać, gdy mu przeczytano to, co poprzednio był napisał.

Ze znanych mi w literaturze przypadków tylko 1 spostrzeżenie DÉJÉRINE'a (10) i 2 spostrzeżenia SERIEUX'go (29) pod względem zachowania się zaburzeń pisarskich zbliżają się do mego pierwszego przypadku. Do drugiego zaś podobne są przypadki: UTHOFF'a (3), ADLER'a (4), MONAKOW'a (1), DÉJÉRINE'a, MIERZEJEWSKIEGO (2), BERKHAN'a (11), BRUNS'a (20) i REDLICH'a (22). O czytaniu podczas pisania nie powiedziano u MONAKOW'a i MIERZEJEWSKIEGO, brak objawu tego zanotowano w przypadkach BERKHAN'a (12) BRUNS'a (20) i REDLICH'a (22), w pozostałych objaw ten był wyraźny. Wogóle, gdzie wybitny był upadek inteligencji, osłabienie pamięci i łatwe męczenie się psychiczne, tam zazwyczaj nie udawały się próby z czytaniem w trakcie pisania.

Jak objaśnić sobie to, że w większości przypadków aleksyi podkorowej zachowana jest zdolność pisania samodzielnego (*spontan*) i za dyktandem?

1) Najprawdopodobniejszym jest przypuszczenie częściowego zaburzenia obu sfer wzrokowych [osłabiona percepcja obok zachowanej pamięci obrazów wzrokowych] i zupełnego zachowania przewodnictwa na drodze, prowadzącej od ośrodka wzroku do ośrodka słuchu. GOLDSCHIEDER (42) wyobraża sobie owo zaburzenie w ten sposób, że przez wypadnięcie, *resp.* bezczynność niektórych, bliżej nie dających się określić elementów kory mózgowej, zjawia się porażenie częściowe percepcji, gdy tymczasem czynność dróg asocjacyjnych wewnątrz-mózgowych, czyli międzyośrodkowych, zostaje niezmienną, wskutek czego sam akt pisania zdolny jest wywołać u alektyka obrazy pamięciowe natury wzrokowej, przy akcie zaś czytania otrzymują się wrażenia całkiem dla czytającego obce.

W niektórych atoli przypadkach aleksyi podkorowej przypuszczenie to nie znajduje dla siebie zgoła żadnej podstawy na gruncie anatomicznym, a zwłaszcza w tych spostrzeżeniach niżej podanych, w których okazało się, że ośrodek optyczny po jednej stronie, a nawet po obu, był nietknięty, zaburzenie zaś alektyczno-agraficzne zależało jedynie od przerwania komunikacji między ośrodkiem wzroku i ośrodkiem słuchu (*Wortklangzentrum*).

2) Inne objaśnienie, przytaczane przez wielu neurologów [MUELLER], polega na przypuszczeniu, że przy aleksyi WERNICKE'go obrazy pamięciowe natury wzrokowej, przechowywane w prawym nietkniętym zrazie potylicowym, nie mogą już być skojarzone z obrazami dźwiękowymi ośrodka, położonego w lewym zrazie skroniowym [zniesienie zdolności do czytania], natomiast potrafią jeszcze wejść w asocjację z ośrodkami, kierującymi czynnością ruchową pisania [zachowanie zdolności do pisania]. Należałoby przeto przyjąć, że zachowany jest zarówno prawy zraz potylicowy [t. j. nietknięte są obrazy pamięciowe liter], jak i droga, wiodąca od prawego zraza potylicowego do lewego zawoju środkowego. Zobaczymy jednak zaraz, mówiąc o mechanizmie pisania, że przy akcie pisania bynajmniej nie jest niezbędne zachowanie obrazu wzrokowego liter, że zatem teoria wspomniana również nie posiada ogólniejszego znaczenia.

3) DÉJÉRINE (10) próbował wyjaśnić częściową agrafię w następujący prosty bardzo sposób, nie oparty jednak na przekonywujących danych anatomo-patologicznych, ani też prawdopodobny z punktu psychologicznego. Analogicznie do poglądów WILBRANDT'a na ślepotę duchową, sądzi on, że prócz zwykłego ośrodka optycznego, mieszczącego się na powierzchni środkowej zraza potylicowego, istnieje specjalny ośrodek, w którym przechowują się obrazy wzrokowe liter. Ośrodek ten umiejscawia DÉJÉRINE, opierając się na jednym własnym przypadku i na przypadkach BERKHAN'a i SERIEUX'go, w lewym zawoju kątowym (*gyrus angularis*), a nadto sądzi, że łączy się ten ośrodek z jednej strony z oboma ośrodkami wzrokowymi, z drugiej zaś— z akustycznym i ruchowym ośrodkiem mowy, *resp.* z ośrodkiem ruchowym ręki. Przypuśćmy teraz, że nastąpiło jakieś zaburzenie tego ośrodka w zawoju kątowym, wówczas: a) chory nie będzie w stanie czytać, ponieważ wrażenia wzrokowe dochodzą wprawdzie do ośrodka obrazów pamięciowych liter, lecz nie następuje asymilacja psychologiczna takowych i b) pisać chory nie będzie mógł,

ponieważ obrazy wzrokowe liter, przechowane niejako w zawoju kątowym i niezbędne do czynności pisania, giną, czyli powstaje *cécité verbale avec agraphie*. Jeżeli zaś zawój kątowy jest nietknięty, a natomiast przerwane zostają drogi, wiodące doń od obu ośrodków optycznych, wtedy otrzymujemy *cécité verbale pure*, to jest stan taki, w którym osobnik czytać nie jest w stanie, zachował jednak zdolność pisania. W tym ostatnim razie, t. j. przy czystej ślepotcie wyrazowej, jedynie zwyczajne podrażnienie wzrokowe nie zdolne jest pobudzić ośrodka dla liter, może on jednak stać się czynnym, już to dzięki podrażnieniu samowolnemu, jak to bywa przy pisaniu samoistnem, już to na skutek podrażnienia słuchowego, czego przykładem jest pisanie za dyktandem, już wreszcie pod wpływem zmysłu ruchowego, jak to ma miejsce np. przy biernem kreśleniu liter w powietrzu. Pierwsza odmiana ślepoty wyrazowej DÉJÉRINE'a (*cécité verbale avec agraphie*) byłaby więc następstwem zaburzenia w korze, ostatnia, daleko częstsza (*cécité verbale pure*), następstwem zaburzenia dróg assocyacyjnych, czyli sprawy podkorowej.

Niejedno można zarzucić tak ponętnej dla swej prostoty hipotezie DÉJÉRINE'a, która szerokie znalazła uznanie we Francji, a w ostatnich czasach przez ZIEHEN'a (53) do Niemiec została wprowadzona.

Popierwsze, przypadki, które DÉJÉRINE wziął za podstawę dla swego przypuszczenia, nie są bynajmniej przekonujące pod omawianym względem: zarówno tyczy się to spostrzeżeń BERKHAN'a i SERIEUX'go, nawiasem mówiąc, niedokładnie opisanych, jak i wszechstronnie zbadanego przypadku DÉJÉRINE'a i VIALET'a. REDLICH, poddawszy krytyce te spostrzeżenia, wykazuje na własnym i jednym WERNICKE'go przypadku, że głęboko sięgające rozmiękczenie podkorowe w okolicy zawoju kąтового, wskutek zniszczenia promienistości wzrokowej dolnego pęczka podłużnego i *tupetum*, wywołuje objawy, które mylnie przypisywano samemu zawojowi kątowemu. Nie ulega przeto wątpliwości, że ogniska podkorowe mogą dać objawy aleksyi korowej.

Podrugie, zasadniczy punkt hipotezy DÉJÉRINE'a, jakoby w lewym zawoju kątowym mieścił się ośrodek dla liter, nie jest dowiedziony, rzecz nawet można, z punktu fizyologiczno-psychologicznego nie jest prawdopodobny. Zgodziwszy się na to, że istnieją odrębne ośrodki dla spostrzegania i dla pamięci obrazów liter, musielibyśmy, postępując konsekwentnie, uznać, że jest również specjalny ośrodek dla liczb, ponieważ względem nich chorzy bardzo często zachowują się inaczej, niż względem liter. Do takich wywodów doszli rzeczywiście WILBRANDT, twórca tego kierunku, i wielu innych klinicystów, chcąc wytłomaczyć wszelkie odmiany ślepoty duchowej. WILBRANDT twierdzi np., że są odrębne grupy komórek w obrębie ośrodka dla wrażeń wzrokowych, przeznaczone do poznawania barw, inne do oceniania kształtów, inne wreszcie do odróżniania światła; „pakuje“ on niejako wszelki obraz graficzny pamięciowy do jednej komórki, głosząc przytem, że obrazy liter drukowanych, czy pisanych, wziętych z mowy ojczyściej, przechowują się w środkowej części ośrodka pamięci, z obcych zaś języków—w obwodowych częściach tegoż ośrodka. Poprzednio już zwróciliśmy uwagę na to, że nie brak teoretyków, którzy w tym kierunku różniczkowania czynności fizyologicznych zachodzą jeszcze dalej, uzna-

jąc odrębne ośrodki dla tonów instrumentalnych (*amusia*), dla łączenia liter i t. p.

Bliższym prawdy jest pod tym względem pogląd WERNICKE'go, uznany przez większość klinicystów niemieckich, że ośrodek dla liter znajduje się w obu półkulach i przeważnie w obrębie rozgałęzienia nerwu wzrokowego w korze mózgowej. Poznanie liter jest czynnością asocjacyjną, bardzo złożoną, która odbywa się wewnątrz ośrodka wzroku, *resp.* przy współdziałaniu ośrodków mięśni ocznych; istota tej czynności pozostaje, niestety, w zasadniczych punktach dotychczas niewyjaśnioną. Litera przeto nabiera dopiero wtedy znaczenia elementu mowy, kiedy nastąpi asocjacja jej obrazu wzrokowego z właściwym ośrodkiem mowy. To samo, tylko w szerszych rozmiarach, odnosi się także naturalnie do słów, oraz do znaków muzyki wokalnie-instrumentalnej.

4) Pozostaje jeszcze wspomnieć o ciekawej teorii BASTIAN'a, która próbuje ominąć czynnik wzrokowy w sprawie pisania, robiąc ścisłą różnicę pomiędzy pisaniem ludzi przywykłych do tej czynności i ludzi mało w niej wprawnych. Przyjrząwszy się mechanizmowi pisania u dzieci początkujących, przekonamy się z łatwością, że one wprost na ślepo przepisują to, co jest we wzorach, innymi słowy, kopiają tylko. Ta sprawa optyczno-ruchowa możliwa jest zatem, pomimo że dziecko nie ma jeszcze wcale pojęcia ani o cechach fonetycznych, ani o właściwym znaczeniu kopiowanego wyrazu. Skoro zaś dziecko obznajmi się z obrazem liter, wtedy zaczyna pisać samodzielnie. Ta ostatnia czynność odbywa się w ten sposób, że najprzód budzi się u dziecka obraz danej litery lub całkowitego wyrazu, poczem, jednocześnie prawie, dziecko kreśli ją na papierze. Przy pisaniu za dyktandem jedyny udział przyjmuje natomiast podrażnienie ośrodka słuchu, które sprowadza odnośne ruchy ręki. Wziąwszy asumpt z tego efektu optycznego, przypuszczano widocznie, że przy akcie pisania musi się koniecznie wytwarzać w umyśle obraz wzrokowy danego wyrazu. Jest to jednak zupełnie zbyteczne. Im osobnik dany bieglejszy jest w pisaniu, tem więcej środków, prócz pamięci optycznej, spieszy mu z pomocą przy pisaniu samodzielnem. Przy pisaniu, jako akcie ruchowym, pozostają rozmaite ślady ruchów wielokrotnie skutecznianych, ślady, które w części należą do zakresu czucia stawowego i mięśniowego, w części do zmysłu oporu i ucisku [BASTIAN, GOLDSCHIEDER]. Im wprawniejszy w pisaniu jest chory, tem łatwiej korzysta z t. zw. czucia cheirokinestetycznego¹⁾ dla prawidłowej koordynacji ruchów pisarskich. Można przeto przypuszczać, że alektyk piśmienny i wprawny będzie w stanie pisać przy wyłącznej pomocy tych rodzajów czucia, bez pośrednictwa obrazów wzrokowych, przechowanych w pamięci, innymi słowy, napisze wyraz, przychodzący mu na myśl, przy pomocy tego właśnie zmysłu ruchowego, czyli czucia cheirokinestetycznego.

Powyżej skreśloną hipotezę, bronioną przez BASTIAN'a, zastosował między innymi REDLICH do swego przypadku, w którym ukształcony alektyk pisał po-

¹⁾ Cheiv = ręka, kin = ręk, estet = czucie.

prawnie za dyktandem i samodzielnie, pomimo tego, że zaburzenie, anatomicznie stwierdzone, tyczyło się właśnie drogi, wiodącej od ośrodka wzroku do ośrodka mowy w samej korze mózgowej. Słusznie wskazuje on na analogiczne przypadki SOUQUES'a i PITRES'a. FREUD również wyraża przekonanie, że można pisać wprost na moey obrazów dźwiękowych przy udziale zmysłu kinetycznego ręki z pominięciem zupełnem czynników wzrokowych.

Wraz z poglądem tym upada, rozumie się, podział WERNICKE'go na aleksyę korową i podkorową oraz wszelkie różnice między nimi, upada również ślepotą wyrazową DÉJÉRINE'a w połączeniu z agrafią lub bez niej: obie te odmiany stanowiłyby tylko rozmaite postacie jednego i tego samego obrazu chorobowego, niezależne od siedliska anatomicznego choroby, a uwarunkowane jedynie przez różnice czysto indywidualne. W ogóle możnaby powiedzieć, że agrafię spotykać się będzie nierównie rzadziej u ludzi ukształconych, przywykłych do pisania, niżeli u osobników nieukształconych, względnie często należących do t. zw. grupy wzrokowych „visuels“, czyli u ludzi skazanych na wyłączne lub przeważne posiłkowanie się pamięcią optyczną.

Przy sposobności winieniem zaznaczyć, że pierwszy mój pacjent, osobnik mało nawykły do pisania, był zupełnym agrafikiem, podczas gdy drugi, więcej już ukształcony, cierpiał na aleksyę bez agrafii. Chory SOUQUES'a, cierpiący na aleksyę podkorową i agrafię, był tokarzem bez wykształcenia; pacjent REDLICH'a, dotknięty aleksyą podkorową bez agrafii, był pisarzem przy jakiejś instytucji dobroczynnej; chory DÉJÉRINE'a, u którego rozpoznano *cécité verbale avec agraphie*, był rolnikiem, drugi natomiast pacjent jego, dotknięty czystą ślepotą wyrazową, był osobistością wysoce ukształconą i t. p..

Pomijam całkiem teorye, które przyjmują zupełnie odrębny „ośrodek ruchowy pisania“, mieszczący się jakoby w drugim zawoju czołowym [EXNER, CHARCOT, PITRES (54)]; teorye te bowiem oparte są, jak się zdaje, na błędnych w zasadzie podstawach. Już WERNICKE zwracał uwagę na to, że pisać można nie tylko ręką, lecz i innemi częściami ciała, jako to nogą, ramieniem, ustami, nosem. SAHLI (55), ironizując na ten temat, powiada, „że domniemany ośrodek pisania można umieścić nawet w mózgu wytresowanego konia, jeśli nauczymy go podczas jazdy zakreślać litery“. To, co na szematkach oznaczają jako ośrodek ruchowy pisania, w przeciwstawieniu do czuciowego, nie jest nic innego, jak siedlisko centralne nerwów, rządzących tą grupą mięśni, która czynną jest przy zwykłym sposobie pisania prawą ręką. A zresztą nikt dotychczas nie spostrzegał przypadku czystej agrafii ruchowej, co zaznacza i PITRES sam, zwolennik omawianej teorii, w ostatnich pracach swoich o zaburzeniach afatycznych. Spostrzeżenia, opisywane jako takie, słusznie podawane są w wątpliwość.

Jakie są wyniki badania anatomo-patologicznego tych przypadków aleksyi podkorowej, w których dokonano obdukcji?

W typowym obrazie aleksyi podkorowej WERNICKE'go z hemianopsją prawostroną, aleksyą i częściową agrafią powinniśmy oczekiwać:

1) przerwania przewodnictwa bodźców wzrokowych kierujących się do lewej półkuli mózgu, przerwania, powodującego hemianopsyę prawostronną; innemi słowy, oczekiwać winniśmy zajęcia lewej brzozy szponowatej (*fissura calcarina*), *resp.* lewej promienistości wzrokowej (*Sehstrahlung*) GRATIOLET'a;

2) uszkodzenia t. zw. *forceps* ¹⁾, łączącego zrazy potylicowe obu półkul, uszkodzenia, uniemożliwiającego przejście bodźców optycznych z niedotkniętego prawego ośrodka wzroku na lewy;

3) porażenia dolnego pęczka asocjacyjnego, mianowicie *fasciculus longitudinalis inferior sin.*—porażenia, powodującego naruszenie łączności pomiędzy lewym ośrodkiem wzroku, który otrzymuje tą lub inną drogą podrażnienia wzrokowe, a lewym zrazem skroniowym, który kryje w sobie pole słuchowe mowy;

4) przeszkody na drodze, wiodącej od prawego ośrodka wzroku do lewego zrazu skroniowego, t. j. zajęcia *splenii corporis callosi* i *tapeti*; ta bowiem droga prowadzi prawdopodobnie [SACHS] od prawego ośrodka wzroku przez *forceps* do *splenium corporis callosi*, a stąd przez lewe *tapetum* do lewego zrazu skroniowego. Ta część włókien, która, łącząc prawy ośrodek wzroku z lewym polem artykulacyjnym, biegnie w przedniej części *corporis callosi*, może zapewne pozostać przy aleksyi podkorowej nienaruszoną, ponieważ nie na tej drodze bezpośrednio przychodzi do skutku czynność czytania, lecz przypuszczalnie na drodze, idącej przez ośrodek obrazów dźwiękowych, znajdujący się w zrazie skroniowym; wiemy bowiem, że przy czytaniu na głos obraz wzrokowy najpierw pobudza odnośny obraz akustyczny. [D. n.]

IV. KILKA SŁÓW

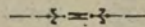
O MEZKIEM OWŁOSIENIU U KOBIET,

oraz niektórych innych anomaliach owłosienia i rozwoju ogólnego

[Podług odczytu w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem].

Podał

Fr. L. Neugebauer.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 49].

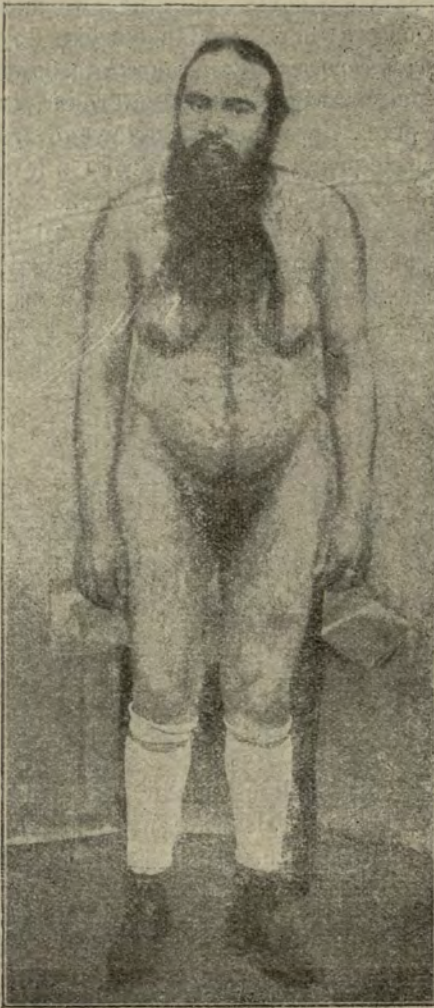
Niechaj mi wolno będzie opisać teraz odpowiednie zupełnie analogiczne spostrzeżenie nowoczesne, ogłoszone przez D-ra PIEMSKIEGO w VIII Tomie Protokółów i prac Kijowskiego Towarzystwa Położn. Ginek. w roku 1895 [p. 165] [„Słuczaj nienormalnoj wołosatosti u ženszczyny“], uzupełnione przezemnie podług tylko co ogłoszonej drukiem pracy W. J. ZAZUBIN'a [„K uczeniu o gypertrychozie. Rjedkij słuczaj *hypertrichosis universalis acquisitae*. „Otdjelnyj ottisk iz gazety „Medicina“. Petersburg. 1896].

¹⁾ Pod „*forceps*“ rozumiem, zgodnie z nowszą, anatomicznie racjonalniejszą, terminologią SACHS'a, „*Balkenfaserung*“ zraza potylicowego, oraz „*tapetum*“ tylnego rogu komory bocznej.

(*Uwaga autora*),

Marya Nekrasow, urodzona w Borzewie, 38-letnia, żona artylerzysty patrz fig. 54], córka młynarza, w Kurlandyi zamieszkałego, pierwszą miesiączkę miała w 16 roku życia. Miesiączki prawidłowe. W 23 roku życia wyszła za mąż, a w 24-ym urodziła pomyślnie córeczkę. Ostatnia miesiączka 15 lat temu, czyli przed nastąpieniem pierwszej ciąży, albowiem M. N. karmiła pierwsze dziecko przez $2\frac{1}{2}$ roku i w trakcie tego czasu ponownie zaszła w ciążę. W 7 miesiącu drugiej ciąży nastąpiło rozwiązanie przedwczesne wskutek przestrchu. Dziecko nowonarodzone zmarło po 8 godzinach. Podczas świąt

Fig. 54.



38-letnia Marya Nekrasow.

Chora] się leczyla] [przez całe 7 lat na]hypertrychozę w klinice chorób

zajechało do państwa N. towarzystwo zamaskowane, „rjażenyje ljudi“. Matka i $2\frac{1}{2}$ -letnia córka okropnie się przelekły; córeczka, dotąd zdrowa, zmarła po 3-ch dniach w konwulsjach. W tenże dzień nastąpił przedwczesny poród u [matki, położnica ciężko zachorowała, dotknięta silnymi bólami w brzuchu, przeleżała całe 6 tygodni w łóżku. Przytem zauważono ogólne obrzmienie. Gorączka i krwawienie z pochwy trwały 2 miesiące. Wyzdrowienie postępowało bardzo powolnie; przez 6 lat pani N. nie wracały siły, tak, że nie była zdolną do dawnej pracy. Trzy miesiące po tym porodzie, w 27 r. życia, Marya N. zauważyła wyrastanie długich włosów na desce klatki piersiowej, zatem na barkach, kończynach, brzuchu i twarzy, zjawiała się broda mężka. Od czasu wystąpienia ogólnego nadmiernego owłosienia, głowa zaczęłałysiec. W 6 tygodni po porodzie M. N. zauważyła powiększenie się brzucha. Zaniepokojona brodą swoją Marya N. przez długie lata leczyła się w różnych klinikach i u różnych specjalistów w celu wytepienia brody, lecz wszelkie środki stosowano daremnie.

Brzuch tak się powiększył, że Marya N. już nie mogła ujrzeć swoich nóg, a jednak akuszerowie w Niżnym Nowgorodzie oświadczyli, że niema ciąży nowej; po $3\frac{1}{2}$ latach wymiary brzucha powróciły do normy.

skórnych w Kazaniu, we Wiatce, Rjazaniu i t. d.: golono ją, stosowano epilacyę, elektrolizę i t. d. daremnie. Po utraceniu wszelkich środków utrzymania i widząc, że leczenie niema skutku, Marya Nekrasow nareszcie pogodziła się ze swoją brodą, a raczej ze swoim losem i ogoliwszy się po raz ostatni dnia 19. VII. 1892 od owego czasu pokazuje się za pieniądze, nosząc na łysinie perukę.

Od owego porodu pani N. znacznie schudła i stała się bardzo nerwową. Głos, charakter, popędy i zwyczaje pani N., stosunki do męża pozostały niezmienione, lecz zginął zupełnie peryod i ciąży już nie było.

Owłosienie głowy szczupłe, lecz wąsy i broda nadają twarzy wyraz męzki. Na brzuchu, grzbiecie, barkach, piersi włosy 4 do 5 ctm. długości, również na kończynach dolnych owłosienie nader obfite. Na grzbiecie *acne diffusa*. Piersi i sutki, narządy wewnętrzne prawidłowe. Wymiary; *distant. trochant.* 32,5, *cristar. oss. ilei* 28,5, *spinar. a. s. oss. ilei.* 26,0; *conj. ext.* 20,0 ctm.. Łechtaczka cokolwiek powiększona, krocze całe, *carunculae myrtiformes* dokoła wejścia pochwy. Narządy płciowe kobiece prawidłowe. Długość brody 11 wierszków. Sutki dobrze rozwinięte. Pani N. czuje się wiecznie osłabioną, lecz oswoiła się z losem swoim—nie ma tego złego coby na dobre nie wyszło — i zbiera grosze, pokazując swoją anomalię somatyczną, niezwykle owłosienie, za pieniądze. Wywiady, podług listu doktora RYCHTER'a w Dynaburgu do P. pisanego: RYCHTER znał Maryannę od dzieciństwa jej. „Dnia 11 marca 1893 zjawiła się u mnie Maryanna N., której na razie nie poznałem pomimo dawnej znajomości, lecz żona moja i dzieci zaraz ją poznały“. Sprawdzono przez wywiady, że rzeczywiście nadzwyczajne to owłosienie zjawilo się dopiero po pierwszym porodzie, odkąd też zginęła zupełnie miesiączka.

W grudniu 1895 roku zjawiła się ponownie krew w pochwie, krwawienie, trwające cały miesiąc. D-r ALEKSEŃKO skonstatował przerost łechtaczki i *salpingo-oophoritidem sinistram*.

U pani M. N. skonstatowano owłosienie sromu męzkie, sięgające do pępka oraz obfite owłosienie całego *hypogastrium*, kończyn, grzbietu, krocza. PIEMSKI nie rozstrzyga kwestyi związku przyczynnego pomiędzy przedwczesną utratą miesiączki i wystąpieniem owłosienia heteroseksualnego. W przypadku tym owłosienie męzkie albowiem nie wystąpiło już w wieku przeddojrzałością płciową, jak u Maryi Magdaleny Lefort, która już w 16 roku życia miała wąsy i baczki okazałe, a podług świadectwa D-ra RYCHTER'a i jego całej rodziny stanowczo dopiero od chwili pierwszego porodu, 13 lat temu. Miesiączka zginęła zupełnie od początku tej pierwszej ciąży, owulacya jednak widocznie trwała jeszcze jakiś czas, skoro nastąpiła druga—ostatnia—ciąża.

Możnaby w przypadku PIEMSKIEGO przypuścić *climacterium praecox*, a jednak macica odpowiedniej inwolucyi klimakterycznej nie wykazywała, albowiem zgłębnik wchodził do macicy na 9 ctm..

Arcyciekawą pracą byłoby zbadanie materyałów klinicznych po kastracyi—owaryoektomii obustronnej—czy pod tym względem istnieją fakty zmian owłosienia podobne do przypadku PIEMSKIEGO; byłoby to tembardziej ciekawem, ponieważ wiemy, że po kastracyi u męzczyzn, u eunuchów i t. d., głos

wytwarza się żeński lub pozostaje sopranem przy kastracyi wczesnej, wiemy również, że występują po kastracyi u mężczyzn jeszcze i niektóre inne pozory niewieście. Według niektórych autorów nawet mają zachodzić pewne zmiany w charakterze, poglądach, obyczajach i t. d. łącznie z kastracją u mężczyzn, utratą miesiączkowania i owulacji u kobiet.

Jedynie na kongresie ginekologów niemieckich w Wiedniu 1895 (*Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gynaekologie. VI. Kongress Leipzig. 1895. p. 481—482*) prof. v. HERFF demostrował rysunki 2 pań, które po kastracyi przyjęły wygląd mężczy. U jednej z nich trzebień dokonano z powodu włókniaka macicy, w rok później głos stał się męzkim i zjawiała się mała broda męzka. Druga operowana wskutek obustronnej *salpingoophoritis* przez rok jeden zmieniła się do niepoznania: wyraz twarzy stał się męzkim, kontury kości i mięśni rysują się wyraźnie, ogólny wygląd przypomina akromegalię. Wargi, broda, policzki, szyja, deska piersiowa i sutki silnie owłosione.

[Patrz również: MOURE L. I. *Revue de Laryngologie et Rhinologie. XV. 1804.*

POTT. *Annalen für Frauenkr. 1837. Bd. I. Heft 2. S. 293.* U kobiet po kastracyi obniża się głos a przyjmuje *timbre* i charakter głosu męskiego, również u kobiet klimakterycznych.

ROTTERMUND. (*Monatschrift f. Geb. u. Gyn. November. 1896. p. 436—444.* „*Ueber die Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zu den oberen Luftwegen*“].

Szperając w literaturze w celach wyjaśnienia poruszanej dziś kwestyi objaśnienia wystąpienia owłosieniu męskiego u kobiet, znalazłem wreszcie przypadek podobny w pracy KRAFFT-EBING'a. „*Der Conträrsexuale vor dem Straf-richter. (II. Auflage, Leipzig u. Wien. 1895)*“, na str. 108, który przytaczam dosłownie: „*Ein merkwürdiges Beispiel einer zweiten (conträren) vita sexualis, nach durch Klimax praecox untergegangener Weiblichkeit, verdanke ich Mittheilungen des leider zu früh der Wissenschaft entrissenen Kollegen KALTENBACH. Derselbe fragte nach meiner Meinung 1892 über eine „30-jährige Frau, seit zwei Jahren verheiratet, früher unregelmässige Blutungen hatte. Seit März 1861 Menopause. Vermuthete Gravidität nach 42 Wochen absolut ausgeschlossen. Seit Juni 1891 ploetzlich eine Reihe von Erscheinungen, die einer männlichen Pubertätsentwicklung entsprechen; vollständiger Bart, Kopflaare dunkler, Augenbrauen, Pubes maechtig sich entwickelnd, Brust u. Bauch behaart ähnlich wie beim Manne, vermehrte Thätigkeit der Schweiss u. Talgdrüsen. Auf Brust, Rücken, Gesicht mächtige Miliun-u. Acne-Entwickelung, nachdem vorher der Teint gerade zu klassisch schön, weiss u. glatt gewesen war. Veränderung der Stimme, früher Sopran, jetzt „Lieutenantstimme“. Augen glänzend hervortretend. Der ganze Ausdruck des Gesichtes geändert. Veränderung des gesammten Habitus: Brust breit, Taille verschwunden, Bauch mit mächtigen Fettpolster, durchaus viril, Hals kurz, gedrungen, untere Partie des Gesichtes breit, Brüste viril, flach geworden. Veränderung der Psyche: früher sanft, fügsam, jetzt energisch; schwel zu behandeln, theilweise aggressiv. Vom Beginne der Ehe an keine adaequate Sexualempfindung, jedoch von conträrer nichts zu ermitteln. Auch in den Sexualorganen eine Reihe höchst interessanter Veränderungen, jedoch keine Spur hermaphroditischer Bildung (als Mädchen wiederholt in Narkose untersucht)“.*

Die junge Frau ist also in Bezug auf eine Menge von Erscheinungen zum Minne geworden“.

KRAFFT-EBING w tym przypadku postawił rozpoznanie: „*Klimax praecox* z zanikiem dotychczasowej kobiecej płciowości, fizyczny i psychiczny rozwój dotychczas ukrytej płciowości męskiej (*Entwicklung der bisher latent gewesenen maennlichen Sexualität*), „*Interessantes Beispiel für die Thatsache bisexualer Veranlagung, und der Möglichkeit des Fortbestehens der andern Sexualität in litem Zustande unter bisher allerdings unbekanntem Bedingungen“.*

Otóż dla objaśnienia tego rodzaju spostrzeżeń—zachodzi albowiem wielkie podobieństwo pomiędzy spostrzeżeniem PISEMSKIEGO i KALTENBACH'a — słynny KRAFFT-EBING podaje własną hipotezę, opierając się na swoich studyach, w celu wyjaśnienia przyczyn uczucia płciowego kontraseksualnego. KRAFFT-EBING pisze:

Ponieważ u osobnika o kontraseksualnych płciowych uczuciach gruczoły płciowe są normalnymi i normalnie funkcjonują, przyczyny wypadu szukać nie w anomalii ustroju narządów płciowych, ale raczej w anomalii psychicznej.

Laik w popędach płciowych homoseksualnych widzi poprostu wybryk niemoralny, niecnotę, występek niemoralny, nałóg, a prawodawstwo po większej części podziela ten pogląd mylny i w następstwie mylnego tego zapatrywania prześladowuje się tych nieszczęśliwych.

Różne wypowiedziano dotąd hipotezy dla objaśnienia efeminacyi u mężczyzn, wirilizacyi u kobiet.

Podług KRAFFT-EBING'a ULRICHS przypuszczał istnienie duszy żeńskiej w ustroju męzkim, GLEY przypuszczał istnienie mózgu kobiecego u osobników o gruczołach płciowych męzkich. Jeden z pacjentów KRAFFT-EBING'a (*l. c. p. 99*) tłumaczył sobie effeminacyę własną tem, że prawdopodobnie ojciec przy owym stosunku chciał spłodzić córkę.

SCHOPENHAUER podaje tłumaczenie takie: ponieważ mężczyźni wiekowi, [to jest przeszło 50 lat liczący], spładzając dzieci „*die Erfahrungsgemaess nichts taugen*“, sama natura u mężczyzn starszych skierowała popęd płciowy ku płci własnej! Filozof słynny, podług KRAFFT-EBING'a, nie wiedział o tem, że kontraseksualne popędy płciowe zwykle istnieją *ab origine* i że częsta u starców pederastyja dowodzi płciowej *perversitatis* lecz nie perwersyę.

Również nie podziela on hipotezy BINET'a co do pochodzenia kontraseksualnego uczucia płciowego od pierwotnej asocyacyi idei przypadkowej, jakoby pierwsza emocya seksualna miała miejsce *sub aspectu et contactu* osoby tej samej płci; asocyacya ta w miarę powtarzania się takich koincydencyi przypadkowych, ma ustalić się i pozostawać trwałą. Swoją drogą KRAFFT-EBING zaznacza jako trafną uwagę BINET'a, że tego rodzaju ustalenie się asocyacyjnego związku uczuć z wrażeniami zdarza się li tylko u osobników predysponowanych.

WESTPHAL i inni uważają kontraseksualne uczucie płciowe za funkcyjonalny objaw zwyrodnienia wobec obciążenia spadkowego organicznego.

KRAFFT-EBING, idąc jeszcze dalej, po prostu przypuszcza, że gra tu pewną rolę zasada „*der progressiven Vererbung*“.

FRANK LYDSTON [patrz KRAFFT-EBING l. c. p. 100] opiera się na fakcie, że zwierzęta, najniżej stojącego rozwoju i układu, do dziś dnia posiadają organizację biseksualną i że *monosexualitas* dopiero powstała z pierwotnej biseksualności. Nauka ta opiera się zarówno na studiach embryologicznych, jak i antropologicznych.

KIERNAN [patrz KRAFFT-EBING l. c. p. 100], zaliczając kontraseksualne uczucie płciowe pod rubrykę obojactwa, przypuszcza u tego rodzaju organicznie obarczonych osób możliwość regresów do dawniejszych form hemafrodytycznych świata zwierzęcego.

„The original bisexuality of the ancestors of the race, shown in the rudimentary female organs of the males, could not fail to occasion functional, if not organic reversions, when mental or physical manifestations were interfered with by disease or congenital defect. It seems certain, that a feminily functioning brain can occupy a male body and vice versa“.

Również CHEVALIER [patrz KRAFFT-EBING l. c. p. 101] opiera się na pierwotnej dwupłciowości zwierząt i istniejącej „u człowieka“, zwierzęcia o wyższym rozwoju, w pierwszych miesiącach życia płciowego organizacji dwupłciowej. *„Die Differenzirung der Geschlechter mit secundären körperlichen und psychischen Geschlechtscharakteren ist ein Resultat unendlicher Evolutionsvorgänge“.*

Dyferencyacya psychiczno-fizyczna różnych płci u zwierzęcia i człowieka ma być paralełą, czyli rozwijać się w miarę spraw ewolucyjnych. Również każdy pojedynczy osobnik przechodzi różne stopnie ewolucyjne, będąc pierwotnie dwupłciowym. W walce pomiędzy czynnikami jednej i drugiej płci, jedne padają zwalczone, zatrzymane w rozwoju, drugie zwyciężają i powstaje podług typu ewolucyi dzisiejszej osobnik monoseksualny. Lecz mogą pozostać przytem ślady seksualności drugiej. W danych warunkach sprzyjających owe „*caractères sexuels latents*“ DARWIN'a mogą wywołać objawy kontraseksualne, CHEVALIER nie upatruje jednak w tem regresu [atawizmu], jak LOMBROSO, a raczej anomalię ewolucyi do dzisiejszego stopnia rozwoju.

KRAFFT-EBING stara się wyjaśnić podstawę kontraseksualnego uczucia płciowego z punktu widzenia onto- i fylogenetycznego oraz antropologicznego.

Ponieważ dla zajmującej nas dziś kwestyi poglądy KRAFFT-EBING'a są nader ważne, podaję w tem miejscu teorię jego dosłownie (l. c. p. 101) w tłumaczeniu:

- 1) Ustrój narządu płciowego ludzkiego składa się z trzech części:
 - a) z gruczołów płciowych oraz narządów kopulacyjnych,
 - b) z ośrodków spinalnych, działających wstrzymująco po części pobudzająco na a, regulujące odżywianie, obrót krwi, wydzielinę, erekcyę, ejakulacyę i t. p.,
 - c) z ośrodków mózgowych, w których powstają nader powikłane psychiczno-somatyczne sprawy, nazywane życiem płciowym, uczuciem płciowym, popędem płciowym i t. d.,

Wszystkie trzy części są połączone nerwami i pozostają pod wzajemnym, żywym, czynnościowym wpływem.

Mamy anatomiczne dowody na to, że pierwotny ustroj *a* jest dwupłciowy i że rozwój w kierunku monoseksualnym powstaje w końcu 3-go miesiąca życia płodowego.

Jak *a*, tak *b i c* istnieją w ustroju zarodka, a więc dwupłciowość embryonalna wyrażoną jest i w ośrodkach cerebralnych.

2) U człowieka przy dzisiejszym stopniu ewolucyi tylko jedna połowa ustroju dwupłciowego pierwotnego rozwija się, druga zaś pozostaje skrytą (*latent*). *Normaliter*, jak uczy doświadczenie, rozwija się ośrodek mózgowy, odpowiadający gruczołowi płciowemu. A zatem u osobnika, u którego nastąpił rozwój jąder, powstają fizyczne i psychiczne charaktery płciowe męzkie, żądza płciowa skierowaną jest ku płci żeńskiej i na odwrót u osobnika o jajnikach — ku płci męzkiej. Czem wyraźniejszą stawała się owa dyferencyacja płciowa, tem wyżej stanie osobnik w znaczeniu antropologicznem.

Czem bardziej zaś zacierają się fizyczne i psychiczne różnice płciowe, tem niżej osobnik ten stanie poniżej dzisiejszego stopnia ewolucyi monoseksualnej, osiągniętego przez rozwój powolny w przeciągu niezliczonych tysięcy lat.

O roli fylogenetycznej i antropologicznej owego ośrodka mózgowego aparatu płciowego do dziś dnia wiemy bardzo mało. W każdym razie rozwój gruczołów płciowych oraz ich przydatków nie zależy od owego ośrodka, ponieważ narządy owe rozwijają się stopniowo aż do dojrzałości, podczas gdy ośrodek mózgowy zaczyna funkcyonować dopiero *in aetate pubertatis*. Dalej może rozwinać się umysłowa *perversio sexualis* pomimo prawidłowego rozwoju gruczołów płciowych. Prawdopodobnie dla rozwoju ośrodka mózgowego psycho-seksualnego warunkiem jest rozwój gruczołów płciowych, ponieważ po usunięciu gruczołów płciowych przed wiekiem dojrzałości płciowej rozwój psychoseksualny bywa zatrzymany, jak u kastratów. Wrodzony brak gruczołów płciowych — arcyzadki — nie posiada tego samego znaczenia, ponieważ wolno by było przypuszczać, że brak było i ośrodka psychoseksualnego już *ab origine*.

Faktem jest zależność wielka narządów płciowych już rozwiniętych i funkcyonujących od ośrodka psychoseksualnego. Pewnikiem jest, że od owego ośrodka zależą psychiczne charaktery płciowe. Czy takiż wpływ istnieje i na fizyczne charaktery płciowe sekundarne, okazuje się wątpliwym i związek bezpośredni nieprawdopodobnym; pręcej możnaby przypuszczać związek pośredni przez wpływ jakiegoś ośrodka zanikowego, może subkortikalnego, spinalnego. Wypada przypuszczać istnienie takiego ośrodka względem dalszego rozwoju, dojrzwania i utrzymania gruczołów płciowych oraz narządów generacyjnych. Pierwotna dyferencyacja i rozwój ich następują według ontogenetycznych prawideł.

Jak wiadomo, rozwój ten może podlegać zboczeniom [obojnactwo]. Powstanie obojnactwa, podług KRAFFT-EBING'a, opierającego się na doświadczeniach zwierzęcych PANUM'a, DARESTE'a i LOMBARDINI'ego, oraz doświadczeniach u człowieka, nie polega na wpływach ośrodkowych, ale na warunkach, bezpośrednio działających na rozwój jaja, w każdym razie tylko na wpływach,

działających na *a*, czyli na peryferyczny aparat płciowy. Tak też objaśnia się brak zupełny śladów lub oznak hermafrodytyzmu narządów płciowych u osobników o wbrewseksualnem uczuciu płciowem, najwyżej znajduwano na narządach płciowych zewnętrznych anomalie teratologiczne, hermafrodytyzm zaś na pewno nie jest zjawiskiem teratologicznem. Rozwój jednej płci wywiera wpływ wstrzymujący na rozwój drugiej. Lecz wpływ gruczołu płciowego nie sięga dalej, niż na rozwój przewodu płciowego i narządów kopulacyjnych.

3) Względem przypuszczenia (*sub 1*) istnienia mózgowych ośrodków biseksualnych i stosunków pomiędzy częścią mózgową aparatu płciowego i gruczołami płciowymi, byłoby ciekawem zbadać fizyczne i psychiczne charakterystyki płciowe u obojnaków. Zarówno jak w narządach płciowych peryferycznych ujawnia się wzajemnie tamujący, interferujący wpływ odmiennych gruczołów płciowych, takie same wzajemne wpływy wypada przypuszczać centralnie co do fizycznych i psychicznych charakterów płciowych. Niestety, materiał dotychczasowy średnią tylko może dla nas w tej kwestyi posiadać wartość, ponieważ często za życia obojnaków trudno rozpoznać płęć właściwą, dominującą, dalej ponieważ więcej zwracano przy obserwacji i opisach uwagi na anomalję fizyczną, niż na psychiczny ustrój, następnie ponieważ poczucia i popędy płciowe często podlegały wpływom mylnego wychowania danego osobnika w płci, która nie była jego własną, a jemu obcą. A nawet rodzaj spółkowania takich osób, czy to jako mężczyzna, czy to jako kobieta, nie pozwala jeszcze sądzić o jego uczuciach płciowych. [Osobiście znam spódcza męzkiego, pod Warszawą zamieszkałego, do dziś dnia za kobietę uchodzącego, który raz jeden jako kobieta z mężczyzną spółkował i z tego aktu był zadowolony, nie dowodzi to bynajmniej, że nie byłby jeszcze bardziej zadowolniony, spółkując z kobietą. N.]

U wrzekomych obojnaków w [monoseksualny rozwój gruczołów płciowych przy biseksualnym rozwoju przewodów płciowych] i u prawdziwych obojnaków istnieje wpływ interferencyjny obu płci, lecz gruczoł płciowy, ewentualnie gruczoł płciowy bardziej rozwinięty, dominuje co do rozwoju fizycznych i psychicznych charakterów płciowych. Skonstatowanie faktu tego u wrzekomych obojnaków przemawia za przypuszczeniem, że rozwój fizycznych i psychicznych charakterów płciowych zależy od ośrodkowych przyczyn. Zwykle u obojnaków fizyczne objawy płci są niewyraźne, mniej więcej zatarte, powstaje rodzaj typu mieszanego. Jeszcze bardziej zdradza się wpływ interferencyjny w charakterach psychicznych u wrzekomych obojnaków. W wielu przypadkach niema żadnej inklinacji płciowej, lub też pozostaje ona niewyraźną, niezdecydowaną, w innych przypadkach podlega zmianie. [Wielką ilość przykładów zawiera kazuistyka blisko 600 przypadków wrzekomego obojnakstwa przezemnie zebranych ogłoszona w Przeglądzie Chirurgicznym w latach 1894—1896]. Czyli u obojnaków *sexualitas psychica* często pozostaje niezdecydowaną, tak, że spółkują i z mężczyznami i z kobietami.

W przypadkach prawdziwego obojnakstwa wpływy gruczołów płciowych odmiennej płci zwykle tak się wzajemnie paraliżują, że osobnik zdaje się być psychicznie aseksualnym, u wrzekomych zaś obojnaków empiryczne pra-

widło monoseksualności zdaje się być zachowaniem i psychiczna ewolucja zdaje się odpowiadać gruczołowi płciowemu. Widocznie, warunki wytwarzania się obojactwa nie leżą w ośrodkowym ustroju nerwowym, lecz w przeszkodach ewolucyjnych, działających na ośrodki, od których zależy rozwój peryferycznego aparatu płciowego. [D. n.]

NOTATKI LEKARSKIE:

12. Przypadek syryngomyelii.

A. F., lat 34, robotnik, zapisał się na oddział chorób nerwowy D-ra GAJKIEWICZA 6. II. 1895 r. Z wywiadów dowiedziałem się, że chory pochodzi z rodziny zdrowej, sam zawsze był zdrowym; jest żonaty, miał 8 dzieci, z których 4 umarło z powodu różnych chorób dziecięcych. Żona nie roniła. Syfilisu, nadużycia napojów alkoholowych, urazu nie było. Choroba obecna zaczęła się 1½ roku temu. Podczas roboty chory zauważył osłabienie w prawej kończynie górnej. Po 3 miesiącach zaczęła słabnąć lewa kończyna, przez ten czas prawa słabła coraz więcej i schudła cokolwiek. Osłabienie rozpoczęło się najprzód w stawie łokciowym, potem w barkowym, a w końcu w ręce. Bólów, parestezyi nie było.

Przy badaniu znaleziono: źrenice, równomiernej szerokości, oddziałującej dobrze na światło i akomodację, ruchy gałkami ocznymi prawidłowe; wzrok dobry, pole widzenia nieznacznie zwężone, oftalmoskop nie wykrywa zmian na dnie oka; ruchy języka prawidłowe; żucie, połykanie, smak, słuch dobre; tętno 68 na minutę. Na kończynach górnych widać powierzchowne owrzodzenia i blizny, które powstały, według słów chorego, wskutek oparzenia, przyczem chory nie czuł żadnego bólu. Chory skarży się na parestezye w kończynach górnych [uczucie chłodu od palców do łokcia]. Ruży w stawie barkowym ograniczone, chory podnosi kończyny tylko do linii poziomej, w stawie łokciowym ruchy wyprostne więcej ograniczone, anizeli zginania; w stawie napięstkowym ruchy są jeszcze więcej ograniczone, a ruchy palcami prawie zniesione, przyczem palce są stale zgięte. Osłabienie ruchów w kończynach górnych jest większe z prawej strony. Ogólny zanik mięśni na górnych kończynach; najbardziej wydatny na kłębie palucha (*thenar*) i na mięśniach międzykostnych. W zanikłych mięśniach widać mimowolne drgawki włókienkowe. Badanie elektrycznością dało wynik następujący:

1) strumieniem przerywanym: *n. ulnaris dext.* kurecz przy 4 ctm. [po dług maszyny HIRSCHMANN'a], *sin.* nie kureczy się i przy 3 ctm; *n. radialis dext.* 5, *sin.* 7; *m. triceps dex.* 7, *sin.* 7; *n. medianus dex.* 6, *sin.* 6; *m. biceps dex.* 8, *sin.* 8½; *m. deltoideus dex.* 7, *sin.* 7; *m. supinator dex.* 4, *sin.* 4; *m. flexores dex.* 6, *sin.* 0 [niema kureczu]; *m. extensores dex.* 0, *sin.* 6; *m. interossei dex.* 4 [tylko 1 i 2], *sin.* 0; *m. thenaris et hypothenaris* niema kureczu wcale.

2) strumieniem stałym: *m. deltoideus dex.* ½ miliampera, *sin.* ½ miliampera; *m. biceps dex.* ½ miliamp., *sin.* ¾; *m. triceps dex.* ½ miliamp., *sin.* 1 miliamp. *mm. flexores, interossei, thenaris, hypothenaris*, nie kureczą się wcale, *m. extensores dex.* 0, *sin.* ¾; *m. supinator dex.* 0, *sin.* ¾, przytem KSZ 7 ASZ.

Kończyny dolne nie wykazują nic nienormalnego; odruchy tylko rzepkowe zwiększone; objawu stopowego niema. Zaburzeń ze strony pęcherza, odbytnicy niema. Kręgosłup przedstawia nieznaczne skrzywienie boczne w dolnej części szyjowej. Przy badaniu sfery czuciowej na twarzy, na uszach, na części głowy, pokrytej włosami, nie znaleziono żadnych zbożeń w uczuciu dotyku, bólu, ciepła i zimna. Na kończynach górnych chory czuje najłżejsze dotknięcie z obu stron jednakowo dobrze; czucie jednak bólowe i termiczne zniesione z wyjątkiem z prawej strony na wysokości mięśnia naramiennego (*m. deltoideus*), z lewej zaś strony, prócz tejże okolicy, na powierzchni przedniej, łokciowej, zewnętrznej ramienia i na dłoni. Na karku z prawej strony chory nie czuje bólu i ciepłoty, z lewej strony osłabienie bardzo nieznaczne. Na kończynach dolnych i reszcie tułowia zmian czuciowych niema.

Przebieg choroby w szpitalu. D. 6. V. 1895 r., t. j. po 3 miesiącach, badanie wykazało nieznaczną poprawę w sferze ruchowej i czuciowej, mianowicie: na kończynach górnych czucie bólowe i termiczne poprawiło się cokolwiek i siła zwiększyła się w stawie barkowym i łokciowym; reszta objawów bez zmian.

W 4¹/₂ miesiąca później chory zaczął uskarżać się na nagłe zjawienie się osłabienia i parestezyi w lewej dolnej kończynie. Przy badaniu wówczas znaleziono: zmiany w sferze ruchowej kończyn górnych, jak dawniej. Zmiany czuciowe wyraźniejsze co do natężenia, niż dawniej i rozszerzyły się na większą powierzchnię, mianowicie na piersiach do linii, przechodzącej na dłoń poniżej linii sutkowej, na plecach poniżej kątów łopatek. Kończyna dolna lewa słabsza od prawej, czucie bólowe na niej osłabione, dotykowe i termiczne bez zmiany; odruchy rzepkowe silnie wzmożone, z lewej strony wyraźne drżenie stopy. W miesiąc później [październik 1895] przy wypisywaniu się chorego ze szpitala znaleziono, prócz dawnych objawów czucie bólowe i termiczne osłabione na lewej dolnej kończynie, czucie dotykowe, aczkolwiek zachowane na całym ciele, jednakże chory lepiej czuje na dolnej części ciała, aniżeli na górnej.

A zatem badanie chorego wykryło: niedowład obu kończyn górnych, częściowe porażenie czucia (t. zw. *dissociation syringomyelique*) na kończynach górnych, po części na karku, szyi, plecach i piersiach; do tego dołączył się z biegiem czasu niedowład kończyny dolnej lewej z objawami spastycznymi i także z *dissociation syringomyelique*, mniej jednakże wyrażoną, aniżeli na kończynach górnych; prócz tego istniał zanik mięśni *en masse* na kończynach górnych i skrzywienie kręgosłupa w szyjowej części.

Zbiór ten objawów z zupełną pewnością pozwalał rozpoznać w danym przypadku syringomyelię. Nawet przy powierzchownym badaniu możnaby przypadek ten wziąć jedynie za rozsiane zapalenie nerwów (*polyneuritis*).

Brak jednak bolesności przy ucisku nerwów i mięśni, brak odczynu zwyrodnienia w porażonych mięśniach, istnienie częściowe porażenia czucia (*dissociation*), które, aczkolwiek spostrzeganiem bywa przy rozsianem zapaleniu nerwów, lecz nigdy na tak dużej powierzchni, jak w naszym przypadku; wreszcie rozwój i przebieg choroby przemawiały za syringomyelią.

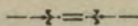
Pomijam tu możność pomieszczenia ze *sclerosis lateralis amyotrophica* i trądem.

Godną uwagi jest notowana w przebiegu naszego przypadku poprawa ruchu i czucia na kończynach górnych. Podobną, a nawet nierównie większą poprawę przy syringomyelii spostrzegano już niejednokrotnie, że wspomnę tylko przypadki SCHULTZE'go, HOFFMANN'a, SIMON'a, OPPENHEIM'a, STRUEMPPELL'a, GOLDSCHMITT'a. W niektórych z nich zaniki mięśniowe, objawy opuszkowe, zmiany czuciowe, zaburzenia pęcherza i odbytnicy znikwały całkowicie. Objaśnia się to tem, iż zmiany anatomiczne nie wywołały zniszczenia, lecz tylko czasowy ucisk w odpowiednich częściach rdzenia, stąd i czynność ich była także chwilowo tylko zniesioną. Godnem jest też uwagi w naszym przypadku wystąpienie nagle niedowładu w kończynie lewej dolnej. Wielu autorów spostrzegało podczas przebiegu syringomyelii nagle pogorszenia, które nawet niekiedy pojawiały się napadami. Takimi napadami zaczynała się nawet czasami syringomyelia. BRUHL objaśnia owe napady wylewami krwi w nowotworzącą się tkankę, a SCHLESINGER zaburzeniami cyrkulacyjnymi, mianowicie nagle występującym obrzękiem rdzenia.

Ciekawem jest jeszcze w naszym przypadku brak zaburzeń troficznych, które zazwyczaj należą do bardzo częstych objawów syringomyelii.

K. Strózewski.

Wiadomości drobne.



— BETZ zaleca wcierania *Ol. terebinthinae rectific.* przeciw *acne rosacea*. W dwóch przypadkach bardzo uporczywej *acne rosacea* po stosowaniu powyższego środka w ciągu jednego miesiąca otrzymał B. zupełne wyleczenie.

(*Allgem. med. Centralzeitung. Nr. 94. 1896 r.*)

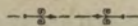
Z. R.

ALZHEIMER obserwował u 4 epileptyków amnezję wsteczną, która występowała po szeregu ciężkich napadów padaczkowych i trwała w przypadku pierwszym 1½ roku, w drugim 8 dni, w trzecim 15 dni, w czwartym zaś 2 lata. Amnezja dotyczyła zawsze okresu czasu, poprzedzającego napady padaczkowe, trwała od 10—22 dni, poczem nagle chorzy przypominali sobie to wszystko, o czem przez przeciąg owych dni nie pamiętali. Autor obserwował chorych w czasie okresu przednapadowego i zamroczenia umysłowego u nich wtedy nie zauważył. Amnezję wsteczną przy padaczkę notowano już niejednokrotnie, zazwyczaj jednak dotyczyła bardzo krótkiego przeciągu czasu.

(*Allgem. Zeits. f. Psychiatrie. 1896. 4. Heft.*)

L. D.

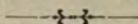
Wiadomości bieżące.



— Dość znaczną już liczbę prywatnych zakładów leczniczych w Warszawie powiększyła świeżo otwarta w dniu 6 b. m. lecznicza dla dzieci kol. BAŃCZKIEWICZA. Zakład ten stoi w zacisznej okolicy miasta przy ulicy Ogrodowej № 17. W głębi sporego podwórza znajduje się dom zakładowy, poza którym znajduje się niewielki ogródek zadrzewiony. Część parteru oddzielono na ambulatory, z których wewnętrzne składa się z poczekalni i z pokoju konsultacyjnego, chirurgiczne zaś — z poczekalni i z sali operacyjnej, zaopatrzonej w stół operacyjny, sterylizator i t. p.

przedmioty. Z poczekalnią ambulatoryum wewnętrznego łączy się pokój, przeznaczony na poczekalnię dla dzieci z chorobami zakaźnymi. Ambulatorya są w zakładzie zupełnie wyodrębnione, gdyż nie łączą się z resztą pomieszczenia, a nadto od furty wejściowej prowadzi do nich przejście, oddzielone sztachetami od reszty podwórza. Wentylacja w ambulatoryach odbywa się za pomocą wentylatorów wodnych, wprowadzających świeże powietrze i usuwających zepsute. Sam zakład lecznicy zajmuje resztę parteru, oraz pierwsze piętro. Składa się on z salok większych, oraz z oddzielnych pokoi. Właściciel zakładu urządza 12 łóżek ogólnych i 4 pokoje oddzielne. Na salach ogólnych jest tak przestrono, że śmiało możnaby ilość łóżek powiększyć. Samo urządzenie pokoiów dla chorych przedstawia się wzorowo. Łóżka pomysłu kol. BĄCZKIEWICZA, przedstawione na wystawie higienicznej, mają materace, poduszki wypchane włosiem, welniane kołdry. Zarówno łóżka, jak i stoły, stolki, umywalnie i t. p. polakierowano na biało. Wentylacja pokoiów odbywa się za pomocą wentylatorów gazowych. Oddzielne pokoje, przeznaczone dla osób zamożniejszych, posiadają oprócz łóżka dla dziecka, jeszcze sofę, która służy jako łóżko dla osoby dozorującej. Zakład posiada 4 wanny dla chorych. Na pierwszym piętrze mieści się także sala operacyjna, urządzona i przybrana podług dzisiejszych wymagań chirurgii, oraz sala sterylizacyjna. Ta ostatnia zawiera, obok kilku sterylizatorów mniejszych, autoklaw dla sterylizacji opatrunków, prześcieradeł, fartuchów i t. p., a nadto kocioł do gotowania wody. Całości dopełnia pracownia dla badań drobnowidzowych i chemicznych. Pierwsze piętro łączy się za pomocą windy z parterem i z suterrenami, gdzie się mieści kuchnia i pralnia. Należy jeszcze wspomnieć o werendzie oszklonej, wysuniętej do ogrodu, na którą prowadzi drzwi ze sali ogólnej na parterze. Dział chirurgii prowadzi kol. B. SAWICKI z kol. ŁAPIŃSKIM; dział chorób wewnętrznych kol. BĄCZKIEWICZ z kol. WOŁYŃSKIM; dział oczny kol. GENAROWICZ, a dział nerwowy kol. E. ZIELIŃSKI. Chorzy, umieszczeni przez lekarzy pozazakładowych mogą być przez nich operowani i leczeni. Opłata w oddzielnych pokojach wynosi 2—5 rs. dziennie, na salach wspólnych 60 kop.

Od Wydawcy.



„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1897 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. 1897 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna 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. Wende i S ka za m Październik 1896.

Wydawca, D-r **St. Kondratowicz**.

Redaktor odpowiedzialny, D-r **Wł. Gajkiewicz**.

Довзголено Ценаурою Варшава, 29 Нодбря 1896. Друк Ковалевского, Warszawa Mazowiecka 8.