

# GAZETA LEKARSKA

Ś. P.

## JAKÓB ROGOWICZ,

którego śmierć tak nagle w sile wieku w dniu 25 z. m. zaskoczyła, urodził się w Kaliszu w roku 1833. Nauki szkolne pobierał w temże mieście, a następnie w roku 1857 wstąpił na wydział lekarski w Akademii medyko-chirurgicznej w Warszawie. Stopień doktora medycyny pozyskał w roku 1862. Od roku 1864 osiadł na stałe w Warszawie i został asystentem kliniki położniczej; na tem stanowisku pozostawał przez pięć lat, przykładając się pilnie do studyów nad akuszerją i ginekologią, które następnie w swej rozległej praktyce lekarskiej specjalnie uprawiał. W roku 1868 wspólnie z D-rem BERNHARDEM otworzył pierwszy w kraju prywatny zakład leczniczy dla kobiet i w nim z powodzeniem przeszło lat 2) pracował.

Ś. p. Rogowicz czynny przyjmował udział w ruchu piśmienniczym lekarskim ostatnich lat trzydziestu, jako długoletni współpracownik „Kliniki“ i jej chwilowy redaktor, a następnie jako założyciel i redaktor „Medycyny“, której duszą i wprawnym kierownikiem przez lat 9 pozostawał [1873—1882]. W roku 1879 podjął wydawnictwo „Rocznika Medycyny Polskiej“ i wpadł na nader szczęśliwy pomysł wydawania przy nim „Przeglądu rocznego piśmiennictwa lekarskiego polskiego“. Nie szczędząc trudu i ofiar materialnych, zbierał skrzętnie do swego Przeglądu pod postacią treściwych sprawozdań cały nasz dorobek, złożony w czasopiśmie warszawskich i pozakordonowych, celem dokładnego przedstawienia obrazu działalności piśmienniczej lekarzy polskich. Przez lat 10, nie zrażając się niepowodzeniem, wydawnictwo to prowadził własnym kosztem, bo, jak się wyrażał, jest ono jednym z tych, do którego warto dopłacać; aż znalazł wreszcie w roku 1888 dla swego ukochanego Przeglądu kącik bezpieczny w Pamiętniku Towarzy-

stwa Lekarskiego Warszawskiego i w ten sposób był jego należycie na długie lata zabezpieczył.

Usługi, oddane przez ś. p. ROGOWICZA Towarzystwu Lekarskiemu, mniej znane ogółowi lekarskiemu, były ze wszech miar drogocenne i Towarzystwo zawsze z wdzięcznością wspominać o Nim będzie, wysławiając bezprzykładną Jego pracowitość. Z chwilą zaliczenia ś. p. ROGOWICZA w poczet członków czynnych [w 1872 roku] zaczyna się praca Jego dla Towarzystwa, praca trudna i mozolna, której cały się poświęcił. Przez długie lata pełnił sumiennie obowiązki pomocnika Sekretarza Stałego, przez rok nawet jeden [1876] był jego zastępcą; będąc następnie wybrany członkiem zarządu, miał sobie powierzona administrację domu Towarzystwa i z zadania tego wywiązał się znakomicie. Za Jego to administracyi stanęła oficyna, która znacznie powiększyła dochody Towarzystwa. Przez lat kilka był też redaktorem Pamiętnika.

Najtrudniejsze jednak zadanie przypało ś. p. ROGOWICZOWI z chwilą, gdy po śmierci ś. p. SZOKAŁSKIEGO w roku 1891 Towarzystwo w dowód wysokiego zaufania powierzyło Mu odpowiedzialny urząd zarządzającego funduszami Kasy Wsparcia. Na tem stanowisku, na którym okazał się również wzorowym szafarzem, przetrwał ś. p. ROGOWICZ aż do ostatniej chwili.

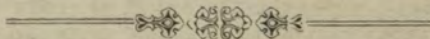
W uznaniu zasług Towarzystwo powoływało ś. p. ROGOWICZA trzykrotnie na swego Vice-prezesa. Oprócz pracy administracyjnej, ś. p. ROGOWICZ żywy przyjmował też udział na posiedzeniach Towarzystwa w debatach nad interesami instytucyi. Przed kilkunastu laty wystąpił z projektem Kasy wzajemnego ubezpieczenia kapitału pośmiertnego dla wdów i sierot, po lekarzach pozostałych, a w posiedzeniach Komitetu, wyznaczonego do rozważenia tego projektu, z zapalem sprawy tej bronił. Projektu swego urzeczywistnić nie zdołał, niemniej jednak świadczy on pięknie o tem, jak dalece zabezpieczenie losu lekarzy leżało Mu na sercu.

Pomimo różnorodnych i zmudnych zajęć, przywiązanych tak do zawodu, jak i do urzędu w Towarzystwie, znalazł ś. p. ROGOWICZ nieraz chwilę wolną i ochotę do zabrania głosu w prasie lekarskiej w kwestyach ogólniejszego znaczenia, zwłaszcza w sprawach urzędów, dotyczących bardziej higienicznego, niż dotychczas, obsługiwania rodzących i połóżnic w Warszawie; a jakkolwiek nieraz może zbyt namiętnie występował w obronie swych przekonań, to jednak o pracy i usiłowaniach Jego, i w tym kierunku podejmowanych, z uznaniem wyrazić się należy.

Ś. p. ROGOWICZ zmarł przedwcześnie w 56 roku życia. Był to człowiek prawy, pracownik wytrwały i pożyteczny, całym sercem społeczeństwu swemu oddany.

Cześć Jego pamięci!

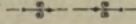
*Zweigbaum.*



# I. CIERPIENIA SYFILITYCZNE, DZIEDZICZNE OCZU W DRUGIM POKOLENIU.

Napisał

**Ignacy Strzeмиński** [z Wilna].



W ostatnich czasach zauważono, że nie tylko dzieci chorych na syfilis dziedziczną tę chorobę, lecz także i wnuki. W zakresie okulistyki GALEZOWSKI ogłosił cztery spostrzeżenia <sup>1)</sup>, odnoszące się do zapalenia rogówki miąższowego, tęczęwki i błony naczyniowej wskutek syfilisu dziedzicznego w drugim pokoleniu.

Dwa podobne przypadki miałem możność spostrzegania przez dłuższy przeciąg czasu: u brata i siostry. Ojciec ich pamięta dokładnie, że, mając około lat 16, chorował na zapalenie rogówki obustronne, które uważano za skutek syfilisu, odziedziczonego po ojcu i leczono wcieraniami i jodkiem potasu. Obecnie ma rogówki przezroczyste i wzrok normalny. Badanie wziernikowe wykazało w obu oczach około tarczy nerwu wzrokowego i płamy żółtej liczne okrągłe i owalne białe plamki z obwódkami pigmentowanymi, z których trzy większe pozwalały widzieć obnażoną białkówkę i naczynia choroidalne. Zmiany te wskazują na okres zanikowy zapalenia naczyniówki, na t. zw. *choroiditis areolaris*, często spostrzeganej w syfilisie dziedzicznym. Wygląd ogólny przypomina osobnika, obarczonego dziedzicznym syfilisem: wzrost mały, budowa słaba, zęby HUTCHINSON'a, słuch przytępiony. Jak sam twierdzi i jak dowiodło kilkakrotne szczegółowe badanie, pacjent nie chorował nigdy na syfilis nabyty. Ożenił się z kobietą zupełnie zdrową i wolną od wszelkich cierpień dziedzicznych i miał z nią dwoje dzieci, o których mam właśnie mówić.

Starsze z nich, chłopiec lat 12, zachorował w styczniu r. 1894 na zapalenie rogówki miąższowe, obustronne, które ustąpiło w zupełności po pięćmiesięcznym leczeniu, składającym się z 90 wcierań maści szarej, rtęciowej [po 1,0 grm. dziennie, przez 5 dni z rzędu, poczem kąpiel i 3 dni odpoczynku], wkraplania atropiny i, przy końcu choroby, wprowadzanie maści z żółtego tlenku rtęci. Chociaż rogówki odzyskały przezroczystość, wzrok pozostał osłabionym. Wziernik wykazał d. 17 maja następne zmiany.

W oku prawem zmętnienie dość gęste w ciele szklistem, przeważnie w tylnej i dolnej części jego, w kształcie punkcików i linii, zmieniających położenie tylko przy szybkich ruchach oka. Tarcza nerwu wzrokowego i najbliższa jej okolica zabarwione szaro. Na przestrzeni między tarczą i plamą żółtą i około tej ostatniej *choroiditis areolaris*: małe okrągłe plamki żółto-

<sup>1)</sup> Recueil d'Ophthalmologie, janvier. 1896.

różowawe z ciemnymi obwódkami. Bliżej ku obwodowi liczne, małe plamki jasno-różowe, bezpośrednio pod naczyniami siatkówki, podobne do opisanych przez HIRSCHBERG'a <sup>1)</sup>, jako objaw zapalenia siatkówki wskutek syfilisu dziedzicznego w pierwszym pokoleniu. Siła wzroku 0,2; pole widzenia ma granice normalne, lecz w kilku miejscach przerwane przez plamy ciemne (*scotomata*).

W oku lewym zmętnienie ciała szklanego znacznie mniejsze, w kształcie punkcików, łatwo zmieniających położenie. Tarcza nerwu wzrokowego i jej okolica mają szary odcień. Na obwodzie znajdują się liczne jasno-różowe plamki, jak w oku prawym. Siła wzroku 0,5, granice pola widzenia prawidłowe.

Nie mając wątpliwości co do pochodzenia syfilitycznego choroby, zaleciłem w dalszym ciągu wcierania maści szarej rtęciowej, których zrobiono 55 w ciągu 2½ miesięcy. Ciało szkliste stopniowo oczyszczało się, tarcze nerwu wzrokowego przybierały wygląd normalny i jednocześnie wzrok poprawiał się. Plamki, tak środkowe, jak i obwodowe, powiększały się w liczbie i stawały się bielszymi. Badanie d. 1 września wykazało siłę wzroku i pole widzenia prawidłowe; plamy przechodzą w okres zaniku, między niemi naczyńka i siatkówka przedstawiają zupełnie normalny wygląd, również jak i nerwy wzrokowe.

Siostra poprzedniego, mająca lat 9, w grudniu r. 1894 zaczęła się uskarżać na osłabienie wzroku. Dotąd oczy miała najzupełniej zdrowe. Przy badaniu d. 27 grudnia znalazłem w obu oczach gęste zmętnienie ciała szklanego, uniemożliwiające dokładne rozpatrzenie błon wewnętrznych. Wzrok ograniczał się do poczucia światła.

Chociaż choroba nie była poprzedzoną przez zapalenie rogówki miększowej, jednak ze względu na rodzaj cierpienia brata i ojca byłem przekonany, że mam do czynienia z zapaleniem naczyńki pochodzenia syfilitycznego, tembardziej, że ściśle badanie wykluczyło, podobnie jak w poprzednim przypadku, wszelkie inne przyczyny choroby oczu. Zostały zastosowane wcierania maści szarej, rtęciowej [po 0,75 grm. dziennie]. Po 20 wcieraniach ciało szkliste o tyle się rozjaśniło, że stały się dostępnymi dla wziernika błony wewnętrzne [d. 25 stycznia 1895]. W obu oczach zmętnienie pokrywa tarczę nerwu wzrokowego i jej okolicę, zgęszczając się u wejścia i wyjścia naczyń. Tętnice na tarczy zwężone. Ku obwodowi bardzo liczne plamki pigmentowe, przypominające wyglądem zwyrodnienie barwnikowe siatkówki (*retinitis pigmentosa*), lecz leżące głębiej i nie mające żadnego związku z naczyniami siatkówki. Forma ta zapalenia błony naczyńkowej bywa często spostrzegana w syfilisie nabytym. Siła wzroku wynosiła w tym czasie 0,1. Pole widzenia zwężone na 30—40°. Wzrok słabł znacznie przy zmniejszeniu oświetlenia [osłabienie wrażliwości siatkówki].

---

<sup>1)</sup> Deutsche med. Woch. 1895. Nr. 26 i 27.

Wcierań ogółem zrobiono 95. D. 26 maja r. 1895 stan oczu był następujący. Ciało szkliste prawie zupełnie czyste, tarcze nerwów wzrokowych odbarwione, tętnice zwężone, w obwodowych częściach plamy pigmentowe bez zmiany. Siła wzroku 0,6, chora czyta druk № 4. Zwężenie pola widzenia i osłabienie wrażliwości siatkówki, jak poprzednio.

Ponieważ chora była osłabioną i niedokrwistą, przeto leczenie rtęciowe przerwano i zastąpiono je leczeniem wzmacniającem.

Badania, wielokrotnie dokonane po ukończeniu leczenia w odstępach miesięcznych, nie wykryły w obu przypadkach postępu choroby. Wzrok i pole widzenia pozostają bez zmiany. Plamy naczyń i siatkówki u chłopca przybierają coraz bardziej charakter zanikowy. U dziewczyny pigment obwodowy nie uległ zmianie.

O ile mogę sądzić, rzeczą jest niewątpliwą, że w opisanych przypadkach choroba oczu wywołaną została przez syfilis dziedziczny w drugim pokoleniu.

1) Ojciec miał syfilis dziedziczny i nie miał nabytego; matka jest zupełnie zdrową.

2) Dzieci miały choroby oczu, najzupełniej podobne do chorób, które wywołuje syfilis nabyty lub dziedziczny w pierwszym pokoleniu.

3) Wyłączone zostały wszystkie inne przyczyny tych chorób.

4) Skuteczność leczenia rtęciowego przemawia za charakterem syfilitycznym cierpień.

Przypadki powyższe należą, jak dotąd, do bardzo rzadkich. Być może, że staną się częstszymi, gdy zwrócimy w tym kierunku uwagę.

Spostrzegalem kilka innych podobnych przypadków, lecz muszę o nich zamilczeć, gdyż nie mogłem w zupełności upewnić się, czy syfilis jednego z rodziców nie był nabyty.

---

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO D-RA FR. NEUGEBAUERA W SZPITALU EWANGELICKIM W WARSZAWIE.

## II. PRZYCZYNEK DO KRWAWIEN I KRWOTOKÓW MACICZNYCH WĄTPLIWEGO POCHODZENIA.

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

Podał

**Dr Fr. Stepkowski.**

— 3 —

Pochop do wypowiedzenia słów kilku w kwestyi krwawień i krwotoków macicznych dały mi trzy przypadki, spostrzegane niedawno na oddziale chorób kobiecych kol. NEUGEBAUERA w szpitalu Ewangelickim. Zajmować się mam zamiar poniżej tylko tego rodzaju krwawieniami macicznymi, które mają łączność z obserwowanymi przezemnie przypadkami, lub które przedstawiają pewien interes, czy to z powodu rzadszego pojawiania się pewnych przyczyn,

lub też z innych ważnych względów. Wszystkie trzy obserwowane przypadki dotyczyły młodych dziewczec.

**Przypadek I.** Aniela S. przybyła do szpitala w końcu stycznia r. b.. W dzieciństwie przechodziła odrę i ospę. W 12-ym roku życia [w grudniu 1894 r.] pierwsza miesiączka po 4—6 dni co 2—3 tygodnie, bardzo obfita, bez bólei; zdarzały się i skrzepy. W listopadzie 1895 r. miesiączka była bardzo nieregularna i trwała długo, a do grudnia tegoż roku chora prawie bezustannie krwawi.

Osobnik wzrostu średniego [w styczniu r. b. skończyła 13 lat], budowy ciała dobrej, robi wrażenie dziewczynki 15-letniej. Chora jest z bliźniąt, siostra jej jest szczuplejszą, drobniejszą i miesiączki jeszcze nie miewa. Skóra i dostępne błony śluzowe bardzo blade; serce, płuca i inne narządy wewnętrzne w porządku. Zewnętrzne narządy płciowe prawidłowe; błona dziewicza zachowana, lecz znacznie rozszerzona. Pochwa nie przedstawia żadnych zmian. Macica w przodozgięciu powiększona; zgłębnik maciczny wchodzi na 8 ctm., ujście wewnętrzne przepuszcza swobodnie kateter BOZEMANN'a. W pochwie i macicy obfita ilość skrzepów krwi. Z lewego boku macicy wyczuwa się guz wielkości mandarynki, ruchomy, pozostający w łączności z macicą, twardy. Lewy jajowód prawidłowy, daje się wyczuć. Z prawej strony wyczuwa się jajnik normalnej wielkości. Najprawdopodobniej zatem mieliśmy z lewej strony guz jajnika. U chorej wyskrobano przeszło 2 łyżeczki skrzepów przerosłej błony śluzowej. W wyskrobanej masie drobnowidz wykazał: *endometritidem fungosam*; komórek błony doczesnej nie znaleziono.

Wiadomo, że wszystkie cierpienia przydatków mogą powodować krwawienia z macicy, czy to w postaci obfitej miesiączki, czy też jako krwotoki. BRENNKE pierwszy wykazał, że w etyologii *endometritidis fungosae*, opisaney poraz pierwszy przez OLSHAUSEN'a, zaburzenia w funkcyach jajników odgrywają ważną rolę.

Nie tylko zaburzenia w czynności jajników, lecz wszystkie zapalne stany jajników, jajowodów i więzów szerokich, nakoniec wszystkie nowotworowe sprawy w przydatkach mogą powodować obfite miesiączkowania i krwotoki.

CZEMPIN powiada, że krwawienia z powodu zapalnych stanów przydatków mają nawet coś charakterystycznego dla siebie. Chore opowiadają, że bez żadnego zewnętrznego powodu, bez żadnych zwiastunów, od razu występowały mocne bóle w krzyżu, a po 3—8 dniach wśród wzmagających się bólów występowało krwawienie. Ścisłe badanie wykazywało zawsze albo świeże zapalne sprawy w jajnikach, albo wysięki w jajowodach, więzach szerokich, albo też zaostrenie dawnej sprawy tryprowej.

Jajniki, powiada ŚWIĘCICKI, odgrywają daleko większą rolę w etyologii *endometritidis*, niż to dotychczas przyjmują. Sądzi on, że *endometritis* należy rozdzielić na 2 drupy: na *endometritis* pochodzenia jajnikowego i zakaźnego. Wzmózona działalność jajników powoduje przez podrażnienie nerwów naczynio-ruchowych przyływ krwi do błony śluzowej macicy. Jeśli taki bodziec przez czas dłuższy trwać będzie, to w następstwie błona śluzowa zaczyna przerastać. Z tego samego powodu może nastąpić i przerost rozlany

mięśni macicy, lub ograniczony w postaci mięśniaków. Jeśli odporność naczyń jest zmniejszona, to wciąż działające podrażnienie może wywołać przerost ścian naczyń; warstwa mięśniowa (*media*) drobnych tętniczek zaczyna wtedy bujać, skąd, jak to ROESGER wykazał, mięśniaki biorą początek.

CZEMPIN w całym szeregu przypadków cierpień przydatków już to znajdował pod drobnowidzem cierpienie błony śluzowej macicy, jako *endometritis glandularis, interstitialis* lub mieszaną postać, już też znowu w innej grupie przypadków zmiany na błonie śluzowej były bardzo nieznaczne; była ona lekko zgrubiała, drobnowidz zaś, oprócz silniejszego nastrzyknięcia naczyń, nie wykazywał znaczniejszych zmian. Brak zmian na błonie śluzowej macicy, pomimo nowych krwawień, CZEMPIN tłumaczy przekrwieniem naczyń wskutek podrażnienia, mającego swe źródło w chorobie przydatków; innego tłumaczenia znaleźć on nie może.

Nadzwyczaj interesujący przypadek przedstawił GOTTSCHALK na posiedzeniu Towarzystwa Ginekologicznego w Berlinie. Demonstrował on jajniki 28-letniej kobiety od 10 lat zamężnej i bezdzietnej, od 9 zaś cierpiącej na obfite miesiączkowania, a od 3 lat na silne krwotoki. Pomimo 17-to krotnego skrobania, pomimo stosowania wszystkich środków możliwych krwotoki nie ustawały. Gdy chora coraz więcej upadała na siłach, LANDAU ostatnią ucieczkę widział w wyluszczeniu macicy, którą też usunął wraz z powiększonymi jajnikami. Błona śluzowa macicy makroskopowo nie przedstawiała żadnych widocznych zmian, ściany jej tylko były nieco zgrubiałe. W obu jajnikach po ich przecięciu widoczne były małe o nieprawidłowych konturach torbiele, krwią wypełnione, które właściwych ścian nie posiadały i pozostawały z naczyniami krwionośnymi w bezpośredniej komunikacji. Te małe, oczkowate przestrzenie, wypełnione krwią, GOTTSCHALK uważa za rozszerzenia naczyń, powstałe wskutek nowotworzenia tkanki łącznej wzdłuż naczyń i następczego bliznowatego ściągania się jej, przez co naczynia zostały rozciągnięte. Mocne zatem przyływy krwi do błony śluzowej macicy pochodziły ze zbiornika krwi zwyrodniałych jajników na drodze anastomozy pomiędzy tętnicą maciczną i nasienną. Badanie błony śluzowej macicy pod drobnowidzem potwierdziło to mniemanie. Cięcia, poprowadzone równolegle do błony śluzowej, wykazało silne przekrwienie, jakiego nie spotykał autor w żadnym z zapalnych stanów błony śluzowej macicy: miało tu miejsce widoczne nowotworzenie naczyń. Jest to, zdaje się, pierwszy przypadek, w którym na drodze anatomo-patologicznej był dowiedziony związek pomiędzy cierpieniami jajników i obfitymi krwotokami z macicy.

W obecnym stanie naszej wiedzy na *endometritidem fungosam* zapatrujemy się jako na formę zapalenia, cechującą się nadmiernem bujaniem błony śluzowej. Zatem przyjmujemy dziś, że jest to postać zapalenia błony śluzowej, tylko, że sprawa zapalna odbywa się w znacznie silniejszym stopniu. Jednakże geneza tej formy, kliniczne następnie dane stanowczo wyróżniają ją z pośród innych form zapalenia i nie ulega wątpliwości, że ta postać wy osobnioną zostanie niedługo z szeregu zapalnych form błony śluzowej macicy i przeniesioną do spraw nowotworowych. Za tym poglądem przema-

wiają i badania anatomo-patologiczne. Wiadomo, że dotychczas ścisłych nie umiemy przeprowadzić granic między gruczolakiem [rozlanym lub ograniczonym] a gruczolową, śródmiąższową i mieszaną formą endometrytu; formy te często przechodzą jedna w drugą bez ostrej granicy. Nawet u jednej i tej samej chorej nieraz otrzymujemy to jedną, to drugą formę, tak na przykład: raz znajdujemy *adenoma polyposum*, drugi raz *endometritidem fungosam*.

Nie ulega wątpliwości, że w naszym przypadku *endometritis fungosa*, a zatem i krwawienia były zależne od guza lewego jajnika. Toż samo LOEHLEIN spotykał kilkakrotnie: *endometritidem fungosam* przy niewielkich guzach jajników, a UTER widział przy raku tychże.

**Przypadek II.** Maryanna K. przybyła do oddziału 2-go sierpnia 1895 r. Z dziedzicznych chorób przechodziła odrę; w 14-ym roku chorowała na tyfus. Pierwsza miesiączka w 16 roku po 5 dni co 4 tygodnie, taki typ utrzymywał się do 19 roku życia. Od tego czasu miesiączkowania zatrzymywały się [zwykle w lecie] po kilka miesięcy, a następnie krew szła obficie. Takie zatrzymywanie się miesiączki i następne obfite krwawienia powtarzały się prawie peryodycznie. Przed dwoma laty była w szpitalu Ewangelickim, gdzie jej trzechkrotnie wykonano skrobanie macicy, jednakże bez pomyślnego rezultatu. Po wyjściu ze szpitala miesiączki nie było przez 3 miesiące, następnie zaś krwawienie przez 10 dni, a później znów przez 3 miesiące krew się zatrzymała. Obecnie chora krwawi ciągle od 3 miesięcy.

Jest to osoba lat 23, średniego wzrostu. Kościec i mięśnie prawidłowo rozwinięte. Błony śluzowe blade. Ze strony płuc, serca i innych narządów wewnętrznych zmian żadnych. Narządy płciowe zewnętrzne bez zmian. Otwór w błonie dziewiczej mocno rozszerzony, jednakże błona w całości. Przez pochwę palec wyczuwa macicę powiększoną, zgłębnik przenika na 8½ ct. i robi wrażenie, jakby ślizgał się po aksamicie. Macica w przodozgięciu; jajniki nie powiększone. Zresztą zmian innych niema.

U tej chorej wyskrobano bardzo obfitą ilość miękkiej masy. Badanie drobnowidzowe wykazało: *endometritidem fungosam*. Mając na względzie charakterystyczny typ jajowodowy miesiączki, t. j. nienormalnie długie i krótkie przerwy, a później krwawienie lub krwotok, możnaby przypuścić, że w jednym z jajowodów, czy w ich ujściu macicznym usadowił się polip lub narośl brodawkowata, a z powodu tychże wytworzyła się *endometritis fungosa*. Dość zresztą przypomnieć sobie wspólne pochodzenie macicy i jajowodów z kanałów MUELLER'a, żeby się przekonać, jak ścisła łączność zachodzi pomiędzy macicą i jajowodami. Jak może być *salpingitis* przy *endometritis*, tak i odwrotnie—sprawy chorobowe w jajowodach mogą powodować zapalenie błony śluzowej macicy.

**Przypadek III.** Chaja Gr. przybyła do szpitala 30 lipca 1895 r. W siódmym roku życia chorowała na zapalenie nerek, była cała w tej chorobie spuchnięta; obrzęki powoli ustąpiły, pozostał tylko przy oddawaniu moczu ból, który trwał przez cały rok. W 14 roku zaczęła uczuć małe bóle w brzuchu, które następnie wzmagały się do tego stopnia co do częstości i siły, że zmuszoną była zasięgać porady lekarskiej. Cztery lata temu zrobiono jej ope-



racyę przecięcia błony dziewiczej z powodu zarośnięcia otworu takowej. Chora przez pewien czas po tej operacyi czuła się lepiej. W krótkim jednak czasie później zaczęły pokazywać się obficie, jak powiada, białe upławy, a później i czerwone. Szukała ona porady z powodu krwawień u kilku lekarzy, lecz bez skutku. Przed 2-ma laty prof. Kosiński miał jej robić podobno jakąś operacyę w szpitalu Ś-go Ducha, po której krwawienia ustąpiły na miesiąc. W 1894 r. z powodu tychże krwawień chora pozostawała pod opieką kol. Borysowicza. Badanie wtedy dało następujące wyniki, jak mi to łaskawie zakomunikował kol. Borysowicz. Większa część górnej i dolnej ściany pochwy przedstawiała jedno owrzodzenie, pokryte wybujalosciami ziarninowemi. Wycięte kawałki wykazały, że były to wybujalosci ziarninowe z niezmiernie obfitem nacieczeniem komórkowem i rozwojem szerokich naczyń krwionośnych o cienkich ścianach. Te twory ziarninowe przechodziły i do kanału szyi macicznej. Przyżegające i ściągające środki okazały się bez skutku. W kwietniu 1895 r. kol. Borysowicz wyskrobał macicę i owrzodzenia w pochwie. Jednakże pomimo tego wszystkiego po powrocie chorej do domu nastąpiły znowu krwawienia. W lipcu wreszcie chora przybyła do szpitala Ewangelickiego na oddział kobiecy.

Osoba, lat 19, nieco więcej niż średniego wzrostu. Kościec i mięśnie prawidłowo rozwinięte; podściółki tłuszczowej ilość umiarkowana; dostępne błony śluzowe blade. Granice serca prawidłowe, uderzenie wierzchołkowe w 5-em międzyżebżu; tony serca czyste. W płucach i narządach brzusznych zmian widocznych niema. Mocz bez białka, dobową jego ilość 1100 ctm. sześć.. Zewnętrzne narządy płciowe prawidłowe: pochwa długości około 8 ctm., ciasnna;  $\frac{1}{3}$  część górna pochwy przedstawia jedną ziarninującą powierzchnię. [Część pochwowa macicy prawie nie istnieje, a tylko otwór zewnętrzny macicy jest widoczny, pokryty ziarniną]. Przy badaniu *per rectum* wyczuwa się macicę długości około 6 ctm.; *dextro-latero-versio*. Oba jajniki nieco powiększone, a jajowody rozszerzone. Kol. NEUGEBAUER wyczuwał nawet, widząc chorą po raz pierwszy u siebie w mieszkaniu, guz z prawej strony macicy wielkości brzoskwini, a mniemając, że to torbiel jajnika, skierował chorą z tego powodu na swój oddział dla bliższego zbadania. Na drugi, czy trzeci dzień owa mniemana torbiel zginęła, wyczuwało się zaś tylko zgrubiały jajówód.

W tym przypadku starano się wstrzymać krwawienie przez codzienne opatrunki powierzchni ziarninującej pochwy i otworu macicznego, z którego właśnie, przypuszczano, jak krwawienie pochodzi. I rzeczywiście, krwawienie po pewnym czasie zmniejszyło się, lecz zupełnie nie ustawało. Po kilku-tygodniowym pobycie w szpitalu chora zaczęła gorączkować z ciepłotą do 40° C. wieczorami, uskarżała się przytem na ból w okolicy nerek i z tego powodu przepisana została na oddział chirurgiczny kol. STANKIEWICZA. Tam, o ile wiem, postawiono rozpoznanie: *pyelo-nephritis*. Wkrótce jednakże chora wypisała się z tego oddziału i dalsze jej losy nie były mi wiadome. Przytydkowo dopiero w końcu maja 1896 r. miałem możność zbadania chorej, która przez cały ten czas przebywała na wsi. Miesiączka przyjęła pewien typ:

przychodzi co 7—8 tygodni i trwa od 5—8 dni przecięciowo z dużymi bólami. Uskarża się przytem chora na obfite upławy białe. Górna część pochwy przedstawia powierzchnię ziarninującą, w połowie już zabliznioną, nie krwawiącą; jajniki nieco powiększone, jajowody zgrubiałe.

Trudno jest orzecz stanowczo, co powodowało ciągłe krwawienia w tym przypadku.

Czy krwawienie było tylko z powierzchni ziarninowej pochwy i otworu szyi, czy też także z macicy i jajowodów? Wskutek zarośnięcia otworu błony dziewiczej było hematokolpos, czy hematokolpometra, a zapewne krew była i w jajowodach, ponieważ oba jajowody były rozszerzone. Zda mi się, że najprawdopodobniej po operacji hematokolpos rozwinęła się *pyorrhoea* i w następstwie tego błona śluzowa górnej części pochwy, macicy i jajowodów pokryła się ziarniną. Gdyby nawet przypuścić, że błona śluzowa macicy nie brała udziału w krwawieniu, to nie można tego powiedzieć o jajowodach. Wszak wiemy, że może być *haematosalpinx* przy *haematocolpos* bez zebrania się krwi w macicy, co sobie objaśniamy w ten sposób, że ściany jajowodów wskutek wzmoczonego parcia, przy zamknięciu dolnej części pochwy, jako cieńsze, prędzej ulegają rozszerzeniu, niż ściany macicy. Że krwistek jajowodowy może powstać nie wskutek wepchania krwi z macicy, dowodzą następnie przypadki, w których krew w jajowodach zbierała się nawet przy zarośnięciu ujścia macicznego jajowodów. Z tej samej więc przyczyny, co w pochwie, mogła powstać ziarnina w jajowodach i dać powód do uporczywych krwawień. Z tego to właśnie powodu przedsiębrane skrobanie macicy i ścian pochwy nie mogło dać zupełnego wyleczenia, a tylko chwilową poprawę. [D. n.]

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

### III. ALEXIA SUBCORTICALIS.

Przyczynę do nanki o zaburzeniach ośrodkowych w czytaniu, pisanii i wzroku:

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

Napisal

D-r med. H. Higler.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 48].

Najwięcej podobieństwa do zaburzenia czytania u mojego pierwszego pacjenta przedstawia chory BASTIAN'a (47), który to chory, czytając, pojmował treść wyrazu, ale nie mógł go wymówić; jeżeli mu zaś podpowiedziano wyraz, powtarzał go mniej lub więcej poprawnie.

Dokładniej obserwowana, jednocześnie pewnych danych do dalszych wniosków dostarczając, jest chora LEUBE'go (48), która przedstawiała pewne podobieństwo do mego pacjenta; była ona dotknięta początkowo aleksyą i afazyą, później zaś tylko aleksyą. Ta ostatnia polegała na tem, że chora zupełnie

nie była zdolną do odczytywania dłuższych wyrazów. „Pomimo tego, że poznaje ona wszystkie litery, tworzące ten lub ów wyraz, i z całą starannością próbuje złożyć je, po wielu próżnych usiłowaniach porzuca z płaczem wszelkie próby czytania i zwraca uwagę na to, że wyrazu przeczytać nie może. Nadto pojmuje ona dokładnie znaczenie wyrazu, którego przeczytać nie może; upewnia przytem, patrząc się na taki wyraz, że poznaje go doskonale i wie, co on znaczy, lecz przeczytać na głos nie jest w stanie“. Kiedy LEUBE, zmusiwszy chorą do przyjrzenia się dokładnie takiemu słowu, następnie książkę zamykał, chora była w stanie powtórzyć na pamięć ów wyraz. Wyjątek stanowiły zwykle takie tylko słowa, które oznaczały albo nieznany chorej przedmiot, albo też oderwane pojęcie.

LEUBE przypuszcza w przypadku swoim amezję, która uniemożliwiała przy czytaniu danego wyrazu łączenie oddzielnych liter, tak, że chora, czytając środkowe litery jakiegoś dłuższego wyrazu, zapomniła, jakie sylaby tworzą jego początek. I dopóki chora skupiała całą swoją uwagę na to, by połączyć litery w całkowity wyraz, dopóty jej się czytanie sylabizowane nie udawało; innemi słowy, w umyśle chorej malował się przy czytaniu obraz pojedynczych liter danego wyrazu, zanim jednak doczytała go do końca, obraz liter początkowych już się zacierał. Dopiero użycie wspomnianego wybiegu, który odwracał uwagę chorej, pozwalało jej wymówić ten wyraz.

Wyznać muszę, że tłumaczenie LEUBE'go, pomimo że zostało przyjęte przez późniejszych autorów, mało mnie zadawała. Niezrozumiałem dla mnie pozostaje, dlaczego amezya taka, jak ją sobie LEUBE wyobraża, miałaby uniemożliwiać czytanie sylabizowane. Wszak sylabizowanie polega właśnie na tem, że słowo rozkłada się na sylaby, z których każdą po kolei się odczytuje, przyczem, czytając na głos jedną sylabę, nie troszczymy się już wcale o poprzednią. Objasnienie LEUBE'go byłoby słuszne, gdyby chora, sylabizując, czytała dobrze, lecz nie mogła zrozumieć treści przeczytanego. To jednak miejsca w danym przypadku nie miało.

Również, zdaje mi się, nie wytrzymuje krytyki tłumaczenie, wychodzące z ogólnej zasady, że pewne słowa pisane, częściej spotykane, umysł nasz obejmuje i postrzega jako całość, jako obrazy więcej już przedmiotowe—obrazy, które jako takie, kojarzą się łatwo z t. zw. zbiornikiem pojęć (*Begriffsfeld*), budząc w pamięci brzmienie danego wyrazu i ruchy do wymówienia go niezbędne.

We wszystkich teoriach, mających na celu wyjaśnienie tego zjawiska — przytem nadmienić muszę, że hipotezy niektóre, mniej prawdopodobne, całkiem pomijam milczeniem—nie zwrócono, zdaje mi się, uwagi na to, że olbrzymia zachodzi różnica pomiędzy pojmowaniem tego, co się czyta, a czytaniem na głos. A przecież są to dwie, zupełnie odrębne czynności duchowe, które zarówno w przypadku LEUBE'go, jak i w moim, należy rozpatrywać oddzielnie, gdyż zaburzenie jednej czynności nie zawsze pociąga za sobą upośledzenie drugiej. Wielokrotnie nadmienialiśmy, że przy czytaniu na głos wrażenia wzrokowe budzą w pamięci odpowiednie pojęcia obrazów pamięciowych słuchowych, a te dopiero działają na sferę ruchu. Otóż sądzę, opierając się na rozumowaniu GOLDSCHNEIDER'a w jego pracy o afazyi,

że powstawające przy czytaniu obrazy pamięciowe słuchowe nie są same przez się zdolne wywołać impulsu ruchowego. „Prawdopodobnie, ażeby pobudzić niezbędne do artykułowania drogi ruchowe, musi przy czytaniu obraz, budzący się w pamięci wzrokowej, posiadać więcej wyrazistości, żywotności i ciągłości, aniżeli to jest potrzebne do zrozumienia tekstu“<sup>1)</sup>. W warunkach patologicznych, kiedy działaniu na sferę artykułacyjno-ruchową staje na zawadzie pewne przeszkody, występuje zupełna dysocjacja obu omawianych czynności. GOLDSCHIEDER sądzi, że chorej LEUBE'go właśnie potrzeba było nadmiernej uwagi i skupienia, by nadać pamięciowym obrazom słuchowym tyle wyrazistości, ile wymaga pobudzenie drogi ruchowej. Tymczasem praca umysłowa, skierowana ku uszeregowaniu wrażeń wzrokowych, uniemożliwiła przy czytaniu osiągnięcie tego stopnia skupienia uwagi, jaki chora osiągała bez trudności dopiero z chwilą usunięcia książki.

Wracając do mego przypadku, muszę wyznać, że odnośnie do niego hipoteza GOLDSCHIEDER'a wydaje mi się najprawdopodobniejszą, zatrać bowiem o samo jądro rzeczy. Trudno mi powiedzieć, co było przyczyną, że u tego chorego, który afatykiem nie był, dwie czynności, zazwyczaj bardzo ścisłe ze sobą związane, mianowicie pojmowanie treści wyrazu i wymowa jego, znalazły się w zupełnej dysocjacji. Amnezyi takiej, jak w przypadku LETBE'go, nie można tu, zdaje się, przypuszczać. Nie skarżył się bowiem chory nigdy na to, że trudno złożyć litery w całkowity wyraz. Sposobu GRASHEY-LEUBE'go, który polega na usunięciu książki, nie zdążyłem zastosować, ponieważ samo zaburzenie czytania trwało bardzo krótko, zaledwie kilka dni, ustępując miejsca zwykłej aleksyi podkorowej.

Trzy, stopniowo rozwijające się w przypadku naszym fazy aleksyi WERNICKE'owskiej, jako to: 1-o hemianopsya, 2-o niemożność czytania na głos pomimo dokładnego pojmowania treści, 3-o t. zw. aleksya podkorowa, każą w każdym razie przypuszczać, że zanim pojawiło się porażenie mózgowia, które w sposób czysto mechaniczny spowodowało typową aleksyę WERNICKE'go, już istniało zaburzenie czynnościowe dróg asocjacyjnych, wywołane sposobem pośrednim, przez działanie z oddali pierwotnego ogniska zaburzenie owo uzewnętrzniło się klinicznie pod postacią obniżenia, nie zaś zniesienia czynności.

Również poczytuję za zaburzenie czynnościowe, dynamiczne, tę niezmiernie rzadką postać zбочenia czytania, jaką mieliśmy w pierwszym okresie drugiego naszego spostrzeżenia, mianowicie dysleksyę. Według BERLIN'a (49), któremu zawdzięczamy pierwsze opracowanie tego ciekawego obrazu choro-

<sup>1)</sup> Zdanie, w cudzysłowie przytoczone, a krótko i dobitnie charakteryzujące wzajemny stosunek obu omawianych czynności psychicznych przy akcie czytania, wzięte jest z odpowiedzi GOLDSCHIEDER'a, jaką raczył mi łaskawie nadesłać sz. profesor berliński, gdym się do niego, jako do najwytrawniejszego znawcy psychologii i fizjologii afazy i aleksyi, zwrócił listownie z prośbą o wskazanie mi w piśmiennictwie lekarskiem spostrzeżeń aleksyi, analogicznej z obserwowaną przeze mnie u pierwszego pacjenta [1]. Zaburzenie owo uważa GOLDSCHIEDER za wyjątkowo rzadkie i, jako najbardziej zbliżone do mego przypadku, przytacza omawiane wyżej BASTIAN'a i LEUBE'go.

bowego, dysleksya polega na tem, że niektórzy chorzy mogą tylko pewną ograniczoną liczbę wyrazów, kolejno po sobie następujących, przeczytać bądź głośno, bądź szeptem, mimo to, że badanie lekarskie narządu wzrokowego nie wykazuje nic takiego, coby mogło wyjaśnić powód takiej zmniejszonej wytrwałości (*asthenopia*). Z tego względu BERLIN uważał dysleksję za objaw mózgowy, biorąc pod rozwagę myśl o obniżeniu wytrwałości i zmęczeniu. NIEDEN (50) zaznaczał uczucie zmęczenia podmiotowego u dyslektyków obok niemożności czytania dłuższego. WEISSENBERG (7) na podstawie jednego przypadku, w którym chory, przeczytawszy poprawnie kilka wyrazów, nie mógł już następnie złożyć wyrazu „*der*“, pomimo tego, że litery *d*, *e*, *r* jeszcze czytał — sądził, że istnieje ośrodek, rządzący łąčeniem liter, i starał się objaśnić omawiane zбочenie zaburzeniem w obrębie właśnie tego ośrodka. Większość późniejszych autorów energicznie powstała przeciwko takiej specjalizacji ośrodków kory mózgowej, w myśl teoryi o lokalizacyi, zaznaczając identyczność ośrodków mowy z tą częścią mózgowia, do której należy czynność łączenia dźwięków mowy w wyrazy.

Mojem zdaniem, dysleksya, nawet już pominąwszy rację bytu ośrodka dla kojarzenia liter, nie mogłaby powstać wskutek zniszczenia tego lub owego ośrodka. Zniszczenie dałoby utratę zdolności kombinowania liter należycie rozpoznanych, nigdy zaś nie wywołałoby zjawiska, nazwanego dysleksją. Jak świadczy bowiem epikryza mego drugiego przypadku, dla dysleksyi charakterystycznym jest to, że z początku chory dobrze czyta, po chwili dopiero nagle pojawia się niemożność dalszego czytania: drogi, które pośredniczą w czynności łączenia liter w całkowite wyrazy, okazują przepuszczającą (*intermittens*) niedrożność, peryodyczną zmienność swego przewodnictwa. Zaburzenie takie może być tylko natury czysto czynnościowej [działanie z odległości], co, rozumie się, nie wyklucza, ażeby zaburzenie dynamiczne przeszło z czasem w organiczne, jak to dosadnie wykazuje mój przypadek, w którym dysleksya zmieniła się w zupełną aleksję, lub też, aby samo zaburzenie ustąpiło t. j. przeszło w euleksję, jak to miało miejsce w przypadku SOMMER'a.

Jeżeli bliżej przypatrzeć się opisanemu wyżej i szczegółowo analizowanemu zaburzeniu czytania, to można się przekonać, że to, co większość pisarzy zwykła określać jako dysleksję, stanowi jedynie objaw częściowy, inaczej składową część bardzo skomplikowanego zбочenia. To zбочenie w naszym przypadku manifestuje się zmiennością odnośnie do pojmowania wyrazów, liter i liczb. Każde zdanie, przeczytane przez dyslektyka naszego, składa się jakby z okresów, w których uwydatniają się kolejne zmiany prawidłowego i upośledzonego funkcyonowania mózgu. Słusznie zauważył SOMMER, że dysleksya jest tylko pojedynczym objawem, ogniwem początkowym w całym peryodycznym szeregu innych. W przytoczonym wyżej, jako wzór, zdaniu, złożonym z 9 wyrazów: „tak im wtedy zeszło bardzo spokojnie do stacyi Lublin“, można było, notując szybko to, co chory czytał, wykazać 5 takich oddzielnych okresów, z których każdy zaczynał się od 1—3 słów, z tekstu prawidłowo odczytanych, poczem następowała jakaś szczególna gmatwanina wyrazów, w których można było dopatrzeć się pewnego związku wewnętrznego.

go, czy też powinowactwa assocyacyjnego ze słowami w tekście; chory wymawiał to wszystko dosyć wyraźnie, przyczem często powtarzał się w słowach i robił pauzy.

Prócz dysleksyi, która właściwie zasługuje raczej na nazwę „aleksyi peryodycznej“ lub „przepuszczającej“, cechują omawiane zaburzenia czytania następujące objawy, opisane wyżej parafrazowanie oddzielnych słów, polegające na niedostatecznym hamowaniu napływających wciąż assocyacji, oraz powtarzanie raz użytego wyrazu, *resp.* upodobanie zmienne do tego lub owego słowa (t. zw. *psychische Nachwirkung*), co widzieliśmy również u pierwszego naszego pacyenta. Wszystkie te 3 cechy spotykamy zarówno przy czytaniu słów, jak i liter oraz liczb. Niewątpliwie przeto istnieje, oprócz zwykłej dysleksyi wyrazów, dysleksya liter i liczb.

SOMMER (37) przedsięwziął w jednym przypadku dysleksyi bardzo szczegółowe i systematyczne badania, które doprowadziły go do kilku ciekawych wniosków; w krótkości chcę o nich wspomnieć, tembardziej, że mój przypadek nie jedno pozwala potwierdzić. Chory najlepiej czyta zawsze na początku doświadczenia, czyli sprawność umysłowa w tym okresie jest najlepsza. Później sprawność ta zmniejsza się, a zależy to nie od właściwości wyrazów samych, lecz od chronologicznego porządku, w jakim dany wyraz następuje w zdaniu. Ta okoliczność, że słowa, skomponowane przez dyslektyka przy czytaniu, mają pewne podobieństwo do słów, znajdujących się w tekście, polega nie na tem, że chory rzeczywiście poznał niektóre tylko litery i z nich złożył wyraz dziwaczny, lecz na wytwarzaniu fałszywych assocyacji z danego wyrazu, jako z całości: w tych przypadkach, w których chory dyslektyk nie poznaje zupełnie pojedynczych liter, można zauważyć, że chwyta on w sposób dość zagadkowy obraz danego wyrazu jako całości, a nie przekształca opacznie wyrazu, który rozpoznał należycie. Ponieważ objaw powyższy, zwany „*Phänomen der psychischen Nachwirkung*“, nie pojawia się u dyslektyków przy określaniu nazw przedmiotów, to wnosić stąd wypada, że objaw ten jest często wyrazem izolowanego zaburzenia aktu czytania, nie zaś wyrazem ogólnego upośledzenia czynności, polegającej na urabianiu się obrazów pamięciowych mowy artykułowanej z wrażeń wzrokowych. Że tak jest rzeczywiście, dowodzą obaj nasi chorzy: u pierwszego „*psychisches Nachwirken*“ pojawiało się tylko podczas mówienia, u drugiego tylko podczas czytania. Dysleksya więc nie polega wcale na ogólnej i stałej utracie władz umysłowych, lecz jest objawem częściowej i przemijającej ich utraty i to natury czynnościowej. Bardzo trafne jest porównanie dysleksyi, jako objawu, do chromania przestankowego (*claudication intermittente*) [PICK(51)]. Jak tu, tak i tam przejściowe zaburzenie czynnościowe jest prawdopodobnie wyrazem krótkotrwałego zaburzenia w krążeniu [skurcz naczyń?]. Dysleksyą przy cierpieniach organicznych ogniskowych mózgowia należy uważać za objaw uciskowy, za następstwo cząsteczkowych zmian w sąsiednich częściach mózgu, wskutek działania z oddali głównej ogniska.

W literaturze nie znalazłem nigdzie opisu dysleksyi, jako okresu wstępnego do typowej aleksyi podkorowej; a miało to

miejsce w mojem spostrzeżeniu. Przeciwnie, liczne są takie przypadki, w których pomimo ustąpienia rozmaitych objawów, należących do grupy „afazy“, inne objawy utrzymywały się wybitnie. W moim przypadku aleksya stała się typową dopiero po ustąpieniu afazy optycznej i ślepoty duchowej. W wyżej cytowanym spostrzeżeniu LEUBE'go również aleksya wystąpiła w całej swej mocy dopiero wtedy, kiedy chora odzyskała zdolność do mówienia. [D. n.].

#### IV. KILKA SŁÓW

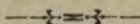
### O MĘZKIEM OWŁOSIENIU U KOBIET,

oraz niektórych innych anomaliach owłosienia i rozwoju ogólnego.

[Podług odczytu w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem].

Podał

**Fr. L. Neugebauer.**



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 48].

Nie mogę streścić tutaj dokładnie ciekawych i mozolnych badań AMMON'a, lecz zwracam uwagę osób tą kwestyją zainteresowanych na ową pracę.

AMMON, co do infantilizmu u rekrutów znajduwanego, rozróżnia 2 kategorie: infantilizm przejściowy i stały (*infantilisme passager, développement retardé—infantilisme permanent*). Taką samą różnicę A. skonstatował co do feminizmu u rekrutów obserwowanego. Feminizm przejściowy A. często obserwował u chłopców, w wieku początkującej dojrzałości będących: „*Souvent, à un certain état de développement, on s'aperçoit tout à coup que les aréoles des mamelons, pâles jusquelà, commencent à rougir d'une manière singulière, comme sous l'action d'une inflammation légère, et en tâtant, on sent sous la peau des corps durs de forme ronde ou elliptique, dont on peut mesurer les diamètres avec la glissière. Il va sans dire, que ce phénomène est parfaitement identique à celui qui inaugure le développement des seins des filletes. Chez les garçons, les aréoles s'élèvent quelquefois plus ou moins, et le frottement du vêtement fait mal aux individus qui s'en plaignent. Durant un certain temps, ces corps, qui ne sont rien que des glandules lactatives, persistent à croître, et ensuite ils commencent à décroître pour disparaître enfin à l'état de puberté parfaite. J'ai observé des cas, où les glandules décroissantes recommencèrent à croître une ou deux fois, avant de disparaître définitivement*“.

AMMON zatem opisuje kilku osobników o przejściowym feminizmie, których widywał regularnie od czasu do czasu, tak, że mógł sprawdzać wszelkie zmiany stanu rozwoju narządów płciowych, głosu, sutek i t. d. i dokonać odpowiednich wymiarów.

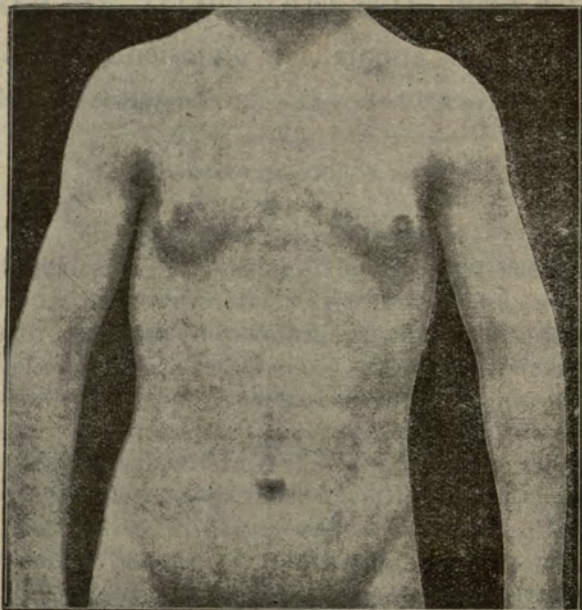
Infantilizm przejściowy AMMON obserwował dosyć często u rekrutów, od 19 do 22 lat liczących, przeważnie u mężczyzn małego wzrostu, infantilizm zaś stały widywał bardzo rzadko i to u mężczyzny wszelkiego wzrostu, czy wysokich, czy niskich. Co do feminizmu, u rekrutów spotykanego, feminizm przejściowy

zdradzał się przejściowym rozwojem sutek w wieku od lat 15—19. Objawy tego rodzaju nie wywierały jednak wpływu na rozwój narządów płciowych mężczyzn.

AMMON opisuje również 3 przypadki feminizmu stałego, mianowicie trzech dorosłych mężczyzn o dobrze ukształtowanych narządach płciowych mężczyzn oraz sutkach kobiecych. Fig. 48 przedstawia jednego z tych osobników.

Podobnego mężczyznę z ambulatoryum kolegi STANKIEWICZA dnia 20. XI. 1895 roku przedstawiłem na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Fig. 48.



Mężczyzna, 20 lat i 2 miesiące liczący, o pozorach kobiecych. Wyrobnik z Eppingen o ginek omastyi.

Osobiście w terminologii wolałbym ginekomastyę nazwać częściowym feminizmem, lub też określić ginekomastyę jako heteroseksualny rozwój sutek, albowiem sama ginekomastyja jeszcze nie stanowi ogólnego feminizmu.

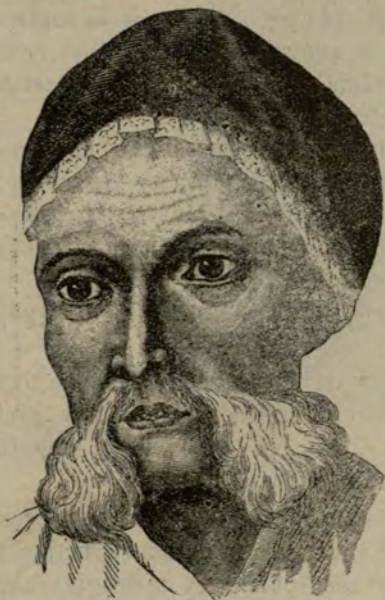
MEIGE w pracy: „*Deux cas d'hermaphroditisme antique*“ (*Extr. de la Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*), porusza bardzo ciekawą kwestyę, stosunek feminizmu i wirylizmu do starożytnych dzieł sztuki, przedstawiających hermafrodytów, lecz kwestya ta zostanie uwzględnioną przezemnie w pracy mojej o hermafrodytyzmie, drukowanej obecnie w „Przeglądzie Chirurgicznym“; natomiast powracam jeszcze raz do kwestyi wirylizmu, specjalnie do kwestyi owłosienia męskiego u kobiet.



Otóż, co do różnicy owłosienia podług płci, EBLE [l. c. str. 79] zaznacza przede wszystkim większą cienkość włosów kobiecych, gładkość i giętkość ich, inne owłosienie sromu, klatki piersiowej, brzucha, grzbietu, krocza, kończyn i nareszcie twarzy. Istnieje zaś u kobiet owłosienie męzkie nie tylko przy wirylizmie, zależnym od zatrzymanego rozwoju narządów płciowych, ale i niezależnie od niego, szczególnie dotyczy to rozwoju owłosienia twarzy u kobiet starych, podobnie jak u niektórych ptaków u samicy starszej wyrastają męzkie pióra, np. u pawia i bażanta [HOME], u kaczki [BECHSTEIN, RUMBALL]—u starych kur często wyrastają męzkie pióra i *calcaria* [HUNTER]. Najwidoczniwszym staje się tego rodzaju owłosienie męzkie u brunetek. Znam bezdzietną kobietę o owłosionych *areolae mammae*, znam proces rozwodowy [opisany przez RUEGIER'ego], z tego powodu rozpoczęty, że żona miała gęste owłosienie całego brzucha i deski piersiowej. Do najpospolitszej formy męzkiego owłosienia u kobiet należy zarost na bródce, policzkach, wargach — a więc wąsy, broda, baczki, owłosienie sromu kształtu romboidalnego oraz owłosienie krocza i kończyn. Już ARYSTOTELES wspomina o kapłankach brodatych w Karyi, FABRICJUSZ AB AQUAEPENDENTE wspomina o obrazie, za jego czasów u księgarzy wywieszonym, przedstawiającym kobietę na całej twarzy po męzku owłosioną. LEDEL opisuje taką szlachciankę (*Observ. 48. Act. Acad. Nat. Cur. pars 15*).

Podług EBLE'go (l. c. p. 80), w Museo Aldrovandi wisi portret kobiety bardzo podobnej do brodatego Helvetus'a, a w Gynaecium arcy-

Fig. 49.



64-letnia panna brodata.

księcia Austriackiego, podług BARTHOLINUS'a, była 30-letnia panna, która już od dzieciństwa przed nastąpieniem miesiączki, miała brodę i wąsy. MICHAELIS (*Act. Acad. Natur. Cur. Vol. III. Obs. 127*) opisuje detalicznie pannę, której podobiznę podaje na fig. 49. Jest to 64-letnia panna, o tęgiej brodzie podług portretu, w r. 1732 w Dreźnie olejno malowanego. Osoba ta, co do narządów płciowych, prawidłowo ukształtowana, musiała się stale golić. Portret malowany w 2 tygodnie po ostatnim goleniu się. Panna ta brodę swoją staro nie skrywała, goląc ją stale, gdy jedyną wstąpiła do szpitala w Dreźnie, broda tak silnie rosta, że wywoływała ciekawe zdumienie. Popędy płciowe silne, miesiączka regularna. Deska piersiowa i okolice pępka nie owłosione, włosy sromu nie długie, lecz gęsto usiane. Szczególnem było, że broda wyrastała tylko po bokach bródki, na dolnej wardze i bródce włosów nie

było, włosy na górnej wardze miały zaledwie  $\frac{1}{2}$  cala długości, baczki zaś 3 cale.

Owłosienie górnej wargi było ciemne, baczki zaś białe, jak śnieg. Portret wisiał w galerii Króla Polskiego, księcia Saskiego, w roku 1732 [patrz fig. 49].

Kobiety brodate opisane są podług EBLE'go u RHODIN'a (*Centur. III. Obs. 403*) oraz *Acta physica. T. III. Obs. 127*. Tamże w 4 Tomie, p. 378 HOYER opisuje matronę o męzkiej czarnej brodzie, Mystax i Pappus, która dwa razy tygodniowo się goliła: „*quo in deliciis et amoribus conjugalibus marito haberetur*“. Kobieta ta, o męzkim głosie, spółkowała, była bezdzietnie zameżną, peryodów nigdy nie miewała, zmarła w wieku lat 50. Potężną brodę męzką miała Małgorzata Austryacka oraz Anna Zofia, która towarzyszyła Septemwirowi Jerzemu Wilhelmowi [KUNZ: *Dissert. de semine muliebri. Lugd. Batav. 1772*). Za czasów Maryi Teresy w huzarach służyła przez długi czas kobieta brodata, która dzięki waleczności dopięła rangi pułkownika. Nareszcie zdradziła się przypadkowo jej płeć żeńska. Cesarzowa wyznała jej pensję w ilości 600 guldenów, lecz eks-huzar musiał zobowiązać się przysięgą, że nadal będzie nosił odzież żeńską.

PHILITES wyraża się [podług EBLE'go l. c. p. 81] o tych kobietach, że nakładają sobie ozdobę męzkiej płci, skoro straciły charakter kobiecy.

Fig. 50.



Panna brodata.

RANKE (*l. c.*) również podaje podobiznę panny o męzkim zarostie na twarzy, wąsikach i baczkach [patrz fig. 50].

Osobiście widziałem kilka takich kobiet o znacznym zarostie, męzkiej brodzie, np. w roku 1891 w Białymstoku, gdzie pokazywała się chłopka, z Kozienic pochodząca, w panopticum wędrującem. Inną znów, pannę Annę Elbot, rodem z Ameryki, widziałem w Panopticum Castan'a w Berlinie [patrz fig. 51].

Przypominam dalej owłosienie męzkie na twarzy słynnej Julii Pastrany [patrz fig 23 mojej pracy] oraz słynną Maryę Magdalenę Lefort, kobietę o zarostnięciu częściowym warg sromowych i przeroście łechtaczki. Podają tu podobiznę jej w wieku lat 16 i 65 [patrz fig. 52 i 53].

EBLE zaznacza, że broda kobieca tembardziej wyraźną i znaczną bywa wobec nieprawidłowego ustroju i nieprawidłowych czynności narządów płciowych kobiecych, z drugiej strony JAHN np. twierdzi, że kobiety, zupełnie bez owłosienia sromu będące, nigdy w ciążę nie zachodzą.

EBLE (*l. c. p. 222*) przytacza, że anomalie patologiczne miesiączki często wywołują obfite wyrastanie włosów na bródce i wargach i że lekarz, mając do czynienia z pacjentką brodatą, powinien o tem pamiętać, z drugiej znów strony może zupełne ostrzyżenie włosów wywołać krwotok peryodowy. Nareszcie E. wspomina o tem, że brunetki zwykle miewają obfitsze miesiączki, niż blondynki. Znaczne owłosienie sromu, podług E., ma być znakiem płodno-

ści, znaczne zaś owłosienie sromu można jakoby poznać po gęstem silnem owłosieniu brwi (l. c. p. 204). Broda kobieca, jako objaw wirylizmu, rzeczywiście często się zdarza u kobiet o zatrzymanym rozwoju narządów płciowych, anomaliach ich czynności i t. d.. Według KORNMANN'a na pobrzeżach Czerwonego Morza zamieszkałe Etyopki mają być brodate przy nader skąpych miesiączkach.

Fig. 51.



26-letnia panna Anny Elbot, urodzona w Ameryce.

EBLE przyznaje związek pomiędzy miesiączką a wikarnem owłosieniem mężczyzną u kobiet, lecz nie w tak zupełny sposób, jak się wyraża MERCATUS, twierdząc: „*si barba feminis adnascatur, summum alioquin effervescentis et intempestivae mensium suppressionis indicium*“. A jednak wiemy z doświadczenia, że u kobiet

prawidłowo ukształtowanych, które rodziły i nigdy chorób narządów płciowych nie przechodziły, na starość po utracie miesiączki, często wyrastają wąsy i broda, dawniejszy puszek ustępuje miejsca grubym, twardym włosom. To samo obserwujemy i u kobiet młodszych, panien i wdów, gdy przez długi czas albo zupełnie stosunków płciowych nie miały. EBLE (*t. c. p. 403*) cytuje spostrzeżenie nader ciekawe HIPPOKRATESA, dowodzące związku pomiędzy miesiączką a brodą kobietą:

Fig. 52.



Marya Magdalena Lefort w wieku lat 16.

Fig. 53.



Marya Magdalena Lefort. w wieku lat 65.

„*Abderis, Phaetusa, Phylthae uxor priore quidem tempore foecunda erat; cum autem maritus ipsius in exilium abiisset, menses multo tempore suppressi sunt, postea dolores et rubores ad articulos aborti. Haec autem, ubi contigissent, et corpus virile factum est, et hirsuta penitus evasit, et barbam produxit et vox aspera facta est. Idem hoc contigit etiam Namysiae, Gorzippi uxori in Thaso. (Lib. VI, Epidem. Sect. VIII, p. 123).* Trzecie spostrzeżenie podobne podaje RHODIUS (*Obs. med. Cent. III. Obs. 40*), który zapewnia, że w roku 1726 w mieście Padui widział 50-letnią Neapolitankę, u której 16 miesięcy po utraceniu miesiączki wyrosła

gęsta, czarna, średniej długości broda, również głos stał się męzkim i wystąpiło owłosienie deski piersiowej i piersi<sup>1)</sup>.

Jeszcze dziwniejszą ma być, podług EBLE'go, historia Barbary Urslerin, opisana przez SEGERUS'a (*Ephem. d. Akad. d. Naturforscher. Dec. I. ann. IX. Obs. 95*). „*Dieselbe war am ganzen Körper, selbst im Gesichte mit gelblichen, krausen u. wie Wolle weichen Haaren besetzt u. trug einen langen Bart u. ebenfalls gelbliche aber viel längere Locken, die von den Ohren herabhängen*“.

PARISET nawet twierdzi, że sama wstrzemięźliwość płciowa u kobiet starczy, aby miesiączka stała się mniej obfitą lub zupełnie zginęła i czasami broda wyrosła. SCHOTT opisał wdowę młodą, u której po przymusowym wstąpieniu do klasztoru wyrosła silna broda. „*Alle diese u. noch viele ähnliche Beispiele, welche uns AVICENNA, COLUMBUS, HARSDFORFER, ZACUT. LUSITANUS, ROLAN, BARTHOLIN, OL. BORRICH, LEDEL, RAYGER u. a. aufbewahrten*“, kończy EBLE ustęp o nieprawidłowym wyrastaniu włosów (*l. c. p. 404*) „*dienen blos zur Bestätigung des schon früher ausgesprochenen Satzes: dass die Samenflüssigkeit und das Menstrualblut in ihrer Absonderung u. Aussonderung gehindert, eine üppigere Erzeugung von Haaren überhaupt, vorzüglich aber des Bartes zu bedingen pflegen*“.

Rozpatrzyliśmy się w kwestyi infantylizmu, feminizmu i wiryliżmu, o ile kwestye te łączność posiadają z kwestyą owłosienia właściwego płci jednej i drugiej i przekonaliśmy się, że owłosienie heteroseksualne bynajmniej nie należy do zbyt rzadkich objawów częściowego wrzekomego obojactwa w szerszym znaczeniu tego słowa. Również postępy nowoczesnej nauki wyjaśniły po części przyczynę tych zjawisk. Wiele spostrzeżeń z czasów starożytnych i średniowiecznych, które zdawały się polegać na bajkach, legendach, fantazyi autora, lub mylnem przez niego tłómaczeniu i niedokładnem badaniu, dziś przedstawiają się w świetle zupełnie innym. Do najbardziej powątpiewanych co do prawdziwości spostrzeżeń należą 3 spostrzeżenia, podane przez HIPPOKRATESA i RHODIUS'a, że kobieta po utracie miesiączki jeszcze w wieku młodym przyjęła wyraźne pozory płci męskiej, co do głosu, owłosienia i t. d.

[C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— † — † —

### 89. Krainski. O padacze.

W przeciągu dwóch lat autor prowadził badania nad przemianą materyi przy padacze i w kwestyi tej ogłosił już kilka prac. W ostatnim czasie

<sup>1)</sup> Gdy więc kobieta w wieku podeszłym po utracie miesiączki często otrzymuje zarost męzki, występują pewne objawy wiryliżmu, „*virago, Mannweib*“, możnaby *cum grano salis* powiedzieć: „*Der Bart ist das entscheidendste Zeichen der Mannbarkeit*“. Co do stosunku pomiędzy brodą męzką a jądrami, EBLE [na str. 226] przytacza, że zarost męzki zjawia się z chwilą dojrzałości płciowej, że u kastratów, gdy operacyi tej dokonano w wieku dziecięcym, broda nigdy nie wyrasta, a owłosienie sromu pozostaje małym, włosy zaś na głowie stają się grubszyimi i nigdy nie giną, jeżeli zaś kastracyi dokonano już po osiągnięciu dojrzałości, to broda, chociaż mniej obfita, pozostaje do starości.

w szeregu artykułów zatytułowanych: „W kwestyi patologii padaczki“, streszcza wyniki wszystkich swoich badań i podaje własny pogląd na genezę powstawania napadów padaczkowych. Badania autora, jak widać z dołączonych tablic do prac jego, odznaczają się wielką sumiennością, wzbudzają więc zaufanie; tak np. u 5 epileptyków określał on w przeciągu 110 dni szczegółowo ilość wprowadzonej do ustroju substancji pokarmowej, jak również i ilość wszystkich składników wydzielanego przez nich moczu.

Przedewszystkiem autor przekonał się, że napady padaczkowe znajdują się w ścisłym związku z wydzielaniem się z ustroju kwasu moczowego, mianowicie okazuje się, że przed każdym napadem wydzielanie się kwasu moczowego mniej lub więcej zmniejsza się, po napadzie zaś w takim samym stosunku wzmagą się; jeżeli więc np. ilość dobową wydzielanego kwasu moczowego u epileptyka równa się codziennie 0,6—0,8, to napad nie nastąpi; z chwilą zaś, kiedy ilość ta obniży się u niego do 0,35 lub jeszcze więcej, niewątpliwie spodziewać się należy dnia następnego, częściej zaś na trzeci dzień potem napadu padaczkowego, po którym ilość dobową kwasu moczowego podniesie się i przytem tak, że nadmiar wydzielanego wtedy kwasu moczowego równać się będzie niedoborowi z dnia poprzedniego. To zmniejszenie się ilości wydzielanego zwykle kwasu moczowego następuje w przeciągu jednej doby, lub też powoli w przeciągu kilku dni poprzedzających napad padaczkowy. Znajduje się ono, jak autor przekonał się, w związku z natężeniem samego napadu. Zwykle zatrzymuje się w ustroju przed napadem mniej więcej 0,25 kwasu moczowego. Im większą jest ta ilość, tem silniejszego spodziewać się możemy napadu. Jeżeli ilość ta jest nieznaczną, to napad może zupełnie nie nastąpić, wzamian zaś za to zjawią się równoważniki jego, jak: napady migreny, zawroty głowy (*vertigo*), bredzenia padaczkowe i t. p..

Na związek napadów migreny i padaczki z wydzielaniem się kwasu moczowego wskazał już kilka lat temu HAIG. Chcąc związek ten objaśnić sobie, wypowiedział on wtedy następujące przypuszczenie. W normalnym stanie ustroju krew prawie zupełnie nie zawiera kwasu moczowego. W warunkach zaś, kiedy alkaliczność krwi podnosi się, kwas moczowy z tkanek ustroju przedostaje się do krwi. Znajdując się we krwi w ilości wzmózonej, wywołuje on za pośrednictwem *nn. constrictores* kurczenie się drobnych tętnic, a przez to podniesienie się napięcia tętniczego. Kiedy owo napięcie w tętnicach mózgu dojdzie do pewnego stopnia, wzmaga się przesiąkanie ze krwi płynu do przestrzeni mózgowych, co powoduje powiększenie się wewnątrzczaszkowego ciśnienia. Pod wpływem tego ostatniego następuje uciśnienie żył mózgowia, przez które krew teraz z większą trudnością krąży i w rezultacie otrzymujemy zastój i przekrwienie w żyłach i naczyniach włosowatych mózgu, co sprowadza napady migreny lub padaczki.

KRAINSKI, nie zgadzając się zupełnie na takie przypuszczenie HAIG'a, rozpatruje tę kwestyę z innego zupełnie punktu widzenia. Dla potwierdzenia swego zdania przeprowadził on następujące doświadczenia. Wypuszczał krew u epileptyków w czasie samego napadu padaczkowego i następnie po odwłóknieniu wstrzykiwał ją królikom pod skórę. Po wstrzyknię-

ciu od 1—3 ctm. sześć. takiej krwi występowały u królików w kilka już minut napady padaczkowe w postaci drgawek klonicznych, poczem króliki okazywały znaczne osłabienie, a tylne kończyny były bezwładne. Takie napady ponawiały się następnie po kilka razy dziennie, przyczem bezwład tylnych kończyn pozostawał ciągle bez zmiany, a 4-go lub 8-go dnia króliki ginęły. Nie podobnego autor nie otrzymywał po wstrzyknięciu królikom krwi, pochodzącej od tychże samych chorych, lecz wypuszczonej w okresie czasu wolnym od napadów. Żadnego również działania autor nie zauważył, jeżeli w ilości nawet 6 ctm. sześć. wstrzykiwał krew epileptyka wkrótce po napadzie padaczkowym.

Z doświadczeń tych K. wyprowadza wniosek, że przed każdym napadem padaczkowym w ustroju epileptyka wytwarza się pewna substancja toksyczna, która następnie rozpada się w czasie samego napadu. Substancja ta jest produktem nieprawidłowej przemiany materii, jaka odbywa się w ustroju epileptyka w okresie napadów, a wytwarzanie się jej znajduje się w ścisłym związku ze zmniejszonym wydzielaniem się kwasu moczowego przed napadem, wzmoczonem zaś po napadzie. Autor, idąc dalej, stara się teoretycznie wyjaśnić całą tę sprawę nieprawidłowej przemiany materii.

Przedewszystkiem K. rozpatruje sprawę tworzenia się kwasu moczowego jako reakcyę, która w ustroju wtedy dopiero odbywać się może, kiedy wytwarzanie się mocznika zostało już ukończonem. Poszukiwania HORBACZEWSKIEGO wykazały związek wytwarzania się kwasu moczowego z rozpadem nukleiny. Otóż, pewne elementy tkanki, zawierające nukleinę, rozpadając się, dają substancye, dotychczas jeszcze nieznanne, które, jako takie, nie wydzielają się z ustroju, lecz łączą się ze znajdującym się już w tkankach w stanie gotowym mocznikiem w szereg związków, których ostatecznym produktem jest kwas moczowy. Tak się przedstawia, według K., w warunkach normalnych przebieg wytwarzania się kwasu moczowego w ustroju. U epileptyka następuje w tym przebiegu nieprawidłowość, polegająca przedewszystkiem na tem, że część mocznika, przybierając wodę, przechodzi w karbaminian amonu<sup>1)</sup>. Ten ostatni jest właśnie tą substancją toksyczną, która wywołuje napady padaczkowe. Nagromadza się w ustroju powoli, przyczem, nie łącząc się z produktami rozpadu nukleiny, zmniejsza wytwarzanie się w ustroju kwasu moczowego. Gdy ilość gromadzącego się w ustroju karbaminianu amonu dojdzie do pewnego stopnia, co odbywa się w przeciągu jednego lub kilku dni, następuje napad padaczkowy; ten ostatni stwarza w ustroju takie warunki, że cała nagromadzona w nim ilość karbaminianu amonu, tracąc wodę, przechodzi w mocznik, który, wstępując natychmiast w odczyn syntetyczny, opuszcza ustrój w postaci kwasu moczowego. Zmniejszone zatem wydzielanie się kwasu moczowego K. rozpatruje jako wskazówkę nieprawidłowych odczynów, odbywających się w ustroju epileptyka i koń-

<sup>1)</sup>  $\text{CO} \begin{matrix} \text{NH}_2 \\ \diagdown \\ \text{O}(\text{NH}_2) \end{matrix}$  — karbaminian amonu;  $\text{CO} \begin{matrix} \text{NH}_2 \\ \diagdown \\ \text{NH}_2 \end{matrix}$  — mocznik.

czących się napadami wtedy, kiedy odczyny te dojdą do pewnego natężenia. Same zaś napady są niejako samoobroną ustroju przed nieprawidłowym biegiem reakcyi, która inaczej doprowadziłaby ustrój do zguby.

Przypuszczenie swoje, że właśnie karbaminian amonu jest bezpośrednim czynnikiem, powodującym napad padaczkowy, K. opiera głównie na pracach prof. NENCKIEGO, który wykazał toksyczne działanie i chemiczne własności tego składnika.

(*Izstudowanie obmiana wieszczestw u epileptikow. 1895. — Oboznienie psychiatry i neurologii. 1896. № 1, 2, 3, 6.* — *L. Dydyński.*)

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

— † — † —

12. **Błękit metylenowy przeciwko bólom głowy.** Prof. EHRLICH i LEPPMANN<sup>1)</sup> w r. 1890 zwrócili uwagę na następujące fakty: że błękit metylenowy (*Methylenblau*) ma własność uspokojania bólów i dla tego zalecili go przy rozmaitych sprawach chorobowych, przy których mamy do czynienia z bolesnymi cierpieniami umiejscowionymi, a więc przy zapaleniach nerwów (*neuritis*), przy reumatyzmie stawów, mięśni i pochw ścięgniętych; że pomieniony środek leczniczy, zupełnie jak inne narkotyki, np. kodeina, morfina, odznacza się tylko działaniem kojącym, ale samej sprawy chorobowej nie leczy; że wreszcie błękit metylenowy w pewnych stanach chorobowych zupełnie zawodzi, a mianowicie: przy ogólnej neurastenii, pobudzeniach psychicznych, hallucynacyach, illuzjach i bezsenności.

W roku następnym — 1891 r. — IMMERWAHR na mocy licznych obserwacji przekonał się o skuteczności błękitu metylenowego przy neuralgii nerwu trójdzielnego, przy migrenie (*hemicrania angiospastica*), przy bólach głowy czysto nerwowej natury, przy depresyi alkoholowej, przeciwko goścowi mięśniowemu (*rheumatismus muscularis*) i przeciwko bólom, towarzyszącym półpaścowi (*herpes zoster*); zupełnie zaś bezskutecznym okazał się wzmiankowany środek przy nerwobólu kulszowym (*ischias*) i wobec bólów, niezawisłych od przyczyny czysto-nerwowej, np.: wrzód żołądka, rak i t. d..

W ostatnich dniach D-r BENNO LEWY (*Berlin. klin. Wochenschr. 1896. 45*) ogłosił pracę, w której stara się wykazać, że błękit metylenowy nie tylko działa przelotnie, jako środek kojący, ale stanowczo usuwa i leczy niektóre cierpienia bolesne i to nawet wówczas, gdy wszelkie inne środki okazują się bezskutecznymi. Do rzędu tych cierpień zalicza LEWY: przewlekłe, nawykowe bóle głowy (*cephalalgia chronica, habitualis*) i migrenę (*hemicrania angiospastica*).

Szczególniejszą skutecznością ma odznaczać się błękit metylenowy przy

<sup>1)</sup> Wiad. terap. Gazeta Lekarska. 1890. str. 524.



przewlekłych, nawykowych bólach głowy, tak, że LEWY środek wzmiankowany uważa w tym razie wprost za rodzaj specyfiku.

Pamiętać wszakże należy o tem, że mowa tu tylko o bólach głowy czysto-nerwowej natury. A zatem w każdym poszczególnym przypadku trzeba rozważyć, czy ból głowy przewlekły jest rzeczywiście idyopatycznym, czy też tylko objawem jakiegoś innego cierpienia; wiadomo bowiem, że niektórym stanom patologicznym, jak: przewlekłemu zaparciu stolca, syfilisowi, cierpieniem nosa, chorobom nerek, a wreszcie przepracowaniu się, bardzo często towarzyszą bóle głowy. To też przed zastosowaniem błękitu metylenowego trzeba przedewszystkiem wyłączyć dopiero co wymienione stany chorobowe.

Zresztą przy bólach głowy, zależnych od choroby nerek, możnaby również spróbować błękitu metylenowego, opierając się na tem, że według NICZAJEWA, rzeczony środek ma bardzo skutecznie działać w pomienionej chorobie.

Co się tyczy migreny, to, według LEWY'ego, błękit metylenowy, podany w samym początku, przerywa napad bez wywołania wymiotów. Wystarczają w tym celu trzy dawki po 0,1, przyjmowane co dwie godziny. Jeżeli zaś środek wzmiankowany stosujemy podczas największego natężenia napadu i to wówczas, gdy już zaczynają występować mdłości, to napadu nie przerwiemy, a wywołamy tylko wymioty zawartością niebiesko zabarwioną.

Oprócz pomyślnego wpływu na sam napad migreny, ma jeszcze błękit metylenowy i tę dobrą stronę, że wogóle po takim leczeniu napady daleko rzadziej się pojawiają.

Dodać tu wszakże zaraz należy, że czasami błękit metylenowy w pierwszych napadach okazuje się skutecznym, ale w następnych zawodzi, a więc dzieje się tu tak samo, jak ze wszystkimi dotąd znanymi lekami, stosowanymi przeciw migrenie.

Właściwie LEWY ze stosowaniem błękitu metylenowego nie ograniczył się tylko do wyżej wzmiankowanych dwóch stanów patologicznych, t. j. do przewlekłego, czysto-nerwowego bólu głowy i do migreny, ale próbował przepisywać go i w innych chorobach. Otóż okazało się, że przeciwko silnym bólom głowy, towarzyszącym grypie, środek rzeczony jest zupełnie bezsilnym.

W jednym przypadku nerwobólu potylicowego (*neuralgia occipitatis*) oraz w jednym przypadku ostrego bólu głowy u histeryczki—pod wpływem błękitu metylenowego nastąpiło zupełne wyleczenie.

Wbrew twierdzeniu EHRlich'a i LEPPMANN'a otrzymał LEWY bardzo dobry wynik w przypadku ogólnej neurastenii.

U chorego z tryprohem zapaleniem pęcherza (*cystitis gonorrhoeica*) dokuczliwe i bolesne napierania (*tenesmus*) zupełnie ustąpiły pod wpływem błękitu metylenowego, jakkolwiek sama sprawa tryprowa pozostała nadal w jednym i tymże samym stanie.

U innej osoby, dotkniętej zapaleniem miedniczek nerkowych (*pyelo-nephritis*), po zastosowaniu błękitu metylenowego kolka nerkowa zupełnie znikła, a zawartość ropy w moczu znacznie się zmniejszyła.

Co się tyczy sposobu stosowania błękitu metylenowego przeciwko przewlekłym bólom głowy, to LEWY radzi przepisywać 0,1 cztery razy dziennie. Najczęściej po wyżyciu 1,0 przestaje on dalej podawać wzmiankowany środek, ale w niektórych przypadkach po kilku tygodniach przerwy powraca znowu do stosowania rzeczonego leku w tych samych dawkach, a więc po 0,1 cztery razy dziennie.

Dla uniknięcia podrażnienia pęcherza należy do błękitu metylenowego dodawać proszek z gałki muszkatołowej; przepisywać zatem trzeba w sposób następujący:

Rp. *Methylenblau Mercki*

*Pulv. nuc. moschat*

*ana 0,1*

*M. f. p. Dent. tales do es № X ad  
capsulas gelatinosas.*

S. Cztery razy dziennie jedna kapsułka.

Zwykle chorzy bardzo chętnie przyjmują owe kapsułki. Podrażnienia pęcherza ani razu nie spostrzegano. W niektórych przypadkach występowało wprawdzie silne parcie do oddawania moczu, jednakże nigdy nie było ono bolesnem. W największej liczbie przypadków mocz odznaczał się barwą ciemno-niebieską, rzadziej ciemno-zieloną. Zabarwienie to występowało już w ½ godziny po przyjęciu błękitu metylenowego. Po odstawieniu leku mocz jeszcze przez 2—8 dni zachowuje zabarwienie, stopniowo zmniejszające się.

Żadnego wpływu szkodliwego od przyjmowania błękitu metylenowego nigdy nie spostrzegano. Nawet cierpienia serca nie stanowią przeciwwskazania do użycia wzmiankowanego środka leczniczego. Jedyнным nieprzyjemnym objawem, występującym po użyciu błękitu metylenowego, jest wyżej wzmiankowane niebieskie lub zielone zabarwienie moczu.

*Wiktor Grostern.*

## Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— \* —

SZANOWNY REDAKTORZE!

Uprzejmie proszę o zamieszczenie z powodu artykułu kol. LANDEGO [Gaz. Lek. № 47] następujących kilku wyjaśnień:

1) Trudno przesądzać, co u opisanego przezemnie chorego z „niedostatecznością nerek przemijającą“ będzie po pewnym czasie. Powyższą nazwę proponowałem dla takiego tylko stanu, jaki opisałem.

2) Rozpoznawanie cierpienia nerek na zasadach, przyjętych przez DIEULAFOY i jego szkołę, nie zawsze jest właściwe. Nie mam tu miejsca na rozbiór odnośnych znanych mi prac. Zaznaczę tylko, że wiele z ich wywodów wydają mi się zupełnie nie dowiedzionymi.

3) Nie twierdzę, że w moim przypadku omawianym tkanka nerkowa „w niczem nie była naruszoną“, bo gdyby była bezwzględnie zdrową, toby i całego przypadku nie było. Twierdzę tylko, że w przypadku tym nie można było znaleźć za-

dnego dowodu takich zmian w nerkach, które my rozpoznać umiemy i na zasadzie których odnośny obraz kliniczny mianem „*nephritis*“ oznaczamy. Szereg przypadków, w których by chory, przedstawiający obraz kliniczny, zupełnie analogiczny do mego, zmarł przypadkowo z innych powodów i znalazłoby przytem w nerkach wykrywalne przy naszych metodach badania zmiany anatomiczne, może być jedynym argumentem rzeczonym przeciwko proponowanej przezemnie nazwie. Będzie faktem ważnym, jeżeli podobna wiązanka faktów się zbierze [choć trudno dziś sądzić, czy się to prędko stanie], a ja pierwszy będę zadowolony, gdy mnie to do cofnięcia tej nazwy zmusi. Dopóki jednak to miejsca niema, stać muszę przy swoim, bo musimy przecież choć nazwą właściwą odróżnić to, czego podstawy anatomicznie znamy, od tego, czego istoty anatomicznej dziś jeszcze świadomi nie jesteśmy. Jak większość faktów w nauce, tak i ta potrzeba posługiwania się funkcjonalnymi terminami, jest doczesną, ale dziś jeszcze względnie często musową. Przypadek kol. L. nie jest jednym z tych, których garstka jest potrzebna, by proponowaną przezemnie nazwę odrzucić. W jego bowiem przypadku mieliśmy napewno do czynienia z zapaleniem, za życia rozpoznać się dającym, a przynajmniej zupełnie wykluczyć się nie pozwalającym [raz notowano białko, trochę leukocytów] zapaleniem nerek. Resztę pomijam.

Wł. Janowski.



### SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

Z powodu powyższych wyjaśnień kol. JANOWSKIEGO niechaj mi będzie wolno jeszcze kilka słów powiedzieć.

1) Co się tyczy rozpoznawania choroby BRIGHT'a „na zasadach przyjętych przez ДИБУЛАФУ“, to jakkolwiek sami zauważyliśmy, że zapytywania jego w tym kierunku są może nieco przesadzone, jednak nie ulega wątpliwości, że zjawiska, o jakich mowa, zdarzają się. Zresztą, ponieważ często na sekcjach znajdujemy zmiany anatomiczne w nerkach i to nieraz dość wybitne—bez żadnych objawów przyżyciowych, lub z objawami małego natężenia—więc przyznać musimy, że „szkoła D.“ często miewa rację, duże znaczenie przypisując t. zw. „*petit signes*“ omawianego cierpienia.

2) Obecnie kol. J. nie twierdzi, że w jego przypadku tkanką nerkową „w niczem nie była naruszona“, a jednak poprzednio pisał wyraźnie: „sprawność pierwiastków anatomicznych tego narządu może już być zaburzona... ale zmian w nich jeszcze nie będzie...“; a przecież z chwilą, gdy jak obecnie, jakiegokolwiek zmiany przypuszcza, nie wolno mu kwestyi rozstrzygać jednostronnie na korzyść cierpienia wyłącznie czynnościowego. Gdyby autorowi szło tylko o „doczesny termin funkcjonalny“ nie napisałby wszak: „...mieliśmy więc w naszym przypadku do czynienia z cierpieniem czynnościowym, z niedostatecznością ich przemijającą, *insufficiencia renum transitoria*, jako chorobę samoistną, a nie jak zwykle, spowodowaną zmianami anatomicznymi w nerkach [str. 639].“ Jeżeli mówimy „*vitium*“ lub „*insufficiencia cordis*“, to też nieraz dla tego, że nie wiemy, jaka sprawa anatomiczna służy danemu cierpieniu za podstawę, ale wszak temu mianu nie nadajemy żadnego swoistego znaczenia, jak to autor w zastosowaniu do nerek uczynił.

3) Kol. J. dowodzi, że przypadek nasz nie jest przekonywający.

Wyraźnie zaznaczono w naszym artykule, iż karta szpitalna z historią choroby poprzedniej dostała się w nasze ręce już po dokonaniu badania z włók. Szczegół ten podkreślamy wcale nie dla tego, abyśmy chcieli przypisać sobie jakąkolwiek zasługę w postawieniu właściwego rozpoznania<sup>1)</sup>, ale z powodu, że właśnie w tem oświetleniu przedstawia nasz przypadek zupełną analogię z przypadkiem kolegi J.

<sup>1)</sup> Z chwilą, gdy tego rodzaju przebieg choroby BRIGHT'a był nam znany, nie w tem nie było szczególnego.

I myśmy mieli chorego, którego moczu w ciągu 4 tyg. przy możliwie dokładnem badaniu nie zawierał ani śladu białka, ani swoistych pierwiastków ukształtowanych <sup>1)</sup>. Postępując według zapatrywań kolegi J., powinniśmy w danych warunkach stawić rozpoznanie „*insuff. ren. trans.*“, gdyż kol. J. „powyższą nazwę proponował właśnie dla takiego tylko stanu“. Żeśmy się dowiedzieli o obecności przed kilku miesiącami białka w moczu, to rzecz jedynie przypadku, bynajmniej nie zmieniająca warunków obserwacji w danej chwili. A skąd pewność, że chory kolegi J. też kiedyś nie miał białkomoczu z tak lekkimi zaburzeniami podmiotowemi, że przeszły niepostrzeżenie dla wyrobnika ciężko pracującego i nie przyzwyczajonego do analizowania subtelnych swych dolegliwości. Ale mniejsza o to, są to przecież szczegóły, dotyczące tylko anamnezy, szczegóły wagi pierwszorzędnej, co prawda, mogące ułatwić lub utrudnić rozpoznanie, ale nie mogące żadną miarą zmienić bezwzględnie skonstatowanego, a przez nas podkreślonego <sup>2)</sup> raz jeszcze faktu, że białkomocz i wałki nie są warunkami *sine qua non* dla choroby Bright'a, że więc wobec ich braku nie wolno jeszcze stanowczo wykluczać tej ostatniej.

Analogia więc między naszymi przypadkami, co do punktów zasadniczych, jest zupełna, o ile dotyczy przebiegu samego cierpienia w danym jego okresie; różnem było tylko zejście.

Za życia obu pacjentów koledze J. mogły się jeszcze nasuwać pewne wątpliwości, o ile on dotychczasowe badania prof. DIEULAFOY'a i jego szkoły uważa „nie zawsze za właściwe“; po śmierci jednak naszego chorego kwestya się bardziej jeszcze wyjaśniła i, jak sądzimy, wcale nie dwuznacznie dla bezstronnego obserwatora.

Mimo to kol. J. pisze: „stać muszę przy swoim, bo musimy przecież choć nazwą właściwą odróżnić to, czego podstawy anatomiczne znamy, od tego, czego podstawy anatomiczne dziś jeszcze świadomości nie jesteśmy“, a mówi tu chyba o jakichś swoistych zmianach anatomicznych organu, którego jednak nie oglądał i nie badał, a który nie dawno jeszcze tylko w swych czynnościach miał być naruszony!

Jeżeli autor do obalenia swej tezy, wysnutej z objawów klinicznych jednego tylko przypadku, a nie popartej danemi anatomo-patologicznemi, żąda aż całego szeregu sekcyjnie stwierdzonych obserwacji, to znaczy, że od innych wymaga wiele więcej, niż od siebie samego, i że trudno mu się rozstać z ojcostwem „przemijającej niesprawności nerek“.

Z wysokim szacunkiem

A. Lande.



SZANOWNY REDAKTORZE!

Pozostawiam czasowi wyjaśnienie, kto z nas dwóch ma rację, upewniając, że będą jednakowo zadowolony, czy kwestya się w jedną lub drugą stronę rozstrzygnie; szło mi bowiem tylko o zwrócenie uwagi na fakt w celu wywołania ewentualnie prawdziwego jego oświecenia. O oryginalność zaś żadną mi tu nie idzie. Z tego powodu dyskusję tę przerywam.

Janowski.

## Wiadomości drobne.

— BLUMENAU opisuje przypadek ciężkiej złośliwej bezkrwistości, uleczonej za pomocą wewnętrznego używania surowego szpiku kostnego. 23-letni żołnierz po czerwonce spadł na bezkrwistość złośliwą, przejawiającą się osłabieniem, biciem ser-

<sup>1)</sup> Jakże mieć mogą znaczenie pojedynczo znajdowane leukocyty w moczu kobiety, chyba autor dobrze rozumie; zresztą w odnośniku drobny ten szczegół sami omówiliśmy.

<sup>2)</sup> Tu dopiero nasunąć się mogą refleksye, dla czego w pewnych przypadkach mamy do czynienia z tem dziwnem, bądź co bądź, zjawiskiem, w jaki sposób oddziaływa ustrój na daną sprawę anatomo-patologiczną, że tak dziwny obraz kliniczny spostrzegamy.