

Z KLINIKI CHOROÓB NERWOWYCH UNIW. WARSZ. [ZARZĄDZ. PROF. SZCZERBAK].

W kwestyi rozsianego zapalenia NERWÓW OBWODOWYCH.

[Rzecz zapowiedziana na Zjazd lekarzy i przyrodników
polskich w Poznaniu].

Napisał

D-r med. L. E. Bregman.

Ordynator Szpitala Starozakonnych w Warszawie.

Szanowni Panowie! Rozsiane zapalenie nerwów, stanowi jeden z najnowszych rozdziałów neuropatologii, pomimo to zajmuje ono teraz już w nauce o cierpieniach układu nerwowego miejsce bardzo pokaźne, obejmując wiele postaci chorobowych uważanych przedtem jako cierpienia rdzenia kręgowego lub przedłużonego, albo też jako cierpienia funkcyjne. Tym sposobem obraz kliniczny *polyneuritidis* stał się bardzo różnorodnym: poznano postaci z przebiegiem ostrym lub przewlekłym, takie, w których przeważają objawy ruchowe, porażenia lub bezład (*ataxia*), oraz inne, w których na pierwszym planie występują zaburzenia czucia. Z drugiej strony etyologia rozsianego zapalenia nerwów również została lepiej poznana: wszystkie niemal choroby zakaźne, otrucia ostre i przewlekłe oraz autointoksykacje mogą być przyczyną tego cierpienia. Według MOEBIUS'a etyologia daje najlepszą podstawę do rozklasyfikowania różnych postaci zapalenia nerwów, RAYMOND

**Biblioteka Główna
WUM**



w swych interesujących wykładach klinicznych przeprowadza również podział etyologiczny. Podział taki w praktyce okazałby się mógł bardzo pożytecznym, gdyby dał nam możliwość rozpoznania przyczyny choroby z samego tylko obrazu klinicznego, t. j. gdyby dla każdego z czynników etyologicznych wykryć się dały cechy znamienne, rozpoznawanie to nabrałoby tem większej wagi, gdy uwzględnimy o ile trudnem bywa nieraz dowiedzieć się prawdy, jeżeli chodzi o najczęstszą przyczynę *polyneuritidis*, o otrucia. Zdaje się jednak, że do celu tego bardzo jeszcze daleko, gdyż z wyjątkiem kilku poszczególnych postaci, jak np. porażen dyfterytycznych lub ołowianych, których pochodzenie obwodowe [a zatem i słuszność zaliczenia ich do *polyneuritis*] budzi jeszcze poważne wątpliwości, dla innych nie udało się dotąd wyodrębnić cech wyłącznie danej postaci właściwych, a z drugiej strony jedna i ta sama przyczyna spowodować może obrazy kliniczne dosyć różnorodne, tak np. na tle alkoholizmu powstać może postać ruchowa, podobna do *poliomyelitis ant.* lub *pseudotabes* z występującym na pierwszy plan bezładem, albo wreszcie, jak to najczęściej bywa, postać czuciowa. W wielu przypadkach wpływają równocześnie różne czynniki etyologiczne a obserwacya kliniczna nie daje nam możliwości określenia tej części, którą każdy z nich do wywołania choroby się przyczynił. Inny podział—według głównych objawów klinicznych [postacie ruchowe, ataktyczne, czuciowe, opuszkowe] niemniejsze w praktyce napotyka trudności, ponieważ w wielkiej części przypadków wszystkie czynności bywają w mniejszym lub większym stopniu naruszone.

Sz. Panowie! W odczycie dzisiejszym chcę przedstawić Sz. Panom spostrzeganą przezemnie w jednym wprowadzie tylko przypadku postać rozsianego cierpienia nerwów, do którejżaden z przytoczonych szematów ściśle zastosowanym być nie może, która jednak zarówno pod względem symptomatologicznym, jak i pod względem etyologicznym zasługuje, zdaniem naszym, na wyróżnienie.

Aleksander Gr. 43 lat, urzędnik z Sejn przed 8-ma miesiącami poczał doznawać pewnych trudności przy pisaniu, ręka stawała mu się jakoś niezręczną, pojawiły się róż-

ne parestezye, najprzód w prawem ręku, później w innych kończynach, a wreszcie i w tułowiu. We wszystkich kończynach chory czuje pewne równomierne osłabienie. 12 lat temu chory zaraził się przymiotem i poddał się leczeniu swoistemu raz jeden, gdyż potem już żadnych objawów syfilitycznych nie miał. Biuro, w którem chory pracuje, jest zimne i wilgotne. Od wielu lat chory używa stale napojów wysokowych [wódki, piwa], a dość często nawet się upijał.

Badając chorego, stwierdzamy przedewszystkiem, że zaburzenia ruchowe są dość słabo wyrażone, właściwego paraliżu niema wcale, siła ruchowa kończyn jest dość znaczną, chociaż w prawem ręku mniejsza, niż w lewem [chory nie jest mańkutem]. Stan odżywiania mięśni dobry, napięcie ich prawidłowe. W kończynach górnych, a głównie w prawej, sprawność ruchów okazuje się [przy zdejmowaniu szpilki ze stołu, dotykaniu końca nosa itp.] nieco naruszoną. Co się tycze czucia, to bólowe i cieplikowe pozostało niezmienione, dotykowe zaś jest w niektórych miejscach, głównie w obwodowych odcinkach kończyn, wysepkami zmniejszone. Bardzo nieznaczne były zaburzenia czucia mięśniowego oraz części głębszych [stawów, więzów itd.]; chory niekiedy tylko mylił się co do położenia swych palców u rąk, natomiast zmysł stereognostyczny okazał się najbardziej dotkniętym: chory w prawem ręku nie był w stanie poznać przedmiotów takich, jak scyzoryk, pieczętka, buteleczka itp., nie rozróżniał również monet; lewą ręką czynił to lepiej, ale też nie z należyłą pewnością.

Mięśnie, również jak i nerwy obwodowe kończyn, nie były bolesne przy naciskaniu. Odruchy kolanowe nieco wzmożone, inne prawidłowe. Objaw ROMBERG'a słabo zaznaczony. Innych zaburzeń w układzie nerwowym nie znaleźliśmy. Narządy wewnętrzne były zdrowe.

Przebieg cierpienia był od samego początku przewlekły; wszystkie przytoczone wyżej zaburzenia wzmagaly się stopniowo i zmusiły chorego do czasowego opuszczenia służby w celu leczenia się w Warszawie.

Chory spędził w klinice 1 miesiąc od 13 Grudnia 1895 do 13 Stycznia 1896 r.¹⁾: stosowaliśmy ciepłe wanny, farydyczne kąpiele dla kończyn, frankliuizację, do wewnątrz *Kali jodatum*, *Kali bromatum*, żelazo pod postacią *Tinct Bestuscheffii*, a w końcu zastrzykiwania podskórne *Strychnini nitrici* [14 inj. po 0,001]. Po upływie miesiąca stan chorego poprawił się nieco, zwłaszcza parestezye mniej mu dokuczały, lecz niestety z powodu kończenia się urlopu zmuszony był przerwać leczenie i powrócić do domu.

Gdzie należy umiejscowić cierpienie naszego chorego? Jakiej natury jest to cierpienie? Który z przytoczonych w historii choroby czynników etyologicznych odegrał tu rolę główną? Oto szereg pytań nad którymi zastanowić się musimy.

Co się tyczy pierwszego pytania, to odpowiedź, zdaniem naszym, w przypadku tym nie może być wątpliwą: sprawę chorobową z największym prawdopodobieństwem umiejscowić możemy w nerwach obwodowych. Nie mamy u naszego chorego ani jednego objawu, któryby mógł służyć za dowód zajęcia rdzenia lub mózgu, a całość obrazu chorobowego, zarówno jak i rozwój cierpienia, nie dadzą się pogodzić z żadnem ze znanych cierpień ośrodków nerwowych. Nie może tu być mowy ani o wieloogniskowem stwardnieniu (*sclerosis multiplex*), ani o syringomyelii, ani wreszcie o przymiocie mózgowo-rdzeniowym. Jedyne cierpienie, które powinnyby jeszcze być wziętem pod uwagę, mianowicie wiać rdzenia, zgodnie z przyjętymi powszechnie zasadami, wobec braku objawów ARGYLL-ROBERTSON'a i WESTPHAL'a, zaburzeń pęcherza, bólów itd., odrzucić musimy.

Przyjmując zatem z konieczności umiejscowienie sprawy w nerwach obwodowych, podkreślić musimy następujące właściwości naszego przypadku, które wyróżniają go z pomiędzy znanych postaci rozsianego zapalenia nerwów:

1) Przewlekły rozwój cierpienia—w ciągu 8 miesięcy zaburzenia wzmagaly się stopniowo.

¹⁾ Chory skierowany został do kliniki przez kol. A. WIZLA.

2) Niezwykły zbiór objawów: lekka ataksya kończyn górnych i nieznaczne osłabienie ich przy braku właściwego porażenia oraz zaników mięśni, zaburzenia czuciowe, w pierwszej linii zmysłu stereognostycznego, w mniejszej mierze czucia dotykowego i części głębszych. Ze względu na bezład możnaby przypadek ten zaliczyć do t. z. *pseudotabes peripherica*, atoli w postaci tej charakterystycznym jest szybki rozwój cierpienia, który usprawiedliwia nazwę „ostrego bezładu“ (*acute ataxie*) nadaną jej pierwotnie przez LEYDEN'a. Dalej, w *pseudotabes* najbardziej i najczęściej dotknięte bywają kończyny dolne [również, jak i w wiądzie prawdziwym]; nieznany mi jest ani jeden przypadek z literatury, w którymby, jak w naszym bezład ograniczył się wyłącznie do kończyn górnych.

3) Zaznaczyć musimy zupełny brak bólów i brak bolesności nerwów przy naciskaniu. Zestawiając tę okoliczność z przewlekłym rozwojem sprawy, wydaje nam się słusznem przypuszczenie, iż mamy przed sobą sprawę w nerwach obwodowych natury czysto degeneracyjnej bez wyraźnych oznak zapalenia. Jaka jest przyczyna tego zwyrodnienia? Z wywiadów dowiedzieliśmy się o 3-ch momentach, mogących mieć znaczenie etyologiczne, mianowicie nadużyciach alkoholu, wpływach reumatycznych i przymiocie. Pierwsze 2, jak wiadomo, najczęściej powodują rozsiane zapalenie nerwów; natomiast rola etyologiczna przymiotu, według rozpowszechnionego mniemania, jest w cierpieniu tem nieznaczna. Większe, jak się zdaje, aczkolwiek podlegające jeszcze dyskusyi, znaczenie ma zwyrodnienie nerwów obwodowych w t. zw. cierpieniach parasyfilitycznych, a głównie w wiądzie rdzenia. Zdaniem LEYDEN'a, tu leży punkt wyjścia sprawy tabetycznej—zmiany w rdzeniu następują wtórnie. Znaczną część objawów wiądu, a przedewszystkiem zaburzenia czucia, tłumaczy on zajęciem nerwów obwodowych, bezład zaś ma być tylko następstwem owych zaburzeń. Poglądy tego wybitnego autora nie znalazły wprawdzie ogólnego uznania, tem bardziej że zaprzeczał on uporczywie stwierdzonemu przez wszystkich niemal związkowi przyczynowemu między wiądem rdzenia i przymiotem; bądź

co bądź jednak szeregiem badań licznych autorów zostało dowiedzione, że zwyrodnienie nerwów obwodowych spotyka się w wiądzie rdzenia dość często, a zatem i do powstawania objawów klinicznych przyczynić się niewątpliwie może. W naszym przypadku, jak już wyżej wspomnieliśmy, *tabes* wykluczyć możemy z pewnością. Rodzi się jednak pytanie, czy, mając przed sobą postępującą sprawę degeneracyjną w nerwach obwodowych, wyrażającą się klinicznie pod postacią zaburzeń czucia i bezładu, a niepodobną wcale do zwykłych postaci *polyneuritidis alcoholicae* lub *rheumaticae*, czy nie należy raczej uczynić ją zależną od 3-go z wymienionych powyżej czynników, od przymiotu. Być może, że mamy do czynienia z [parasyfilitycznym] zwyrodnieniem nerwów obwodowych, które w tym razie występuje samodzielnie, podczas gdy w wiądzie rdzenia jest ono tylko częścią sprawy anatomicznej.

Z PRACOWNI CHEMICZNEJ PROF. EICHHORSTA W ZURYCHU.

PRZYCZYNEK OO TEORII GORĄCZKI.

Podał

D-r W. D. Moraczewski.

I.

WSTĘP.

Zatrzymywanie chlorków i wydzielanie nadmierne azotu w organizmie w czasie gorączki należą do prawd tak dobrze znanych i tak dobrze ugruntowanych, że wszelka kontrola ich wydaje się zbyteczną.

Niema nazwiska głośnego w świecie nauki, którego napotkać by nie można na liście autorów, traktujących o gorączce. Najdawniejsze prace przedmiotu tego dotyczą. Najlepsze spostrzeżenia, najpoważniejsze badania poświęcono studjom nad gorączką. I chociaż jej powody do dzisiaj nie są znane, to przecież towarzyszące jej zmiany w moczu i objawy gorączki zbadano dostatecznie. W historii tych badań zauważyć można pewną lukę. Po klasycznych doświadczeniach i drobiazgowych spostrzeżeniach nastąpiło jakby zniechęcenie do dalszych poszukiwań nad niewdzięcznym tym tematem. Niedawne czasy wykazują po-

nowne zajęcie się tym przedmiotem, wywołane rezultatami badań nad [malaryą] zimnicą. I moje doświadczenia spowodowane zostały pracą przyjaciela mego i kolegi D-ra HITZIG'a, który, dzieląc się ze mną rezultatami spostrzeżeń, zachęcił mnie do przedsięwzięcia nowych poszukiwań nad tą pełną tajemnic sprawą.

Dawniejszych prac wyniki przeszły już na własność uczonego świata; ograniczyć się zatem mogę do przypomnienia nazwisk TRAUBE'go i JOCHMANN'a [1], REITENBACHER'a [2], E. RINGER'a [3], BRATTLER'a [4], HAKTHAUSEN'a [5], ROSENSTEIN'a [6], RIESENFELD'a [7], UMUI'a [8], SALKOWSKIEGO [9], HUPPERT'a [10], których prace dotyczyły klinicznych spostrzeżeń. Prace doświadczalne SCHLEICH'a [11], NAUNYN'a [13], ZULZER'a [14] doprowadziły mniej więcej do tych samych rezultatów. Wreszcie wymienię HALLERVORDEN'a [12], ROHMANN'a [13], którzy wraz z SALKOWSKIM oddawali się badaniu poszczególnych składników moczu [ammoniak, soli potasowych, fosforu etc.], i prace SENATOR'a [16], LIEBERMEISTER'a [17] i LEYDEN'a [18] o doniosłości ogólnej. Wszystkie te prace ugruntowały naukę o gorączce i dały jej obraz w formach dość wyraźnie zakreślonych, obraz, spotykany w dziełach o gorączce LIEBERMEISTER'a, GLUZIŃSKIEGO v. NOORDEN'a¹⁾ itp.

Obraz ten znany wszyscy. W gorączce wydziela organizm mocz stężony, zawierający dużo azotowych związków [NAUNYN], fosforu i soli potasowych [SALKOWSKY], natomiast mało chloru [ROHMANN]. Zdawałoby się, że nic tu dodać ani ująć nie można; tem większą zwrócić musiały uwagę badania v. LIEMBECK'a [18], v. TERRAY'a [20], S. REMORICI i W. CACCINI'ego [21] nad zimnicą, które psuły trochę harmonię skreślonego obrazu.

Zimnica, owa skrócona gorączka, powodowała zmiany w moczu, których nie spostrzegano dawniej, albo, spostrzegając, nie nadawano znaczenia. Nie mogło ująć uwagi tak

¹⁾ Pathologie u. Therapie d. Stoffwechsels 1893.

wybitnych badaczy, jak wyżej wymienieni, że ilość azotu po gorączce się wzmacza [ROSENSTEIN, HUPPERT, NAUNYN], że chlor po ustaniu gorączki wydzielony bywa w mniejszej ilości, niż w czasie gorączki [S. RINGER]. Sole potasowe zachowaniem się swoim w moczu odróżniały się bardzo od innych składników [SALKOWSKY], ale, jak już wspomniałem, nie dociekano tych nienormalności i nie przywiązywano do nich zbyt wielkiej wagi. Badanie moczu nie jest rzeczą łatwą; sądzono tedy, że pomyłki wkraść się muszą. Dopiero studia LIMBECK'a i TERRAY'a, które wykazały stanowczo, że chlor w czasie gorączki wydzielany bywa nadmiernie, dały spostrzeżeniom dawniejszym inne znaczenie. Godziło się zatem zbadać inne typy gorączki w ten sam sposób, w jaki badano zimnicę, aby przekonać się, czy to nie wpływa na jakość wyników. Mocz w zimnicy zbierano bowiem nie z całego dnia, tylko z godzin kilku, w których temperatura przyjmowała pewną wysokość. Wogóle stosunek zmian temperatury do zmian w moczu uwzględniano dokładniej, a nadto częściej, niż zazwyczaj, badano mocz.

Zadaniem mojem było zastosować tę samą metodę przy badaniu moczu w innych formach gorączki, a szczególnie w chwilach podwyższania lub obniżania temperatury. Wyniki, otrzymane tą drogą, rzucają pewne światło na sprawę, w organizmie zachodzące, i przyczynić się mogą do poznania gorączki. Doświadczeniom naszym poddaliśmy wszystkie znane formy gorączki: zimnicę, zapalenie płuc, tyfus i gorączkę hektyczną.

II.

Metody badania.

Metody, stosowane w doświadczeniach naszych, były następujące:

Chorzy trzymeni byli w łóżku przez cały czas doświadczenia i żywieni wyłącznie pokarmami przez nas chemicznie zbadanymi. O ile można było, starano się ilości

pokarmu przez cały czas doświadczenia nie zmieniać. Temperaturę mierzono w pewnych odstępach czasu: w tyfusie i zapaleniu płuc trzy do czterech razy dziennie, w zimnicy i gorączce hektycznej co trzy godziny, czasem częściej. Przed kryzysem i po kryzysie mierzono częściej, aby przejście dokładnie oznaczyć. Bliższe szczegóły, dotyczące tej sprawy, omówimy przy doświadczeniach. Chorzy byli wszyscy męskiego rodzaju [z wyjątkiem przypadku gorączki hektycznej]. Wszyscy oddawali mocz bezpośrednio przed oddawaniem kału, aby moczu nie tracić; ilość z dnia całego była skrupulatnie zbierana i mierzona.

Badanie potraw uskuteczniałem swoją metodą, którą opisywałem nieraz w poprzednich pracach moich. Ograniczę się zatem do krótkich wskazówek. Azot w pokarmach oznaczałem zawsze metodą KJELDAL'a, używając siarczanu miedzianego i kwasu siarkowego na wpół z dymiącym do rozłożenia substancji organicznej. Ammoniak wypędzałem ługiem sodowym i zbierałem w normalnym kwasie siarczanym, zabarwionym koszenilą. Nadmiar kwasu miareczkowałem $\frac{1}{4}$ normalnym ługiem. Chlor w pokarmach oznaczałem zmodyfikowaną metodą VOLHARD'a. Do 1—3 grm. substancji, zawartej w kolbce ze szkła twardego, wpuszczałem ilość $\frac{1}{10}$ n. roztworu azotanu srebra¹⁾ i zalewałem kwasem azotnym stężonym. Po zagotowaniu z kwasem zostawiałem czas jakiś na ogniu, dopóki kwas nie wygotował się prawie do suchości. Natenczas rozcieńczałem zawartość kolbki wodą, wygotowywałem w celu usunięcia tlenków azotu i, po ostudzeniu, miareczkowałem nadmiar srebra roztworem siarko-sinku potasowego, ustawionego na roztwór azotanu srebra, używając alunu żelazowego jako wskaźnika [indicator]. Oznaczenie fosforu odbywało się podobnie. I tu 1 do 3 grm. substancji zalewano w kolbie ze szkła czeskiego kwasem azotnym stężonym, wygotowywano do sucha i po rozcieńczeniu równą

¹⁾ 17 grm. stopionego azotanu srebrowego na 1 litr wody tył owanej.

objętością wody przesycano roztworem molybdenatu amonowego. [1 część molybdenatu na 15 części kw. azotnego o ciężarze 1.12]. Po trzech dniach odsączano fosforowy związek molybdenu, wymywano roztworem tegoż molybdenu amonowego, rozcieńczonym jednaką ilością wody, i rozpuszczano w amoniaku żrącym. Roztwór, zawierający fosforan amonowy, strącano mieszaniną magnezjalną i odsączano po 24 godzinach, jako fosforan ammono-magnowy. Wapno oznaczyć można w odsączu pierwszym albo, rozłożywszy organiczne ciała jak wyżej, strącać szczawianem amonowym w roztworze kwasu octowego.

Oznaczenie potasu i sodu wymaga zwęglenia substancji organicznej, co za dodaniem siarczanu amonowego na małym płomieniu wykonać się daje. Siarczan potasu ma zamienić związki potasu i sodu na siarczany mało lotne i wytrzymujące temperaturę płomienną. Po zwęgleniu i wyżarzeniu rozpuszczamy popiół w wodzie i, dodawszy wodanu barowego, zamieniamy siarczany na chlorki przez chlorek barowy; nadmiar soli barowych strącamy węglanem amonu i przesączamy. Przesącz parujemy do zupełnej suchości i wypędzamy sok amonowy nad płomieniem gazowym, baczając, aby temperatury zbyt nie podnosić. Ważymy zawartość tygla po wypróżnieniu soli amonowych. Odpowiada ona ilości chlorku sodu i potasu. Rozpuszczamy związane sole w wodzie i strącamy potas chlorkiem platynowym. Oddzieliwszy na sączku sól potasową chlorku platynowego, wymywamy ją alkoholem i eterem i rozpuszczamy w wodzie wrzącej. Roztwór zbieramy do tygla platynowego, parujemy, suszymy i ważymy. Ilość potasu pozwala nam na obliczenie ilości sodu z sumy poprzedniej.

Składniki moczu oznaczałem znanymi sposobami, trzymając się mniej więcej książki HUPPERT'a [NEUBAUER'a i VOGEL'a]. Zatem azot metodą KJELDAL'a, chlor metodą VOLHARD'a, fosfor metodą NEUBAUER'a, wapno podobnie. Ammoniak metodą SCHLISSING'a, kwas moczowy metodą LUDWIG'a i SALKOWSKIEGO, zasady ksantynowe metodą moją, podaną w „Przeglądzie Lekarskim, wreszcie sól i potas wyżej opisanym sposobem.

Składniki kału oznaczałem temi samemi sposobami, które podałem dla oznaczenia składu żywności.

Doświadczenia nasze, których dokładny opis zostawiamy do omówienia poszczególnych przypadków, zestawiliśmy w tablicach.

Tablice mieszczą rubryki składu procentowego moczu, rubrykę całkowitych ilości dziennych, [w niektórych przypadkach ilości godzinnych] obok rubryk ze składnikami kału, żywności, temperatury i bilansu¹⁾.

Inne tablice przedstawiają stosunek ilości składników do ilości azotu. Tworzenie stosunku fosforu do azotu przez ZULZER'a, wprowadzone w naszych doświadczeniach, było bardzo na miejscu i oddało nam ważne usługi, uplastyczniając rezulaty. Rozumiemy, że wszelkie tworzenie stosunków, nie tylko do azotu, mogłoby dać ciekawe wyniki. Wybraliśmy azot, ponieważ w gorączce zmianom ulega najprawdłowszym i poniekąd uchodzić może za coś stałego. Zostawiając innym tworzenie stosunków do chloru, wapna lub fosforu, nie wątpimy, że rezultaty sownie opłacą uciążliwe wyrachowanie takich liczb.

III.

Część doświadczalna.

Przypadek I. Z. A., lat 32. Dur brzuszny.

Wywiady upewniają nas, że chory pochodzi ze zdrowej rodziny, nie chorował przedtem nigdy. Przed dwunastu dniami uczuł uiedomaganie.

Stan obecny chorego nie wykazuje żadnych powikłań. Oprócz obrzęku śledziony i lekkiej wysypki (*roseola*), nie daje się żadna zmiana wykazać. Chory kąpie się codziennie. Ma rozwolnienie. Sen i apetyt względnie dobry.

¹⁾ Jeżeli organizm wydzieliał mniej składnika, niż było go w żywności, jeżeli go zatem zatrzymywał, oznaczaliśmy +, jeżeli wydzieliał więcej, zatem tracił ten składnik, oznaczaliśmy —.

Przypadek ten miał nam dać przykład przebiegu gorączki, a mianowicie wykazać typowe zmiany w wydzielaniu chloru, fosforu, azotu etc. Dla dokładniejszej oceny poddaliśmy badaniu jego żywność. Wydzieliny przez кишки uwzględnione nie były, ponieważ badaliśmy nie ciągle, lecz w dniach szczególnych, przez nas jako typowe wybranych.

Chory spożywał dziennie	1200	ctm. sześć.	mleka
„ „ „	800	„ „	rosółu
„ „ „	800—500	„ „	wina

Według naszych obliczeń, pokarm ten zawiera:

10,340	gram.	azotu
6,246	„	chloru
1,260	„	fosforu
1,740	„	wapna
2,748	„	potasu
3,562	„	sodu

Żywność nie była przez cały czas choroby, a zatem i w dniach na doświadczenie wybranych, zmieniana.

Temperatura była przeciętnie:

38.9°	puls 105	uderzeń	pierwszego dnia
37.6°	„ 84	„	drugiego „
36.4°	„ 73	„	trzeciego „

Dni te nie następowały po sobie, lecz były wybrane dowolnie. Przy wyborze kierowaliśmy się temperaturą.

Mocz w takie dnie zbierano ze szczególną dokładnością, przyczem zbierano mocz dzienny osobno, a nocny — osobno. Pierwszy zbierany był od godziny 6-iej rano do 6-iej wieczór. Drugi od 6-iej wieczór do 6-iej rano.

Temperaturę mierzono cztery razy: o godzinie 6-iej rano, 12-iej w południe, 3-iej po południu i 6 ej wieczorem.

TABLICA I.

Temperatura 38.6, 39.5, 38.1, 38.5.

Puls 106, 108, 104, 100.

Ilość moczu od szóstej rano do szóstej wieczór
1300 ctm, ciężar gatunkowy 1,015.

	W %	Dziennie grm.	Na godzinę grm.
N	1,001	13,013	1,084
Cl	0,212	2,756	0,229
P	0,0877	1,141	0,095
Ca	0,0082	0,106	0,009
K	0,159	2,067	0,172
Na	0,149	1,937	0,161
Mocznika . .	0,840	10,920	0,910
kw. moczowego	0,014	0,182	0,015
zasad. alloks.	0,018	0,234	0,019
„ ksant.	0,004	0,052	0,004
NH ₃	0,0574	0,742	0,062

Ilość moczu od 6-ej wieczorem do 6-ej rano 590 ctm.,
ciężar gatunkowy 1,016.

	W ‰	Dziennie grm.	Na godzinę grm.
N	1,218	7,186	0,599
Cl	0,206	1,215	0,101
P	0,1177	0,694	0,058
Ca	0,0058	0,034	0,003
K	0,183	1,079	0,090
Na	0,116	0,684	0,057
Mocznik	0,984	5,806	0,484
Kw. moczowy	0,012	0,0708	0,006
Zasad. aloksur.	0,021	0,1770	0,015
„ ksant.	0,009	0,0531	0,004
NH ₃	0,0791	0,466	0,040

Bilans dzienny.

	Pokarmy	Mocz	Rezultat
Na	10,340	20,199	— 9,859 grm. azotu stracono
Cl	6,246	3,971	+ 2,275 „ chloru zatrz.
P	1,260	1,835	— 0,575 „ fosforu strac.
Ca	1,740	0,140	+ 1,600 „ wapna zatrz.
K	2,748	3,146	— 0,398 „ potasu strac.
Na	3,562	2,621	+ 0,941 „ sodu zatrzym.
		16,726 grm. mocznika	
		0,253 „ kw. moczowego	
		0,411 „ zasad alloksur.	
		0,158 „ „ ksantyn.	
		1,208 „ ammoniaku	

Wyniki tego badania są typowe. Strata azotu, fosforu i potasu—zatrzymywanie chloru, wapna i sodu. Gdybyśmy doliczyli składniki kału, wynik nie zmieniłby się zgoła. Wtedy bowiem azot, fosfor i potas byłyby wydzielone w większych jeszcze ilościach, natomiast chlor i sod małej uległyby zmianie, ponieważ składniki te słabo są zastąpione w kalie. Jedno wapno mniejszą wykazywałoby liczbę, ale w każdym razie ustалоby przy ostatecznym rezultacie—zatrzymywania w organizmie.

TABLICA II.

Drugi dzień. Temperatura 37.2, 36.8, 38.2, 38.1.

Puls 76, 80, 92, 88.

Ilość moczu 510 ctm. od 6 ej rano do 6 ej wieczorem.

Ciężar gatunkowy 1,013.

	W %	Dziennie grm.	Na godzinę grm.
N	0,7945	4,052	0,338
Cl	0,2548	1,299	0,108
P	0,0594	0,3029	0,025
Ca	0,0055	0,0281	0,002
K	0,117	0,5967	0,049
Na	0,167	0,8517	0,071
Moczniku	0,672	3,427	0,289
Kw. moczowy	0,0098	0,0499	0,004
Zasad. alloks.	0,0126	0,0643	0,005
„ ksant.	0,0028	0,0144	0,001
NH ₃	0,0434	0,2213	0,018

Ilość moczu 380 ctm. od 6-ej wieczorem do 6-ej rano, ciężar gatunkowy 1,020.

	W %	Dziennie grm.	Na godzinę grm.
N	1,330	5,054	0,421
Cl	0,3094	1,295	0,108
P	0,1566	0,710	0,060
Ca	0,0075	0,0285	0,002
K	0,1877	0,713	0,060
Na	0,2126	0,806	0,065
Moczniku	1,176	4,474	0,373
Kw. moczowy	0,017	0,0646	0,005
Zasad. alloks.	0,0224	0,0851	0,007
" ksant.	0,0054	0,0205	0,002
NH ₃	0,0616	0,2341	0,020

Bilans dzienny.

	Pokarmy	Mocz	Rezultat
N	10,340	9,106	+ 1,234
Cl	6,246	2,594	+ 3,652
P	1,260	1,013	+ 0,247
Ca	1,740	0,056	+ 1,684
K	2,748	1,319	+ 1,429
Na	3,562	1,657	+ 1,904
		7,901	grm. mocznik
		0,1145	" kw. moczowy
		0,1494	" zasad alloksur.
		0,0349	" " ksantyn.
		0,4554	" ammoniak

Drugi dzień, mający przedstawiać stadium obniżania się temperatury, wykazuje zatrzymanie wszystkich składników moczu. Wprawdzie rezultat otrzymaliśmy, nie uwzględniając kału, który zawiera dużo wapna, fosforu, azotu i potasu. Biorąc pod uwagę przeciętne ilości (N. 1 gr. P. 0,5 g. K. 0,3 g.), możemy o tyle rezultaty zmienić, że

azot i fosfor będą w równowadze, fosfor może nawet nadmiernie wydzielony. Poza tem rezultat zostanie bez zmiany, bo ani na ilość chloru, ani na ilość sodu i potasu zawarte w kale składniki wpływu mieć nie mogą; wapno mniej byłoby zatrzymywane, ale prawdopodobnie znaku + na — nie zmieni. Widzimy tedy, uwzględniając wyżej wymienione wpływy, że stadyum, następujące bezpośrednio po gorączce, wykazuje zatrzymanie chloru, wapna, sodu i potasu, nadmierne wydzielanie fosforu i równowagę azotu.

Do podobnych wniosków doszlibyśmy, rozpatrując wydzielanie godzinne albo nawet skład procentowy moczu.

TABLICA III.

Trzeci dzień. Temperatura 36.4, 36.6, 36.0, 36.5.

Tętno 66, 68, 68, 76.

Ilość moczu od 6-ej rano do 6-ej wieczór 1200 ctm.

Ciężar gatunkowy 1,013.

	W %	Dziennie grm.	Na godzinę grm.
N	0,7945	9,534	0,7945
Cl	0,3944	4,733	0,3944
P	0,0454	0,545	0,0454
Ca	0,0090	0,108	0,0090
K	0,199	2,488	0,1990
Na	0,204	2,348	0,204
Mocznik	0,680	8,160	0,680
Kw. moczowy	0,009	0,108	0,009
Zasad alloxur.	0,0136	0,163	0,0136
„ ksantyn.	0,0046	0,055	0,0046
NH ₃	0,0420	0,504	0,0420

Ilość moczu od 6-ej wieczór do 6-ej rano 560 ctm.
Ciężar gatunkowy 1,019.

	W %	Dziennie grm.	Na godzinę grm.
N	1,155	6,468	0,539
Cl	0,4368	2,445	0,204
P	0,0864	0,484	0,041
Ca	0,0064	0,0358	0,003
K	0,297	1,663	0,139
Na	0,209	1,171	0,099
Mocznik	0,966	5,409	0,451
Kw. moczowy	0,014	0,0784	0,006
Zasad alloxur.	0,0189	0,1058	0,009
„ ksantyn.	0,0049	0,0274	0,003
NH ₃	0,0616	0,3449	0,029

Bilans dzienny.

	Pożywienie	Mocz	Rezultat
N	10,340	16,002	— 5,662
Cl	6,246	7,178	— 0,932
P	1,260	1,029	+ 0,231
Ca	1,740	0,144	+ 1,596
K	2,748	4,051	— 1,303
Na	3,562	0,619	— 0,057
		13,569 grm. moczniku	
		0,186 „ kw. moczowy	
		0,269 „ zasad. alloxur.	
		0,083 „ „ ksantyn.	
		0,849 „ amoniaku	

Zestawienie wyników dnia bezgorączkowego okazuje stratę w azocie, chlorze, solach potasowych i sodowych, zatrzymanie fosforu i wapna. I tutaj trzeba doliczyć ilości składników, w kale zawarte. Przyjmując liczby przeciętne, dojdziemy do wniosku, że tylko fosfor uledeć mógłby zasadniczej zmianie, t. j. być nadmiernie wydalonym albo zachować się w równowadze. Na inne składniki doliczenie wydzielonych w kale ilości mało wpływa. Azot jeszcze obficie wydzieliał się, niż wskazuje tablica, podobnież chlor, sod, potas. Wapno prawdopodobnie w mniejszej

ilości zatrzymane będzie. Nadmierne wydzielanie azotu nie powinno nas dziwić, wobec tego że organizm przy szczupłym pożywieniu — odpowiadającym dyecie w gorączce—musiał zachować się, jak głodzony. Zauważmy wszelako, że nadmiernego wydzielenia azotu i potasu zatrzymać nie mógł, mimo że wydzielanie innych składników regulował. Wyraźniejszy obraz otrzymujemy, porównywając ogólne wydzielanie dzienne albo godzinne, albo rozbijając skład procentowy moczu. Wszędzie widać wyraźnie, że chlor, sód, potas nadmiernie się wydzielają, że natomiast spada wydzielanie się azotu i fosforu.

Typowy obraz gorączki uplastycznia się ponieważ jeszcze bardziej w zestawieniu wydzielenia stosunkowego w Tablicy IV.

TABLICA IV.

T.	$\frac{\text{Cl}}{\text{N}}$	$\frac{\text{P}}{\text{N}}$	$\frac{\text{Ca}}{\text{N}}$	$\frac{\text{K}}{\text{N}}$	$\frac{\text{Na}}{\text{N}}$
39°	0,198	0,092	0,007	0,157	0,131
37°. ⁵	0,286	0,111	0,006	0,146	0,182
36°	0,448	0,064	0,009	0,253	0,226

T.	$\frac{\text{Moczuika}}{\text{N}}$	$\frac{\text{kw. moczow.}}{\text{N}}$	$\frac{\text{alloksurow.}}{\text{N}}$	$\frac{\text{NH}_3}{\text{N}}$
39°	0,836	0,0126	0,0205	0,0604
37°. ⁵	0,868	0,0125	0,0164	0,0500
36°	0,848	0,0084	0,0168	0,053

Widzimy z powyższego zestawienia, że chlor wydzielają się tem obficie, im więcej opada temperatura, że fosfor zachowuje się odwrotnie, szczególnie, jeżeli opuścimy liczby środkowe i rozpatrywać będziemy tylko pierwszy i trzeci szereg.

Wszystko, co dawni autorowie spostrzegali, występuje zupełnie wyraźnie w tych liczbach. Dodajmy, jako mniej znaną okoliczność, że wapno zachowaniem swem przypomina chlor i że sole potasowe czynią podobnie. Szczególną uwagę godzi się poświęcić składnikom azotowym moczu, o których dotąd mało mówiliśmy. Owóż mocznik wydziela się skąpiej w czasie gorączki, albowiem wtedy część azotu występuje w formie kw. moczowego, ammoniak i zasady ksantynowych. Po ustaniu gorączki zmienia się obraz: ammoniak spada, z nim kw. moczowy i zasady ksantynowe, a zatem wzrasta wydzielenie mocznika. Tyle co do zmian w czasie gorączki; doświadczenie nasze powiększyłoby szereg badań w tym kierunku dokonanych gdyby nie zaakcentowanie stadyum pośredniego, którego badanie za cel sobie postawiliśmy.

Nawet dzień wybrany na chybił trafił ze stadyum pogorączkowego wykazuje liczne szczegóły, których nie widać w pracach dawniejszych. Szczegóły te dotyczą fosforu, wapna, potasu i związków azotowych. Ilość wydzielonego fosforu w r a s t a pod wpływem o b n i ż a n i a się temperatury i wzrastanie owo jest dość znaczne, a dotyczy stadyum, graniczącego bezpośrednio z gorączką. Widzimy tedy, że składnik, który miał według zasady dawnej mniej się wydzielać, wydziela się obficiej.

Sole potasowe wydzielane zostają skąpiej. Od czasów głośniejszej pracy SALKOWSKIEGO znanym jest, choć nie wytłomaczonym, ten szczegół. Dziwniejsza, że sole wapniowe, które mają wydzielać się potem o b f i c i e j, w stadyum p o w s z e d n i e m s p a d a j ą; podobnie zachowuje się ammoniak. Natomiast inne ciała, jak mocznik, idą śladami fosforu; zasady alloksurowe spadają niżej, niż w stadyum następnem. Słowem, widzimy z tego przykładu, że stadyum pogorączkowe nie jest przejściowem do stadyum bezgorączkowego, lecz raczej wykazuje wzmocnione objawy gorączki.

Następne przykłady przyczynią się do ugruntowania tego zdania.

Przypadek drugi. Z. A., lat 32 (dur brzuszny).

Wywiady. Pacjent pochodzi ze zdrowej rodziny, nie chorował dotąd poważnie. Niemoc obecna opanowała go przed dwunastu dniami. Stracił sen i apetyt.

Stan obecny chorego nie przedstawia żadnych powikłań. Narządy wewnętrzne nie wykazują zmian poważnych, oprócz lekkiego obrzęku śledziony. W początku naszego doświadczenia stan gorączkowy był stosunkowo mniejszy, powiększał się stopniowo i opadał. Mieliśmy zatem możliwość obserwowania typu gorączki, w której ciepłota wzrasta do pewnej wysokości, trwa na niej i opada powoli. Zupełnie prawidłowego przebiegu spodziewać się nie można było. Jakoż, zarówno w epoce podnoszenia się ciepłoty, jak i w epoce wracania ciepłoty do normy, napotykałyśmy bądź wyższe, bądź niższe stopnie gorączki. Takie zmiany były jednak dla nas pożądane, bo przyczyniały się do poznania zależności wydzielania od wahań temperatury. Ciepłotę mierzono cztery razy na dzień. Chory kąpał się codziennie wieczorem. Pożywienie składało się, jak zwykle, z płynów, z mleka 1200 ctm., buljonu 500 i 800 ctm. wina. Według naszych obliczeń pokarm ten zawiera:

10,340	gramów	azotu
6,246	"	chloru
1,260	"	fosforu
1,740	"	wapna
2,748	"	potasu
3,562	"	sodu

Dyeta była zachowana bez zmiany przez czas całej seryi doświadczeń.

Mocz zbierano nader starannie, uważając, aby przy oddawaniu stolca strat uniknąć. Co dnia oznaczano w nim składniki wyliczone w tablicach, mierzono ilość i ciężar gatunkowy.

Kał zebrany w ciągu dni doświadczeń zważono (3,150 grm.) i oznaczono w nim zawartość azotu, chloru etc.. poczem obliczono ogólną ilość wydzielonych składników i rozdzielono na dzienne ilości.

TABLICA IV.

Data	W %	Ogółem	W kale	Żywność	Bilans	Temperatura, tętno, ilość moczu, ciężar gatunkowy.
14/VII.						
N	2,289	18,312	0,5267	10,340	—	39.0, 39.5
Cl	0,2427	1,9416	0,466	6,246	+	92, 100
P	0,1450	1,1600	0,2912	1,260	—	39.0, 38.6
Ca	0,0175	0,1400	0,1900	1,740	+	96, 92
K	0,0985	0,7880	0,3795	2,748	+	Ilość moczu 800 ctm.
Na	0,0905	0,7240	0,1683	3,562	+	Ciężar gatunkowy 1,026
Mocznik	1,8060	14,448				
Kw. moczowy	0,0224	0,1792				
Zasad alloksur.	0,0289	0,2312				
" ksantyn.	0,0065	0,0520				
" amoniak	0,0904	0,7224				
15/VII.						
N	1,757	14,507			—	37.8, 38.4
Cl	0,4371	3,496			+	100, 96
P	0,1250	1,025			—	38.5, 39.0
Ca	0,0222	0,1810			+	100, 92
K	0,0802	0,6576			+	Ilość moczu 820 ctm.
Na	0,1495	0,2259			+	Ciężar gatunkowy 1,027
			jak wyżej	jak wyżej		

[illegible]

Data	W %	Ogółem	W kale	Żywność	Bilans	Temperatura, tętno, ilość moczu, ciężar gatunkowy.
Mocznik	1,7360	12,1520	jak wyżej	jak wyżej	— + — + + + +	36,5, 38,1 84, 96 39,8, 39,0 92, 90 Ilość moczu 800 ctm. Ciężar gatunkowy 1,026.
kw. moczowy	0,02345	0,1641				
zasad alkoks.	0,03174	0,2221				
ksantyn.	0,00829	0,0580				
ammoniak	0,0972	0,6804				
18/VII. N	2,037	16,296	jak wyżej	jak wyżej	— + — + + + +	38,0, 39,4 92, 96 40,1, 39,0 100, 100 Ilość moczu 500 ctm. Ciężar gatunkowy 1,030.
Cl	0,3034	2,427				
P	0,1890	1,512				
Ca	0,0288	0,230				
K	0,0893	0,7144				
Na	0,0785	0,6280	jak wyżej	jak wyżej	— + + + + + +	38,0, 39,4 92, 96 40,1, 39,0 100, 100 Ilość moczu 500 ctm. Ciężar gatunkowy 1,030.
Mocznik	1,708	13,664				
kw. moczowy	0,0297	0,2380				
zasad alkoks.	0,0389	0,3115				
ksantyn.	0,0092	0,0755				
NH ₃	0,1127	0,9016	jak wyżej	jak wyżej	— + + + + + +	38,0, 39,4 92, 96 40,1, 39,0 100, 100 Ilość moczu 500 ctm. Ciężar gatunkowy 1,030.
19/VII. N	1,9915	9,9575				
Cl	0,3034	1,517				
P	0,1425	0,713				
Ca	0,01793	0,0897				
K	0,1125	0,5625				
Na	0,0459	0,2295				

Mocznik kw. moczowy zasad alloxsur. " ksantyn. NH ₃	1,708	8,540	jak wyżej	jak wyżej	37.6, 37.2 100, 103 37.2, 38.2 96, 98 Ilość moczu 450 ctm. Ciężar gatunkowy 1,028.
	0,02625	0,1313			
	0,03197	0,1598			
	0,0057	0,0285			
	0,1519	0,7595			
20/VII. N Cl P Ca K Na	2,597	11,687	jak wyżej	jak wyżej	1,884 4,632 0,231 1,432 2,173 3,188
	0,2548	1,147			
	0,1640	0,738			
	0,0262	0,1180			
	0,0435	0,1958			
Mocznik kw. moczowy zasad alloxsur. " ksantyn. NH ₃	0,0458	0,2061	jak wyżej	jak wyżej	36.5, 37.2 96, 96 39.3, 38.9 96, 112
	1,736	7,812			
	0,0290	0,1305			
	0,0364	0,1639			
	0,0074	0,0334			
21/VII. N Cl P Ca	0,1820	0,8190			
	2,072	12,432			
	0,3943	2,365			
	0,1250	0,750			
	0,0155	0,093			

Data	W %	Ogółem	W kale	Żywność	Bilans	Temperatura, tętno, ilość moczu, ciężar gatunkowy.
K	0,0825	0,4950	jak wyżej	jak wyżej	+ 2,873	Ilość moczu 600 ctm.
Na	0,0710	0,4260	"	"	+ 1,868	Ciężar gatunkowy 1,026.
Mocznik	1,6520	9,9120				
kw. moczowy	0,0329	0,1974				
zasad alloxsur.	0,0409	0,2457				
" ksantyn.	0,0080	0,0483				
NH ₃	0,1400	0,8400				
22/VII.	1,7500	10,500	0,5267	10,340	- 0,686	38,9, 37,5
Cl	0,3701	2,220	0,4660	6,246	+ 3,560	104, 103
P	0,1150	0,690	0,2912	1,260	+ 0,279	37,8, 38,5
Ca	0,0164	0,0984	0,1900	1,740	+ 1,458	101, 88
K	0,0820	0,4860	0,3795	2,748	+ 1,883	Ilość moczu 600 ctm.
Na	0,0923	0,5538	0,1683	3,562	+ 2,840	Ciężar gatunkowy 1,027.
Mocznik	1,680	10,080				
kw. moczowy	0,0294	0,1764				
zasad alloxsur.	0,0373	0,2235				
" ksantyn.	0,0089	0,0471				
NH ₃	0,1232	0,7392				

Przy rozpatrywaniu tej tablicy należy nam na kilka rzeczy zwrócić uwagę. Najprzód skład procentowy moczu wykazuje niektóre osobliwości. Koncentracja nie była najwyższą na szczycie gorączki, jak, według istniejących zapatrywań, być musiało, lecz, przeciwnie, w dniu najniższej temperatury spotykamy najmniejszą ilość moczu i najwyższą koncentrację.

Dotyczy to osobliwie azotu i fosforu oraz składników, azot zawierających. Mocz, wydzielony w dniu najwyższej ciepłoty, jest najbiedniejszy w azot i fosfor, wydzielony zaś w dniu najniższej ciepłoty obfituje najbardziej w wymienione składniki.

Zupełnie przeciwnie zachowuje się chlor. Wbrew oczekiwaniu, najmniejszą zawartość procentową ma mocz wydzielony po opadnięciu gorączki. Najobfitszy w chlor jest mocz, na szczycie gorączki oddany.

Soli potasowych zawiera mocz na szczycie gorączki stosunkowo wiele, a po opadnięciu ciepłoty ilość tych soli w moczu maleje. Zatem potas zachowuje się zupełnie według praw uświęconych. Wapno zachowuje się odwrotnie, spada przy podnoszeniu się ciepłoty, podnosi się przy jej opadaniu. Zatem i sole wapienne stosują się do praw znanych. Potas, jako sól komórek, musi się obficie wydzielać przy silniejszym rozkładzie. Wapno, jako sól osocza, [plazmy] zatrzymywane zostaje w tych razach, kiedy się potas wydziela. Sod zawsze idzie śladami chloru

Ze składników, zawierających azot, omówić się godzi najprzód ammoniak, który w nowszych czasach obficie omawiano. Owóż zachowanie się jego nie jest wyraźnem. Czasem przypomina ono więcej wydzielanie się fosforu, to znowu wydzielanie potasu. Zasady ksantynowe i kw. moczowy zachowują się, jak azot, t. j. wydzielając się obficie po gorączce, a skąpiej na jej szczycie.

Tak wygląda rezultat przy rozbiórce składu procentowego. Jeżeli jednak obliczymy całą ilość razem wydzielanych składników, wtedy rezultat nie zawsze jest tak wyraźny. Czasem azot opada i podnosi się z temperaturą, czasem zachowuje się antagonistycznie. Chlor prawie nie

odchyła się od normy, jaką przy omawianiu powyższem ustalić pragnęliśmy, t. j. zawsze opada z temperaturą razem i wznosi się z nią. Podobnież prawidłowo wydzielany bywa fosfor¹⁾, choć mniej wyraźnie. Wogóle to, co mówiliśmy o stężeniu moczu, potwierdza się przy uwzględnianiu ilości całodziennych albo godzinnych, ale zarówno całodziennie ilości, jak i bilans, miewają pewne niejasności — mniej czułą są miarą procesów, niż stosunek do wody, t. j. skład procentowy. Dlatego właśnie staraliśmy się znaleźć miarę, w której wyraźniej wykazać by się dały zmiany i wahania. W stosunku do tej wielkości ilość wydzielonych składników wykazuje tak wyraźne i zgodne ze sobą wyniki, że domyślać się nam każe praw stałych, jeżeli wogóle o nich mówić można.

Tablica V zawiera właśnie w skróceniu rezultaty badań, zawarte w poprzedniej tablicy. Ciepłota oznaczona jest liczbą przeciętną notowanych wysokości. Wszystkie składniki wyrażone są w stosunku do azotu. Najwyraźniejsze wyniki dają fosfor i chlor; inne zachowują się tak, że naszym poprzednim wywodom nie przeczą.

¹⁾ t. j. opada przy podnoszeniu się gorączki, a podnosi się przy jej opadaniu.

TABLICA V.

$\frac{\text{H}_2\text{O}}{\text{N}}$	Temp.	$\frac{\text{Cl}}{\text{N}}$	$\frac{\text{P}}{\text{N}}$	$\frac{\text{Ca}}{\text{N}}$	$\frac{\text{K}}{\text{N}}$	$\frac{\text{Na}}{\text{N}}$	$\frac{\text{CO}(\text{NH}_2)_2}{\text{N}}$	$\frac{\text{kw. moc.}}{\text{N}}$	$\frac{\text{aloks.}}{\text{N}}$	$\frac{\text{NH}_3}{\text{N}}$
44	39.1	0,107	0,065	0,0076	0,043	0,0402	0,800	0,0099	0,0128	0,0401
59	38.5	0,241	0,070	0,0125	0,045	0,0845	0,862	0,0122	0,0164	0,0542
60	39.4	0,266	0,052	0,0046	0,051	0,0911	0,975	0,0128	0,0182	0,0533
49	38.6	0,108	0,077	0,0090	0,057	0,0337	0,882	0,0119	0,0161	0,0473
50	38.5	0,148	0,092	0,0141	0,044	0,0385	0,838	0,0146	0,0191	0,0553
51	39.0	0,152	0,071	0,0089	0,056	0,0229	0,855	0,0131	0,0160	0,0760
40	37.5	0,098	0,063	0,0101	0,0167	0,0176	0,668	0,0111	0,0140	0,0700
48	38.0	0,190	0,060	0,0075	0,040	0,0343	0,800	0,0159	0,0199	0,0677
60	38.1	0,211	0,065	0,0093	0,046	0,0526	0,864	0,0167	0,0217	0,0703

Przypadek III M. G. 20 lat. Zapalenie płuc. *Pleuropneumonia dextra*.

Wywiady. Ojciec chorego zmarł na gruźlicę płuc. Matka i rodzeństwo żyją i mają się dobrze. Pacjent ciężkich chorób nie przechodził. Zapadł na zdrowiu przed trzema dniami.

Stan obecny wykazuje zmiany w płucach. Reszta organów normalna. Powikłań niema. Chory dostawał, jak poprzedni, mleko i rosół, ale spożywał je bardzo mało i nieregularnie, co dla naszych doświadczeń pożądanem nie było. Ciepłotę i tętno mierzono trzy razy dziennie. Mocz badano zaraz po przyjęciu chorego do szpitala i zaprzestano badań, kiedy ciepłota i tętno wróciły do normy. W dniu przełomn zbierano mocz w dwóch porcjach. Pierwsza zawierała mocz z czasu gorączki, druga z czasu po przełomie. W inne dnie podziału nie robiono.

Rezultaty spisane są w tablicy VI, obok której ułożono tablicę, zawierającą wydzielenie godzinne i tablicę stosunkowego wydzielenia.

TABLIOA VI.

Data	W %	Ogółem		Żywność	Rezultat	Ciepłota, tętno, ilość moczu ciężar gatunkowy.
		w moczu	w kale			
28/VII.	N	2,275	—	—	—	38.8, 39.7
	Cl	0,0606	—	—	—	100, 96
	P	0,0500	—	—	—	470 etm. niekompletny
29/VII.	N	2,1210	0,1514	2,028	—19,333	38.5, 39.3, 39.0
	Cl	0,0556	0,0018	0,533	— 0,025	112, 100, 104

30/VII.	P	0,0500	0,500	0,0837	0,403	— 0,181	Ilość moczu 1000. Ciężar gatunkowy 1,026.
	Ca	0,0109	0,109	0,2124	0,544	+ 0,223	
31/VII od 6 r. do 12 w n.	N	2,1665	21,665	0,1514	4,056	— 17,760	38,1, 39,5, 39,7 96, 100, 104 Ilość moczu 1000 ctm. Ciężar gatunkowy 1,025.
	Cl	0,0182	0,182	0,0018	1,066	+ 0,828	
	P	0,0810	0,810	0,0837	0,806	— 0,088	
	Ca	0,0016	0,016	0,2124	1,088	+ 0,860	
Mocznik kw. moczowy zasad alkoksur. " ksantyn. " ammoniak				jak wyżej			37,8, 39,7, 38,8. 96, 108, 96 Ilość moczu 460 ctm. Ciężar gatunkowy 1,025.
		2,170	9,982		N. 4,056	— 18,885	
	Cl	0,0123	0,0566		Cl. 1,066	+ 0,949	
	P	0,0560	0,2576		P. 0,806	— 0,248	
	Ca	0,0018	0,0083		Ca 1,088	+ 0,858	
	K	0,1506	0,6927		K 0,920	— 0,872	
	Na	0,0652	0,3001		Na 0,657	+ 0,256	
		1,960	9,016				
		0,0249	0,11454				
		0,0371	0,1706				
		0,0122	0,0561				
		0,1057	0,4862				

Data	W %	Ogółem		Żywność	Rezultat	Ciepłota, tętno, ilość moczu ciężar gatunkowy.
		w moczu	w kale			
od 12 w nocy do 6 rano	N 2,247 Cl 0,0121 P 0,1250 Ca 0,0017 K 0,1930 Na 0,0178 Mocznik 2,030 kw. moczowy 0,0182 zasad allokusr. 0,0413 " ksantyn. 0,0231 NH ₃ 0,1260	12,8079 0,0689 0,7125 0,0097 1,1001 0,1014 11,5710 0,1037 0,2314 0,1277 0,7182				37.1, 36.7. 92, 96 Ilość moczu 570 ctm. Ciężar gatunkowy 1,026.
1/VIII.	N 2,353 Cl 0,0061 P 0,0500 Ca 0,0012 K 0,2820 Na 0,0138 Mocznik — kw. moczowy 0,0217 zasad allokusr. 0,0434 " ksantyn. 0,0217 NH ₃ 0,0721	16,7992 0,0433 0,355 0,0085 2,002 0,0979 — 0,1541 0,3078 0,1541 0,5119	jak wyżej	jak wyżej	—12,894 + 1,022 + 0,367 + 0,791 — 1,082 + 0,560	37.5, 39.3, 38.0 96, 104, 108 Ilość moczu 710 ctm. Ciężar gatunkowy 1,025.

2/VIII.	N	12,760	12,760	jak wyżej	—	8,955	37,7, 36.6
	Cl	0,0010	0,005		+	1,059	88, 84
	P	0,1630	0,815		—	0,092	Ilość moczu 500 ctm.
	Ca	0,0015	0,0075		+	0,769	Ciężar gatunkowy 1,028.
	K	0,2518	1,259		—	0,339	
	Na	0,0376	0,188		+	0,469	
	kw. moczowy	0,0157	0,0785				
	zasad allokaur.	0,0462	0,231				
	" ksantyn.	0,0305	0,1525				
	NH ₃	0,1120	0,560				
3/VIII.	N	,5	25,620	jak wyżej	—	21,715	36,1
	Cl	0,0123	0,1230		+	0,941	72
	P	0,1785	1,785		—	1,063	Ilość moczu 1000 ctm.
	Ca	0,0016	0,0160		+	0,861	Ciężar gatunkowy 1,023.
	K	0,2106	2,1060		—	1,186	
	Na	0,0188	0,1880		+	0,469	
	Mocznik	2,384	23,840				
	kw. moczowy	0,0280	0,280				
	zasad allokaur.	0,0518	0,518				
	" ksantyn.	0,0238	0,238				
	NH ₃	0,1071	1,071				

Data	W %	Ogółem		Żywność	Rezultat	Temperatura, tętno, ilość moczu, ciężar gatunkowy.	
		w moczu	w kale				
4/VII. Mocznik kw. moczowy zasad allosur. " ksantyn. NH ₃	N	15,654	jak wyżej	2,028	—13,777	36.1	
	Cl	0,0083		0,533	+ 0,523	72	
	P	1,3201		0,403	— 1,001	Ilość moczu 830 ctm.	
	Ca	0,0714		0,544	+ 0,261	Ciężar gatunkowy 1,022.	
	K	0,867		0,460	— 1,407		
	Na	0,387		0,329	+ 0,058		
		13,248					
		0,1577					
		0,3652					
		0,2075					
5/VIII.	N	16,517	jak wyżej	2,028	—14,644	36.1	
	Cl	0,155		0,533	+ 0,376	72	
	P	1,560		0,403	— 1,241	Ilość moczu 830 ctm.	
	Ca	0,183		0,544	+ 0,314	Ciężar gatunkowy 1,028.	
6/VIII.	N	15,582	jak wyżej			36.1	
	Cl	5,068				72	
	P	1,016				Ilość moczu 840 ctm.	
	Ca	0,361					
7/VIII.	Cl	6,595				36.1	
	P	0,839				72	
	Ca	—				Ilość moczu 870 ctm.	

Rozpatrując wyniki, zawarte w tablicy VII, znajdujemy w nich potwierdzenie naszych poprzednich spostrzeżeń, obserwowanych przy tyfusie. Ilości wydzielonego azotu i fosforu, soli potasowych, amoniaku, kw. moczowego i zasad ksantynowych nie dosięgają szczytu w gorączce, lecz w okresie pogorączkowym. Zupełnie podobnie zachowuje się chlor i sole sodowe, których minimum spotykamy w pogorączkowym okresie, a nie na szczycie gorączki, jakby, według istniejących teoryi, zdawać się mogło. Wszelkie podnoszenie się temperatury pociąga za sobą obniżenie ilości fosforu, azotu i związków azotowych; natomiast obniżanie temperatury wywołuje obfitsze wydzielenie tych składników. Podwyższanie ciepłoty pociąga za sobą obfitsze wydzielanie chloru, soli sodowych i potasowych.

Jedynie sole wapienne, których wydzielanie zmniejszone w czasie gorączki wykazuje jeszcze silniejsze zmniejszenie przy podnoszeniu się gorączki, a obfitsze wydzielenie przy każdym obniżeniu się ciepłoty; podobnie zachowuje się amoniak.

Ułożenie rezultatów w tablicy VII wykazuje wydzielenie składników moczu na godzinę. Widzimy przytoczone wyżej wyniki jeszcze plastyczniej w tablicy VIII, w której umieszczone są ilości w stosunku do azotu. Okazuje się, że woda wydzieloną bywa wogóle skąpiej w gorączce, że jednak w ciągu trwania gorączki każde podniesienie się ciepłoty sprowadza obfitsze wydzielenie wody, każde obniżenie ilość jej zmniejsza. Wyraźnie widzimy wpływ temperatury na chlor, którego ilości w stosunku do azotu są najmniejsze w okresie pogorączkowym. Fosfor wyraźnie podnosi się po każdym obniżaniu się temperatury i wzrasta po ustaniu gorączki, wykazując dość długo to wzrastanie. Sole potasowe, ammonowe i wapienne zachowują się podobnie. Sole sodowe i chlor, jak zwykle, w parze chodzą. Ze związków azotowych kw. moczowy zachowuje się, jak sole wapienne, wzrastając z ciepłotą i opadając wraz z nią. Natomiast zasady ksantynowe idą śladem fosforu, wzrastając po gorączce, a malejąc w czasie podnoszenia się ciepłoty.

Oczywista rzecz, że o zupełnie ścisłym stosowaniu się do powyższych praw mowy być nie może; są to raczej wyniki najprawdopodobniejsze i najczęściej napotykane:

TABLICA VII.

Temp.	H ₂ O	N	Cl	P	Ca	K	Na	CO(NH ₂) ₂	kw mooz.	alloksur.	NH ₃
38,9	42	0,883	0,0230	0,021	0,0040	—	—	—	—	—	—
39,1	42	0,903	0,0080	0,034	0,0007	—	—	—	—	—	—
38,8	26	0,554	0,0032	0,014	0,0005	0,0385	0,0168	0,5009	0,0063	0,0094	0,027
36,8	95	2,136	0,0115	0,1187	0,0016	0,1433	0,0169	1,9285	0,0173	0,0386	0,1164
38,3	30	0,699	0,0018	0,0148	0,0004	0,0867	0,0041	—	0,0064	0,0128	0,0213
36,9	21	0,500	0,0002	0,034	0,0003	0,0525	0,0078	—	0,0032	0,0096	0,0266
36,1	42	1,067	0,0051	0,074	0,0007	0,9875	0,0078	0,9917	0,0127	0,0216	0,0441
36,1	35	0,652	0,0003	0,055	0,0029	0,0775	0,0161	0,552	0,0066	0,0153	0,0864
36,1	35	0,690	0,0068	0,065	0,0076	—	—	—	—	—	—
36,1	35	0,649	0,2109	0,043	0,0150	—	—	—	—	—	—

TABLICA VIII.

Temp.	$\frac{H_2O}{N}$	$\frac{Cl}{N}$	$\frac{P}{N}$	$\frac{Ca}{N}$	$\frac{L}{N}$	$\frac{Na}{N}$	$\frac{CO(NH_2)_2}{N}$	$\frac{kw. \text{mocz.}}{N}$	$\frac{\text{aloks.}}{N}$	$\frac{NH_3}{N}$
38.9	49	0,026	0,024	0,0040	—	—	—	—	—	—
39.1	44	0,009	0,038	0,0008	—	—	—	—	—	—
38.8	49	0,006	0,026	0,0009	0,069	0,0303	0,903	0,0110	0,0168	0,049
36.8	47	0,005	0,084	0,0007	0,067	0,0079	0,865	0,0078	0,0178	0,054
38.3	42	0,003	0,021	0,0005	0,124	0,0058	—	0,0091	0,0183	0,0304
36.9	40	0,0004	0,064	0,0005	0,098	0,0140	—	0,006	0,0180	0,042
36.1	41	0,0049	0,069	0,0006	0,082	0,0073	0,929	0,0118	0,0201	0,041
36.1	54	0,0004	0,084	0,0044	0,118	0,024	0,800	0,0101	0,023	0,132
36.1	50	0,0094	0,094	0,0111	—	—	—	—	—	—
36.1	51	0,222	0,063	0,0240	—	—	—	—	—	—

P r z y p a d e k IV. H. K., lat 19. Zimnica (Malaria).

W y w i a d y. Pacjent jest rodem z Hamburga. Wędrował za zarobkiem aż do Włoch. W Rzymie nabawił się obecnej choroby, która go do teraz nie opuszcza. W rodzinie chorób niema.

S t a n o b e c n y chorego nie wykazuje powikłań. Sledziona wyraźnie obrzęknięta, zresztą organy zdrowe. Krew zawiera 4,120,000 ciałek czerwonych i 60% hemoglobiny [GOWERS'a aparatem mierzono hemog., THOMAZEISS liczono ciała czerwone].

Dyeta chorego składała się z mleka i rosolu i zawierała:

10,345	gr. azotu
6.246	„ chloru
1,260	„ fosforu
1,740	„ wapna
2,748	„ potasu
3,562	„ sodu

Chory gorączkował co dnia, wybrano jeden z dni i oznaczano w rozmaitych czasach zawartość moczu; w tym celu podzielono dzień na pięć okresów.

O k r e s p i e r w s z y trwał od 10-jej rano do 2¹/₂ po południu. Ciepłota 36.4°. Tętno 92. Ilość moczu 125 ctm. Okres przed gorączkowy.

O k r e s d r u g i trwał od 2¹/₂ do 4 wieczorem i był okresem t. zw. febry (*Schüttelfrost*). Ciepłota dochodziła do 41°. Tętno 106. Ilość moczu 235 ctm.

O k r e s t r z e c i trwał od 4-jej po południu do 7-jej wieczorem i był okresem gorączki. Ciepłota 40°, 2. Tętno 96. Ilość moczu 295 ctm.

O k r e s c z w a r t y trwał od 7-jej wieczorem do 6 jej rano i był okresem pogorączkowym. Przebieg ciepłoty, mierzonej trzy razy, wykazywał 39.9°. Tętno 108 o godzinie 9-jej 38,°6, tętno 104 po północy, 37°, 5, tętno 96 o piątej rano. Ilość moczu 325 ctm.

O k r e s p i a t y obejmuje czas normalnej ciepłoty 36.3, tętno 80 i trwa od 6-jej rano do 10-jej rano. Ilość moczu 185 ctm.

Następnego dnia odbywa się wszystko w tym samym porządku.

Rezultaty naszych badań zawarte są w tablicy IX. Kału nie badaliśmy ze względu na krótki czas trwania naszych doświadczeń. Przy omawianiu rezultatu zwrócimy na ten szczegół uwagę.

Sposób zbierania moczu był następujący: Chory oddawał mocz zależnie od potrzeby, a przy końcu każdego okresu wypróżniał raz jeszcze pęcherz.

Jadł o 6-ej zrana mleko, o 10-ej rosół, o 12-ej mleko i rosół, o 3-ej mleko, o 6-ej rosół, zatem przeciętnie co trzy godziny. Od 6-ej wieczór do 6 ej rano nie jadł nic, co odbiło się na moczu wydzielonym przez noc. Ze względu na małe ilości moczu nie w każdej próbie dało się oznaczyć wszystkie składniki.

TABLICA IX.

		W %	Ogółem	Na godz.	
I.	N	1,6205	2,025	0,455	Ciepłota 36. 4. Tętno 92. Od 10 z rana do 2 ¹ / ₂ po połud. Czas trwa- nia 4 g. 30 m. Il. moczu 125 ctm. Cięż. gat. 1,022 c. Okres I przedgor. Ciepl. 41.0. Tęt. 106. Czas trwania od 2 ¹ / ₃ do 4 po połud. 1 g. 30 m. Il. moczu 235 ctm. Cięż. gat. 1018. Okres II febrы trzęsąc. przedgor.
	Cl	0,2912	0,364	0,081	
	P	0,0891	0,111	0,025	
	Ca	0,0484	0,061	0,014	
	K	0,1522	0,190	0,042	
	Na	0,1377	0,172	0,038	
II.				28 ctm.	
				wody	
	N	0,7875	1,8485	1,2325	
	Cl	0,6371	1,4969	0,9969	
	P	0,0162	0,0376	0,0251	
	Ca	0,0171	0,0392	0,0266	
	K	0,2390	0,5497	0,3665	
	Na	0,3676	0,8454	0,5631	
	NH ₃	0,0259	0,0596	0,0397	
	Mocznik	0,826	—	157 ctm.	
				wody	

		W %	Ogółem	Na godz.	
III.	N	1,183	3,481	1,160	Ciepłota 40. Tętno 92. Czas trwania od 4 po poł. do 7-ej wiecz. t. j. 3 g. Ilość moczu 295 ctm. Ciężar gat. 1.1019. Okres III gorączki u szczytu.
	Ol	0,4854	1,416	0,472	
	P	0,0043	0,0127	0,0042	
	Ca	0,0252	0,0739	0,0246	
	K	0,1884	0,5546	0,1849	
	Na	0,2584	0,7611	0,2534	
	NH ₃	0,0266	0,0784	0,0261	
	Kw. mocz.	0,0105	0,0309	0,0103	
	Zas. allox.	0,0109	0,0321	0,0107	
	Zas. ksant.	0,0004	0,0018	0,0004	
				98 ctm.	
IV.	N	1,645	5,3302	0,4845	Ciepl. 39.9—108. 38,1—104. 37.5 96. Czas trwania od 7 wiecz. do 6 rano 11 godz. Ilość moczu 325 ctm. Cięż. gat. 1024. Okres IV pogorączkowy.
	Cl	0,3034	0,9847	0,0865	
	P	0,1458	0,4747	0,0432	
	Ca	0,0142	0,0455	0,0041	
	K	0,2916	0,9457	0,0859	
	Na	0,1798	0,5854	0,0532	
	NH ₃	0,0560	0,1810	0,0165	
	Kw. mocz.	0,0245	0,0796	0,0072	
	Zas. allox.	0,0249	0,0809	0,0073	
	Zas. ksant.	0,0005	0,0013	0,0001	
				29 ctm.	
V.	N	1,687	3,1080	0,7770	Ciepłota 36.8. Tętno 80. Czas trw. od 6-ej rano do 10-ej rano, 4 god. Ilość moczu 185 ctm. Cięż. gatunk. 1,025. Okres V normalny.
	Cl	0,3641	0,6734	0,1683	
	P	0,1512	0,2817	0,0704	
	Ca	0,0234	0,0433	0,0108	
	K	0,2008	0,4255	0,1064	
	Na	0,2032	0,3759	0,0940	
	Mocznik	0,624	2,9970	0,7490	

Wydzielono przez 24 godziny:

15,792 grm. N.

4,934 „ Cl.

0,917 „ P.

0,263 „ Ca

2,665 „ K

2,739 „ Na

1,165 ctm. moczu

Bilans

— 4,452

+ 1,312

+ 0,343

+ 1,477

+ 0,083

+ 0,823

+ 600 ctm.

TABLICA X.

Temp.	$\frac{H_2O}{N}$	$\frac{Cl}{N}$	$\frac{P}{N}$	$\frac{Ca}{N}$	$\frac{L}{N}$	$\frac{Na}{N}$	$\frac{CO(NH_2)_2}{N}$	$\frac{kw. \text{mocz.}}{N}$	$\frac{\text{aloks.}}{N}$	$\frac{NH_3}{N}$
36.4	61	0.178	0.056	0.0307	0.092	0.083	—	—	—	—
41.0	130	0.809	0.020	0.0215	9.297	0.457	0.996	0.032	—	—
40.0	88	0.407	0.003	0.0212	0.159	0.218	—	0.0224	0.009	0.009
38.6	60	0.184	0.089	0.0084	0.117	0.109	0.660	0.034	0.015	0.014
36.3	59	0.215	0.091	0.0139	0.137	0.121	—	—	—	—

Rozpatrując wyniki tych badań, pomówimy najprzód o bilansie całodziennym, który nosi cechy bilansu gorączkowego. Widzimy bowiem, obok nadmiernego wydzielania azotu, wyraźne zatrzymanie chloru, wapna i sodu. Wprawdzie ani fosfor, ani potas nie wydzielają się nadmiernie, ale polega to może na uwzględnieniu ilości fosforu i potasu, w kale zawartych. Wypada nam tedy wyraźnie zaznaczyć, że przebieg malaryi doprowadza do zmian gorączkowe właściwym.

Przy dalszem badaniu wydzielania składników moczu widzimy, że woda, chlor, sod i potas wydzielają się obficie przy podnoszeniu się ciepłoty, że natomiast fosfor i wapno spadają.

Bezpośrednio przed gorączką wydziela się najmniej chloru, potasu i sodu, jak również bezpośrednio po gorączce. Natomiast fosfor wydziela się najobficiej nie bezpośrednio po gorączce, lecz w stadium normalnej ciepłoty. Spadać zaczyna w okresie przedgorączkowym i minimum osiąga na szczycie gorączki. Wapno wydziela się najobficiej w okresie poprzedzającym gorączkę, i zaczyna spadać przy podnoszeniu się gorączki, spадanie to trwa dłużej, niż gorączka, zatem minimum leży w stadium pogorączkowym. Potem ilość wydzielonego wapna zaczyna się podnosić aż do przedgorączkowego maximum. Ilość wydzielonej wody jest w początkach gorączki największą, poczem spada ustawicznie aż do normalnej ciepłoty. Przed gorączką podnosi się nieznacznie.

Takie wyniki otrzymujemy z porównania wydzielania składników i wydzielania azotu [Tablica X].

Rozpatrując Tablicę IX, widzimy najprzód, że w stosunku do wody skład % azotu i fosforu jest przy normalnej temperaturze wyższy, najniższy zaś dla azotu w pierwszym okresie gorączki, dla fosforu w drugim.

Koncentracja chloru i sodu największą jest w początkach gorączki, najniższą w okresie po-i przedgorączkowym. Natomiast sole potasowe najwięcej wydzielają się w okresie pogorączkowym, najmniej przed gorączką i na szczycie gorączki.

Sole wapienne dosięgają maximum przed gorączką; potem spadają, na szczycie gorączki się podnoszą i w okresie pogorączkowym dosięgają minimum.

Wszystko to dotyczy stosunku do wody.

Aksolutne ilości wydzielonych składników są następujące. Azotu najwięcej na godzinę wydziela się w początkach gorączki; potasu ilość spada, podnosi się w okresie normalnym i bezpośrednio przed gorączką dosięga minimum. Fosfor najobficiej wydziela się po gorączce, kiedy ciepłota wróciła do normy. Przed gorączką już spada i minimum dosięga w drugim okresie gorączki. Chlor i sod wydzielają się najobficiej w początkach, najmniej obficie przed gorączką; idą tedy równolegle z azotem. Sole potasowe, wydzielane w początkach gorączki bardzo obficie, spadają wraz z chlorem i minimum wydzielania dosięgają w okresie przedgorączkowym. Sole wapna maximum wydzielania wykazują w okresie pogorączkowym, minimum w okresie następującym, t. j. okresie normalnej ciepłoty; podnoszą się przed gorączką i wraz z ciepłotą ciała wzrastają.

Omawialiśmy dokładnie wydzielenie w zimnicy i dodamy tylko, że ani ammoniak, ani szczególnie grupa kwasu moczowego nadmiernie wydzielaną nie zostaje. Wobec licznych prac, traktujących o zimnicy, wydało nam się właściwem szczegółowo zdać sprawę z naszych badań. Potwierdzają one w zasadniczych punktach badania v. LIMBECK'a i v. TERRAY'a, przecząc teorii ostatniego z wymienionych autorów.

V. TERRAY twierdził, że nadmierne wydzielenie chloru w gorączce jest skutkiem rozkładu ciałek czerwonych. Ufajmy, że tak dzielny badacz sam teorię swoją wnet porzuci. Gdyby jednak przekonywać go trzeba było, wystarczy obliczyć ilość chloru, w ciałkach czerwonych zawartą, aby o mylności tego twierdzenia się przekonać. Zresztą i nasze liczby, świadczące, że obok chloru wydziela się przeważnie sod, a nie potas, przemawiają przeciwko teorii TERRAY'a. Ciałka krwi musiałyby przecież dostarczać tylko soli potasowych. Teraz, kiedy poznaliśmy zachowa-

nie się chlorków w innych formach gorączki, zbyt czynnem jest wzywać ciała krwi do pomocy.

P r z y p a d e k V. B. K., 1. 49. Gruźlica płuc (*Phthisis pulmonum*).

W y w i a d y. Matka chorej cierpiała na piersi. Ojciec i rodzeństwo zdrowi. Chora przeżyła w młodości zapalenie stawu w kolanie, była zamężna i miała dzieci, które w młodym wieku poumierły. Słabość jej obecna trwa od roku.

S t a n o b e c n y chorej wykazuje wychudnięcie i silne osłabienie. W obu płucach jamy gruźlicze. Inne narządy zmian nie zdradzają. Chora dużo wypłwuje. Gorączka ma formę hektyczną. Różnica w ciepłocie dosięga 2.5 stopnia.

Chora dostawała dyetę stosowaną w poprzednich przypadkach i złożoną z mleka i rosółu.

Przyjmowała w tej formie:

10,340	gram.	azotu
6,246	„	chloru
1,260	„	fosforu
1,740	„	wapna
2,748	„	potasu
3,562	„	sodu

Mocz zbierano w czterech porcjach i zbierano w ciągu dwóch dni. Pierwsza porcja odpowiadała okresowi przedgorączkowemu, trwając cztery godziny—od 12-ej do 4-ej po południu. Druga zawierała mocz z okresu gorączki, która trwała od 4-ej po południu do 10-ej wieczorem, zatem sześć godzin. Trzecią porcję zebrano od 10-ej w nocy do 6-ej rano, w którym to okresie ciepłota spadała. Wreszcie ostatnia porcja z sześciu godzin temperatury normalnej od 6-ej rano do 12-ej w południe. Na drugi dzień postępowano w ten sam sposób. Ciepłota i tętno oraz rezultaty badań zawarte są w tablicy XI.

Nie obliczano przytem składników kału i płwociny; może wskutek tego bilans wypadł dla organizmu pomyślny, wykazuje bowiem zatrzymanie wszystkich badanych składników, jak to z zestawienia następującego wynika:

Wydzielono	Przyjęto	Bilans
N 5,6006	10,340	+ 4,7394 azotu
Cl 3,7664	6,246	+ 2,4796 chloru
P 0,2249	1,260	+ 0,9851 fosforu
Ca 0,0952	1,740	+ 1'6448 wapna
K 1,0642	2,748	+ 1,684 potasu
Na 1,1028	3,512	+ 2,4562 sodu.

TABLICA XI.

		W %	Ogółem -	Na godz.	Ciepłota, tętno, il. moczu, cięż. gat.
I	N	0,217	0,9548	0,2307	Ciepłota 37, tętno 100; ilość moczu 440 ctm., ciężar gatunk. 1006, czas od 12-ej do 4-ej po połud., 4 god. 110 ctm. na godz.
	Cl	0,1214	0,5342	0,1335	
	P	0,0335	0,1034	0,0259	
	Ca	0,0049	0,0215	0,0054	
	K	0,0401	0,1764	0,0441	
	Na	0,0515	0,2860	0,0715	
	Mocznik	0,196	0,8622	0,2156	
	Alloxur.	0,0075	0,0430	0,0108	
	NH ₃	0,0056	0,0246	0,0061	
II.	N	0,378	1,7388	0,2808	Ciepłota 38, 39, tętno 103, ilość moczu 460 ctm., ciężar gatunkowy 1010, czas od 4-ej do 10-ej wieczor., 6 godz., 76,6 ctm. na godzinę
	Cl	0,3155	1,4490	0,2415	
	P	0,0290	0,1335	0,0223	
	Ca	0,0068	0,0312	0,0052	
	K	0,0629	0,2893	0,0482	
	Na	0,0852	0,3919	0,0653	
	Mocznik	0,341	1,5686	0,2614	
	Kw. mocz.	0,0076	0,0354	0,0064	
	Alloxur.	0,0109	0,0502	0,0084	
	Ksantyn.	0,0032	0,0148	0,0024	
	NH ₃	0,0119	0,0510	0,0085	
III.	N	0,392	1,764	0,2205	Ciepłota 37,1, tętno 96, ilość moczu 450 ctm., ciężar gatunk. 1.008 ctm., czas od 10-ej
	Cl	0,2669	1,201	0,1501	
	P	0,0160	0,072	0,0003	
	Ca	0,0078	0,0351	0,0043	
	K	0,0829	0,3731	0,0441	

	W %	Ogółem	Na godz.	Ciepłota, tętno, il. moczu, cięż. gat.
Na	0,0590	0,2655	0,0332	do 6 ej rano, 8 g. 56,3 ctm na godz.
Mocznik	0,322	1,449	0,1811	
Kw. mocz.	0,0081	0,0365	0,0046	
Zas. allox.	0,0116	0,0522	0,0065	
" l san.	0,0035	0,0158	0,0019	
NH ₃	0,0097	0,0437	0,0055	
IV. N	0,476	1,1424	0,1904	Ciepłota 36, tętno 90, ilość moczu 240 ctm., ciężar gatunkowy 1,011, czas trwania od 6 rano do 12-ej w południe, 6 godz. 46 ctm. na godz.
Cl	0,2427	0,5822	0,0970	
P	0,0275	0,0660	0,0110	
Ca	0,0031	0,0074	0,0012	
K	0,0939	0,2254	0,0376	
Na	0,0664	0,15937	0,0266	
NH ₃	0,0084	0,02016	0,00336	

Drugi dzień.

I. N	0,385	1,0780	0,269	Ciepłota 32, tętno 90, ilość moczu 280 ctm., ciężar gatunkowy —, od 12 do 4 po poł., czas trwania 4 g, 70 ctm. na godz.
Cl	0,2548	0,7140	0,1790	
P	0,0380	0,1064	0,0266	
Kw. mocz.	0,00805	0,0225	0,0056	
Zas. allox.	0,01177	0,0329	0,0082	
" ksan.	0,00372	0,0104	0,0026	
NH ₃	0,0105	0,0294	0,0074	
II. N	0,518	1,8648	0,3108	Ciepłota 39, tętno 100, ilość moczu 360 ctm., od 4-ej do 10-ej, czas trw. 6 godz., 60 ctm. na godzinę.
Cl	0,2851	1,0260	0,1710	
P	0,0350	0,1260	0,0210	
Kw. mocz.	0,0103	0,0372	0,0062	
Zas. allox.	0,0109	0,0392	0,0065	
" ksan.	0,0006	0,0021	0,0003	
NH ₃	0,0133	0,0478	0,0080	

		W ‰	Ogółem	Na godz.	Ciepłota, tętno, il. moczu, ciężar gat.
III.	N	0,5145	0,286	0,161	Ciepłota 38, tętno
	Cl	0,2548	0,6370	0,0390	96, ilość moczu
	P	0,0320	0,0800	0,010	250 ctm., od godz.
	Kw. moczu.	0,0116	0,0390	0,0536	10-ej do 6 ej rano
	Zas. allox.	0,0126	0,0315	0,0039	czas trw. 8 godz.,
	„ ksan.	0,0010	0,0025	0,0003	30 ctm. na godz.
	NH ₃	0,0168	0,0420	0,0052	
IV.	N	—	—	—	Ciepłota 36, tętno
	Cl	0,2366	0,1183	0,0197	90, ilość moczu 50
	P	—	—	—	ctm., od godz. 6 ej
	Kw. moczu.	0,0131	0,0066	0,0011	do 10 ej w poł.
	Zas. allok.	0,0205	0,0103	0,0017	czas trwania 6 g.,
	„ ksan.	0,0073	0,0037	0,0006	9 ctm. na godzinę.

Dla braku materyału nie mogliśmy oznaczać jednego dnia wszystkich składników moczu; dlatego na drugi dzień powtórzyliśmy badanie, uwzględniając pominięte dnia poprzedniego składniki. Ogólnie powiedzieć można, że mocz był mało stężony, o czem świadczy między innymi niski ciężar gatunkowy. Prawdopodobnie osłabienie ogólne przyczyniło się do tak skąpej asymilacji i desassymilacji. Wahania temperatury w tym przypadku wywoływały zmiany, zupełnie zbliżone do tych, które w poprzednich przypadkach podawaliśmy. Byłoby zbyt często powtarzać to, cośmy powiedzieli przy malarii o przebiegu wydzielania w stosunku do wody, tembardziej, że rezultaty nie są zbyt wyraziste. Ograniczymy się zatem do podania wyników godzinnego wydzielania. Otóż i tutaj, mimo tak odmiennego typu choroby, wydzielanie azotu, chloru i fosforu podległo tym samym, co przy malarii, prawom. Zatem chlor wydzielany był obficie pod wpływem podnoszenia się ciepłoty, a minimum osiągał wraz z azotem w stadium podnormalnej ciepłoty. Sod zachowywał się podobnie, jedynie maximum jego nie leżało, jak maximum chloru i azotu na

TABLICA XII.

Temp.	$\frac{H_2O}{N}$	$\frac{Cl}{N}$	$\frac{P}{N}$	$\frac{Ca}{N}$	$\frac{K}{N}$	$\frac{Na}{N}$	$\frac{CO(NH_2)_2}{N}$	$\frac{Kw. mocz.}{N}$	$\frac{alox.}{N}$	$\frac{NH_3}{N}$
37	49	0,557	0,109	0,022	0,180	0,299	0,903	—	0,041	0,025
39	27	0,833	0,077	0,014	0,164	0,285	0,902	0,021	0,029	0,029
38	25	0,681	0,041	0,020	0,200	0,151	0,823	0,021	0,029	0,025
36	20	0,510	0,058	0,006	0,194	0,140	—	—	—	0,030
37	29	0,667	0,010	—	—	—	—	0,021	0,030	0,027
39	19	0,557	0,069	—	—	—	—	0,019	0,021	0,025
38	19	0,494	0,062	—	—	—	—	0,022	0,024	0,030
36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

szczycie gorączki, lecz w przedgorączkowym okresie. Fosfor, jak zawsze, w przedgorączkowym okresie najobficiej był wydzielany, spadał w ciągu trwania gorączki i podnosił się po jej ustaniu. Wapno, wydzielone najobficiej w przedgorączkowym okresie, spadało stale aż do okresu podnormalnej ciepłoty, gdzie osiągało minimum. Sole potasowe miały owe maximum wraz z azotem i chlorem na szczycie gorączki, minimum zaś po ustaniu gorączki. W stadium przedgorączkowem wznosiły się znów.

Zasady alloksorowe zdają się zachowywać, jak fosfor, natomiast kw. moczowy zachowuje się, jak chlor. Ta dziwna różnica wydaje mi się bardzo pouczającą i rzuca pewne światło na pochodzenie tych dwojga ciał. Zasady ksantynowe albo powstają trudniej, albo powstają z ciał innych. W każdym razie ociąganie się ich, powolność, z jaką za zmianami ciepłoty zdążają, jest dowodem, że potrzeba dłuższego wpływu temperatury, zanim do wydzielenia dojdą. Sole ammonowe w tym przypadku zachowywały się, jak chlor i azot. Woda wydzielala się najobficiej przed gorączką, najskąpiej po jej ustaniu. Tyle co do godzinnego wydzielania. Jak zawsze, zestawienie wyników w stosunku do azotu zaostrza pewne cechy charakterystyczne, i dlatego o niem wspomnieć wypada.

W stosunku do azotu chlor wydzielal się najobficiej w gorączce, najskąpiej przy temperaturze normalnej, wydzielanie sodu nie szło tym razem równolegle, lecz przedstawiało spadek, wraz z ciepłotą postępujący, a szczyt miało w okresie przedgorączkowym. Sole potasowe, wydzielane najskąpiej w czasie najwyższej ciepłoty, wznosiły się w okresie pogorączkowym i spadały ustawicznie aż do czasu przedgorączkowego. Wapno w okresie przedgorączkowym miało swe maximum, spadało w czasie gorączki, wznosiło się wnet potem i spadało znów aż do minimum, leżącego w okresie temperatury normalnej. Ammoniak wydzielany był obficiej w czasie gorączki, spadał potem i wznosił się do maximum w czasie ciepłoty normalnej. Zasady allokso-

rowe miały maximum stale w epoce przedgorączkowej, natomiast kw. moczowy w czasie pogorączkowym.

IV. Część teoretyczna.

Doszliśmy do końca naszych doświadczeń. Przebieg rozmaitych form gorączki dał nam jednobrzmiące wyniki. Uważaliśmy za właściwe badanie nasze ograniczyć do ludzi, u których niemoc była niepowikłaną. Sądzymy, że badania takie mniej spotykać mogą zarzutów, niż doświadczenia nad zwierzętami, u których samo wywoływanie gorączki wymaga zabiegów, wpływających na ustrój szkodliwie. Wszystkie bez wyjątku formy gorączki, choć tak różne pochodzeniem, wykazały jednakie zmiany pod wpływem podnoszenia się lub opadania ciepłoty.

Wyniki, podnoszone prawie przy każdym omówieniu poszczególnych przypadków, możnaby w krótkości tak sformułować. 1) Podwyższenie ciepłoty wywołuje zmiany w wydzielaniu, które mają jednakową postać, bez względu na to, czy podwyższenie następuje po temperaturze normalnej, czy też po temperaturze gorączki. 2) Obniżenie ciepłoty wywołuje zmiany, które tak, jak wyżej powiedziano, nie zależą od temperatury początkowej. 3) Zmiany w wydzielaniu polegają na powiększeniu wydzielania chlorków, soli potasowych i sodowych przy podnoszeniu się ciepłoty; natomiast przy obniżaniu ciepłoty ilość tych składników się zmniejsza. 4) Fosfor i azot [niezawsze] wydzielane zostają skąpiej przy podwyższeniu temperatury, obficie natomiast przy jej opadaniu.

Wyniki podobne do naszych spostrzegali inni: v. LIMBECK i v. TERRAY widzieli te zmiany przy podwyższaniu się temperatury i v. TERRAY objaśniał je rozkładem ciałek krwi, którego to objaśnienia nie przyjmujemy.

Nadmierne wydzielanie azotu i fosforu objaśniał NAUNYN jakby nagromadzeniem wielkich zapasów N i P, w organizmie, które potem naraz wydalone zostają. Objaśnienie NAUNYN'a jest niewystarczające, bo zatrzymany w or-

ganizmie chlor właśnie wtedy osiąga minimum, kiedy azot i fosfor najobficiej wydzielane zostają.

Widzi mi się zatem, że gdzieindziej szukać należy objaśnienia.

Możemy przypuszczać, że tyfus ma swój typ przemiany materii, że zapalenie płuc inno, a charakterystyczne, zmiany w ustroju wywołuje, że inaczej odżywia się przez gruźlicę wycieńczony organizm, a inaczej napastowany przez febrę zimniczą. Mimo to jednak, wahania temperatury w każdym z tych przypadków pociągały za sobą jednakie zmiany; zatem zmiany muszą zależeć od wpływów, które, bez względu na powód choroby¹⁾, zachowują się tak, a nie inaczej. Wpływy takie muszą być raczej fizycznymi, niż chemicznymi; a z fizycznych wpływów przedewszystkiem o wpływach krążenia myśleć nam wypada. Ciśnienie krwi nie daje nam żadnych danych, na których oprzeć by się można. Ciśnienie krwi bywa jednakie, kompensuje się może zbyt szybko, niezależnem jest od ruchów serca, bo nawet digitalina, według doświadczeń WINOGRADOWA [28], na ciśnienie krwini nie wpływa, choć znanym jest wpływ jej zwalniający ruch serca i znanym wpływ²⁾ na wydzielenie chloru i azotu. MOSEN [30] wykazał, że ciśnienie od ciepłoty wogóle nie zależy. Zatem w ciśnieniu krwi szukalibyśmy na próżno zmian; raczej szukać ich wypada w rozszerzeniu i zwężeniu naczyń, które, choć trudniej badaniu podległe, wydały dotąd rezultaty dosyć pewne. MARAGLIANO [29] wykazał za pomocą pletyzmografu, że objętość kończyny powiększa się wraz z podwyższeniem ciepłoty. Świadczyłoby to o rozszerzeniu naczyń. Ważniejsze jeszcze wydają nam się wyniki, otrzymane w zimnicy, gdzie przed napadami skonstantowano zmniejszenie się objętości i zmniejszenie to trwało przez czas gorączki, a przy zmianie cie-

¹⁾ Nie chcemy przeczyć, że gruźlica ma swój typ przemiany materii, i dla tego może rezultaty różnią się od wyników, otrzymanych przy tyfusie, który także swojemi drogami chodzi.

²⁾ Pod wpływem digitalis azot i chlor wydzielają się obficie.

ploty zmieniało się na powiększenie objętości, które zostało w epoce bezgorączkowej. Możemy więc przypuszczać, że zwężenie naczyń towarzyszy podnoszeniu się ciepłoty, że trwa w ciągu gorączki, a kiedy ta ustępuje, zwężone naczynia rozszerzają się. Badania MARAGLIANO zgadzają się z wynikami doświadczeń C. ROSENTHAL'a [31] i R. GEIGLA [32], z których pierwszy wykazał, że przy podwyższeniu ciepłoty zmniejsza się oddawanie ciepła na zewnątrz, co najłatwiej objaśniać zwężeniem się naczyń. GEIGEL l. c. podaje, że w początkach gorączki spada temperatura ciała, że w czasie gorączki m n i e j się podnosi z e w n ę t r z n a ciepłota, niż w e w n ę t r z n a, że wreszcie przy k r y z y s i e podnosi się ciepłota zewnętrzna. Reasumując wyniki badań MARAGLIANO, GEIGEL'a i ROSENTHAL'a możemy powiedzieć, że naczynia zwężają się w gorączce i rozszerzają się po jej ustąpieniu.

Tyle co do czysto fizycznych warunków. Rozpatrzmy, jaki wpływ zmiany w naczyniach mieć mogą na ruch krwi i na przemianę, między krwią a tkankami istniejącą.

Zwężenie naczyń pociąga za sobą zmniejszenie oporu i zmniejszenie powierzchni dyfundującej. Zmniejszenie oporu wywołuje przyśpieszenie ruchu krwi, zatem przyśpieszenie dyfuzji. Wprawdzie zmniejszenie powierzchni pociąga za sobą zwolnienie tejże dyfuzji, w każdym razie wpływ ostatni słabszym jest od pierwszego.

Jeżeli tedy przyjmiemy za rzecz pewną zwężenie naczyń przy podnoszeniu się ciepłoty, wtedy prąd dyfuzyjny, istniejący pomiędzy tkankami a krwią, zmienia się. Prąd postępuje w kierunku od krwi do tkanek, od krwi do nerek, zatem wydzielony mocz obfituje w składniki krwi, mocz, który jest jakby odbiciem krwi, ubogi w fosfor i wapno i ciała ksantynowe, bogaty w chlorki, azot i wodę. Na skutek tego prądu wody z krwi do tkanek tkanki muszą stawać się więcej wodnistymi, krew musi stać się więcej gęstą i mocz staje się uboższym w wodę i w części rozpuszczalne. Jeżeli proces trwa, to tkanki wodnieją i rozkładają się, albowiem pod wpływem rozcieńczenia wszelkie procesy przebiegają szybciej. Tkanki rozkładają się, wraz z niemi

białko, i w krążeniu zjawiają się produkty jego rozkładu: sole potasowe, kwas moczowy, ciała ksantynowe, fosfor etc. Zmniejszają się zaś składniki, w które tkanki są ubogie, jak chlorki i woda. Taki jest obraz gorączkowej przemiany materii, którego odbicie znajduje się w moczu ubogim w wodę i chlor, obfitym w azot i fosfor. Jeżeli na szczycie gorączkowego procesu powstanie zmniejszenie ciepłoty i domniemane rozszerzenie naczyń, wtedy dyfuzja zwalnia się jeszcze bardziej i tkanki oddają do krwi obficie swe składniki, więc zatrzymaną wodę i fosfor oraz ciała ksantynowe. Jeżeli znów nastąpi zwężenie, wtedy na nowo krew oddaje tkankom swe składniki i mocz staje się obrazem krwi; jeżeli nastąpi rozszerzenie i zwolnienie pod wpływem opadania gorączki, mocz staje się znowu odbiciem tkanek. Według tego rozumowania dzielilibyśmy gorączkę na pięć okresów, trwających nie jednakowo długo, których szematyczne przedstawienie umieszczamy poniżej.

Na tym szemacie oddaliśmy wiernie wyniki naszych doświadczeń i chcemy je w świetle powyżej wyłuszczonych mniemań przedstawić. Pierwszy okres gorączki, kiedy temperatura się podnosi, wykazuje powiększenie chloru i zmniejszenie fosforu [dla uniknięcia skomplikowania wybraliśmy typowe składniki chloru i fosforu], jest to stadyum, kiedy krew oddaje swoje składniki tkankom i nerkom. Drugi okres jest dalszym ciągiem pierwszego, z tą wszelako różnicą, że krew zubożała w fosfor, a fosfor rozpadających się tkanek nie zdążył jeszcze do krwi przeniknąć. Trzecie stadyum prawdziwej tyfusowej gorączki wykazuje podnoszenie się fosforu, a zmniejszenie chloru, które poczęło się już w okresie poprzednim. Czwarte stadyum oddaje nam przebieg gorączki, która trwać może dowolnie długo. Mocz jest odbiciem składu tkanek ubogim w chlor i wodór, obfitującym w azot i fosfor. Piąte stadyum przedstawia wzmocniony typ gorączki; prąd dyfuzji przechodzi w krew i mocz wskutek rozszerzenia naczyń. Zatem w tym okresie wydziela organizm najwięcej fosforu, najmniej chloru. Ostatnie stadyum jest powrotem do normy, przyczem chlor wraca powolniej, a fosfor prędzej.

W całym tem rozumowaniu staraliśmy się opierać na prawach fizycznych, będąc wyznawcą teoryi dyfuzyi i przypisując wydzielanie moczu wpływom czysto fizycznym. Dalej opieraliśmy się na fakcie, że fosfor powstaje z jąder komórek, że zatem powolniej musi się tworzyć, niż inne składniki, które są preformowane. Potwierdzenie naszych domysłów znajdujemy w tem, że zasady ksantynowe, również z jąder powstałe, zachowują się na wzór fosforu. Różnica szybkości, z jaką zmienia się ilość chloru i fosforu w moczu, nie powinna istnieć przy znikaniu gorączki. Mniemanie to zostało potwierdzone. Wreszcie zachowanie się amoniaku, jako składnika wynikłego na skutek zakwaszenia organizmu, musi być tak powolne, jak powstawanie zasad ksantynowych, i to zgadza się z wynikami naszych badań. Sole potasowe i sodowe, rozpuszczalne i szybko dyfundujące, zachowują się jak chlorki; zmniejszenie ich wydzielania po gorączce zgadza się z zachowaniem się chloru.

Mimo to, nasze rozumowanie może i musi wywołać pewną krytykę. Najprzód uwzględnić musimy zdanie tych, którzy w każdym zapaleniu widzą rozszerzenie naczyń. Bardzo być może, że to, co dotyczy miejscowego zapalenia, nie dotyczy gorączki, dla której dawniej przytoczone badania za zwężeniem przemawiają. Bardzo być może, że pierwsze zwężenie naczyń przechodzi potem w rozszerzenie.

Ważniejszym wydaje nam się stadium przedgorączkowe, które spotykamy w formie gorączki hektycznej i zimnicy, owa s k r y t a g o r a c z k a (*latentes Fieber*) NAUNYNA. Moglibyśmy je uważać za raptowne rozszerzenie naczyń, poprzedzające skurcz. Są to zjawiska, komplikujące bardzo wszelkie teorie i zmieniające czasami do gruntu dawne zapatrywania.

Kilka zdań pragniemy wyłowić z owego potopu, który zmieni kiedyś nasze mniemania.

Zdaniem naszym: 1) tkanki pod wpływem wody, i tylko pod wpływem wody, rozpadać się muszą, a, rozpadając się, dają drobniejsze cząsteczki, które osmotyczne ciśnienie zwiększają i w ten sposób coraz większe wodnienie i coraz

szybszy rozkład wywołują; 2) w czasie podnoszenia się gorączki i w czasie opadania zachodzą zmiany, które tylko szybkością dyfuzji i jej kierunkiem są wywołane; 3) przy podnoszeniu się ciepłoty mocz zachowuje się, jakoby wracał do normy. Przy obniżaniu się ciepłoty zachowuje się odwrotnie.

W pięknej pracy HUPPERT'a, pisanej przed pół wiekiem prawie, znaleźliśmy liczby, które naszą teorię poparły, a przez zasłużonego uczonego pominięte zostały. Chcielibyśmy, aby i nasze cyfry, przetrwały nasze poglądy i służyć mogły kiedyś dla poparcia lepszych i nowszych.

LITERATURA.

1. TRAUB-Jochman. Deutsch Klin. 46, p. 511, 1855.
2. REDTENBACHER. Zeitschr. f. ration. Med. 1856.
3. E. RINGER. Transact. of the Med. chir. Society 42, p. 361. 1859.
4. BRAZELER. Arch. f. path. Anat. u. Phys. B. 21 p. 456.
5. HAXTHANSEN. ibid 21 p. 366.
6. ROSENSTEIN. ibid 43 p. 401.
7. RIESENFELD. ibid 47 p. 133.
8. UNRUH. ibid 48 p. 228.
9. SALKOWSKY. ibid 88 p. 391.
10. HUPPERT. Arch. f. Heilkunde B. VII, p. 69.
- ibid B. X, p. 329.
- ibid ibid p. 503.
11. SCHLEICH. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. B. 4, p. 42.
12. E. HALLERVORDEN. ibid B. 12, p. 237.
13. NAUNYN. Berl. klin. Wochensch. 1869, Nr. 4, p. 42 etc.
- Arch. f. Anat. u. Phys. 1870, p. 159.
14. ZULZER. Centralbl. f. med. Wissensch., 1877, Nr. 42, 43.
15. ROHMANN. Zeitschr. f. klin. Medic., B. I, p. 513.
16. SENATOR. Centr. f. med. Wissensch., 1877, p. 389.
17. LIEBERMEISTER. Prag. Vierteljahrschr. 37, p. 63.
18. v. LIMBECK. Wien. med. Wochen. 1892.
19. LEYDEN. Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1869, p. 375.
20. v. TEWAY. Zeit. f. klin. Med.
21. S. REM PICCI u. V. CACCINI. Il Policlinico, 1894.
22. ROSENTHAL. Arch. f. Anat. u. Phys. Phys. Abt. p. 1, 1888, Decemb.
23. ARONSOHN. Deut. med. Wochensch., 1888, Nr. 3 i 4.
24. GEIGEL. Verhand. d. Phys. med. Gesellsch. in Würzburg, 1888, B. 22, Nr. 1.
25. MARGLIANO. Riforma Med. 1888, Arch. ital. de Biologie XI, p. 195.
26. HAMBURGER. Arch. f. Anat. u. Phys. Phys. Abt., 1897, 132, 137, 144.
27. E. SCHULZE. Zeitschr. f. Phys. Chem. XXIII p. 18, 1898, p. 302, 332.
28. WINOGRADOFF. Arch. f. Path. Anat. u. Phys., B. 22, p. 457.
29. MARAGLIANO. Arch. ital. de biol. T. XI, p. 195.
30. MOSEN. Deutsch. Arch. f. kl. Med. B. 52, p. 601.
31. C. ROSENTHAL. Arch. f. Anat. u. Phys., 1888, p. 1.
32. R. GEIGEL. Verhandl. d. physik. med. med. Gesell. zu Würzburg, B. 22, Nr. 1.

POMYŁKI

w określeniu płci ujawnione drogą operacyjną. Operacje dokonane u wrzekomych obojnaków oraz osobników płci wątpliwej.

Rzut oka na rozwój organów moczowopłciowych człowieka.

(z 68 rysunkami w treści).

Odczyt w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem.

Podał

Dr. Med. Fr. Neugebauer,

Ordynator Oddziału Ginekologicznego Warszawskiego Szpitala
Ewangelickiego.

Kwestya obojnectwa nigdy nie zaprzestawała zajmować zarówno wyobraźni i ciekawości laików, jak i sprytu prawodawców oraz umysłu badawczego lekarzy i przyrodników. Nauka o obojnectwie w ostatnich dziesiątkach lat, dzięki drobnowidzowi oraz postępom embryologii, zrobiła ogromne postępy, również i kliniczne badanie osobników płci wątpliwej. Najnowszym postępem na drodze ujawnienia mylnego określenia płci jest badanie laryngologiczne, jak pokazuje spostrzeżenie, ogłoszone niedawno przez prof. laryngologii BERTHOLD'a w Królewcu. W Sierpniu 1891 roku badał on w ambulansie poliklinicznym 22-letnią pannę Maryę Schoettke wskutek chrypki. Uderzyła go odrazu wielkość strun głosowych, jakiej jeszcze nigdy nie spotykał u kobiet lecz tylko u mężczyzn wysokiego wzrostu. Przyjrzał się wtedy uważniej pacyentce i spostrzegł za-

46*

rost męzki na twarzy. Marya S. co dwa dni goliła się. Podejrzewając Maryę o płć męską, kazał jej rozebrać się i zbadał organa płciowe. Rzeczywiście Marya miała duże prącie męzkie rozszczepione, a, oprócz tego, przepuklinę pachwinową. BERTHOLD przyszedł więc do przekonania, że ma do czynienia z mężczyzną i zapytał się pacjentki, do jakiej płci odczuwa więcej skłonności. Marya, rumieniąc się, odpowiedziała, że najchętniej przebywa samą. Gdy BERTHOLD oświadczył jej, że jest ona mężczyzną, panna nie chciała dać wiary. W kilka dni później miała ponownie stawić się, aby być przedstawioną prof. VIRCHOW'owi, lecz nie przysłała. Daremnie BERTHOLD pisał do niej, daremnie pojechał do Ponart, gdzie mieszkała Marya; już jej więcej nie ujrzał. BERTHOLD zapomniał już zupełnie o niej, gdy w 7 lat później otrzymał list od Maryi, czy może liczyć ona na to, aby jej profesor dopomógł, gdzie wypada, do uzyskania praw płci męskiej. Wtedy to przybyła ponownie do Królewca i po zbadaniu przez fizyka i skostatowaniu spermy własnej oraz obecności jąder i przyjąder oraz powrozów nasiennych w obu połowach rozszczepionej moszny zmieniono jej akt stanu cywilnego. BERTHOLD'a uderzyła różnica w występowaniu Maryi dawniejszem i dzisiejszem. Dawniejsza skromna panna, która ze wstydu nie chciała się dać zbadać po raz drugi, dziś sama żąda tego badania, występuje rezolutnie, pozwala się nago fotografować i przedstawić w towarzystwie lekarskiem na posiedzeniu, gdzie było blisko stu mężczyzn etc. Dzisiaj Marya była, jak się wyraża BERTHOLD „*ein ganz resoluter Kerl*“. Będąc w stosunkach już od dłuższego czasu z jakąś panuą, pragnie ona jaknajprędzej ożenić się z nią. BERTHOLD badał przy pomocy promieni ROENTGEN'a krtań i ujawnił, że u Maryi skostnienie chrząstki tarczowej odpowiadało zupełnie typowi skostnienia u mężczyzn, u których ono zaczyna się w 20 roku życia i posuwa się znacznie dalej, niż u kobiet. [Fig. 1—6].

Jak często u człowieka zdarza się wrzekome obojnactwo dowodzi kazuistyka 679 spostrzeżeń zestawionych przezemnie w pracy drukującej się w „Przeglądzie Chirur-

gicznym“ kol. KRAJEWSKIEGO, zawierająca naprzykład nie mniej jak 50 małżeństw, zawartych wskutek mylnego określenia płci pomiędzy dwojgiem ludzi płci równej. Kazuistyka ta również dowodzi, jak okropnemi bywają czasami następstwa mylnego określenia płci nie tylko dla samego

Fig. 1.

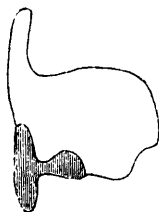


Fig. 2.

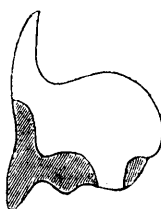


Fig. 3.

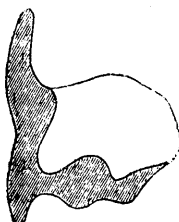


Fig. 4.

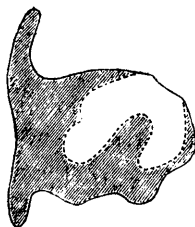


Fig. 5.

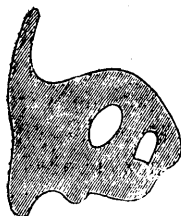


Fig. 6.

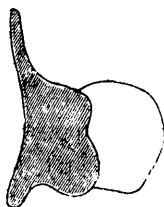


Fig. 1—6 [Prof. BERTHOLD]. 1—5: stadya skostnienia *cartilaginis thyreoideae* u mężczyzny; 6: ostateczne skostnienie u kobiety.

osobnika, ale i dla rodziny i otoczenia. Przypominam tylko dwa przypadki samobójstwa, które były skutkiem takiej pomyłki, dwa przypadki zabójstwa itd.

Ileż to nieszczęścia, złamanych egzystencji znam wskutek wychowania mężczyzny za kobietę lub kobiety za mężczyznę. Jeśliby lekarz, wezwany dla rozstrzygnięcia płci wątpliwej, świadom był kolosalnej odpowiedzialności swojej w razie określenia mylnego, toby w wielu przypadkach stanowczo wolał odłożyć określenie płci do czasu przyszłego, dopóki nie ujawni się wyraźnie płeć jedna lub druga, lub zupełnie zrzec się decyzji, oddając ją lekarzowi specjalnie obznajmionemu z kwestyą, niż ryzykować pomyłkę. Lecz czy w każdym przypadku istnieje możliwość rozpoznania płci prawdziwej? Nie! są przypadki, gdzie nawet sekcja i drobnowidz pozostawiały wątpliwości. Na szczęście ilość tych przypadków jest bardzo nieznaczna. Pomyłki w określeniu płci zawsze będą się zdarzały. Zadaniem naszym jest, aby pomyłki takie zdarzały się jak najrzadziej. Niechaj odczyt mój dzisiejszy będzie przyczynkiem do wspólnej na tem polu pracy. Zanim zaś przystąpię do samego rdzenia odczytu tego, niechaj wolno mi będzie, dla ułatwienia zrozumienia częstości pomyłek w określeniu płci oraz przyczyny takich pomyłek, przytoczyć wkrótce pogląd ogólny na obojnactwo oraz rzut oka na embryologiczny rozwój organów moczopłciowych człowieka.

Podczas gdy u zwierząt niższych, na przykład u Cestodów, istnieje prawdziwe obojnactwo z samozapłodnieniem, a u Hirudines i Gasteropoda istnieje obojnactwo prawdziwe, lecz bez możliwości samozapłodnienia, albowiem potrzeba dwóch osobników dla osiągnięcia potomstwa, to u człowieka prawdziwe obojnactwo nie istnieje, nie tylko zatem możliwość samozapłodnienia jest wykluczoną ale i możliwość, aby ten sam osobnik mógł być zapłodnionym przez innego osobnika i równocześnie mógł zapłodnić innego osobnika. Obojnactwo u człowieka jest raczej wrzekomem. Osobnik należący do płci jednej może mieć pewne pozory płci odmiennej, lecz bez funkcji tej płci odmiennej przynależnych, czyli, że człowiek posiada tylko gruczoły płciowe męskie albo żeńskie, nigdy zaś jedno i drugie, co łatwo zrozumieć gdy sobie przypomniemy, że pierwotnie istnieją tylko dwa

gruczoły płciowe, po każdej stronie ciała jeden, z których w następstwie rozwijają się albo jądra albo też jajniki. Hermafrodytyzm więc ludzki polega jedynie na paradoksie takim, że układ zewnętrzny organów płciowych nie zgadza się z ustrojem i czynnością gruczołu płciowego.

W poglądach na hermafrodytyzm zaszły w ostatnich latach zmiany ogromne.

Dawniej rozróżniano obojnactwo prawdziwe w kilku odmianach:

Hermaphroditismus verus:

a) *Hermaphroditismus lateralis*: Po jednej stronie jądro, a po drugiej jajnik.

b) *Hermaphroditismus unilateralis*: Po jednej stronie jądro albo jajnik, po drugiej zaś jądro i jajnik.

c) *Hermaphroditismus bilateralis*: Po obu stronach jądro i jajnik.

Istnieje, co prawda, cały szereg przypadków, w których opisywano jakoby istnienie jądra i jajnika u tegoż osobnika, badanie jednak mikroskopowe nie było w stanie dać dowodów na to, że nie zachodziła pomyłka w określeniu natury danego gruczołu płciowego. Tak na przykład w przypadku HEPPNER'a, który znalazł jakoby jądra i jajniki u tegoż osobnika, w tych wrzekomych jajnikach SŁAWIAŃSKIJ nie był w stanie znaleźć charakterystycznych dla jajników follikułów GRAAF'a. Również brak dowodów ścisłych w spostrzeżeniu OBOŁOŃSKIEGO i wszystkich innych, jakoby dotyczących prawdziwego obojnactwa u człowieka. Anglicy BLACKER i LAWRENCE (*A case of true unilateral hermaphroditism with ovotestis occurring in man with a summary and criticism of the recorded cases of true hermaphroditism*). Transact. of the Obstetr. Society of London. Vol. XXXVIII, 1896), opisali 8 i pół miesięczny płód, nieżywo rodzony o szcążkowo rozwiniętej jednoróżnej macicy oraz trąbce i jajniku po prawej stronie, podczas gdy gruczoł płciowy lewostronny wykazał drobnowidzową budowę jajnika i jądra i był połączony ze szcążkowo rozwiniętą trąbką oraz rozszerzonym przewodem WOLFF'a, *epididymis*, *vas deferens*. Gruczoł ten autorowie nazwali *ovotestis*, po-

nieważ zawierał elementy i i jajnika i jądra. Autorowie ci rozbierają krytycznie opisane dotąd 28 spostrzeżenia jakoby prawdziwego obojactwa, mianowicie: 2 jednostronnego, 9 obustronnego i 17 bocznego obojactwa, a więc:

a) Jajnik lub jądro po jednej stronie, jajnik i jądro po drugiej stronie.

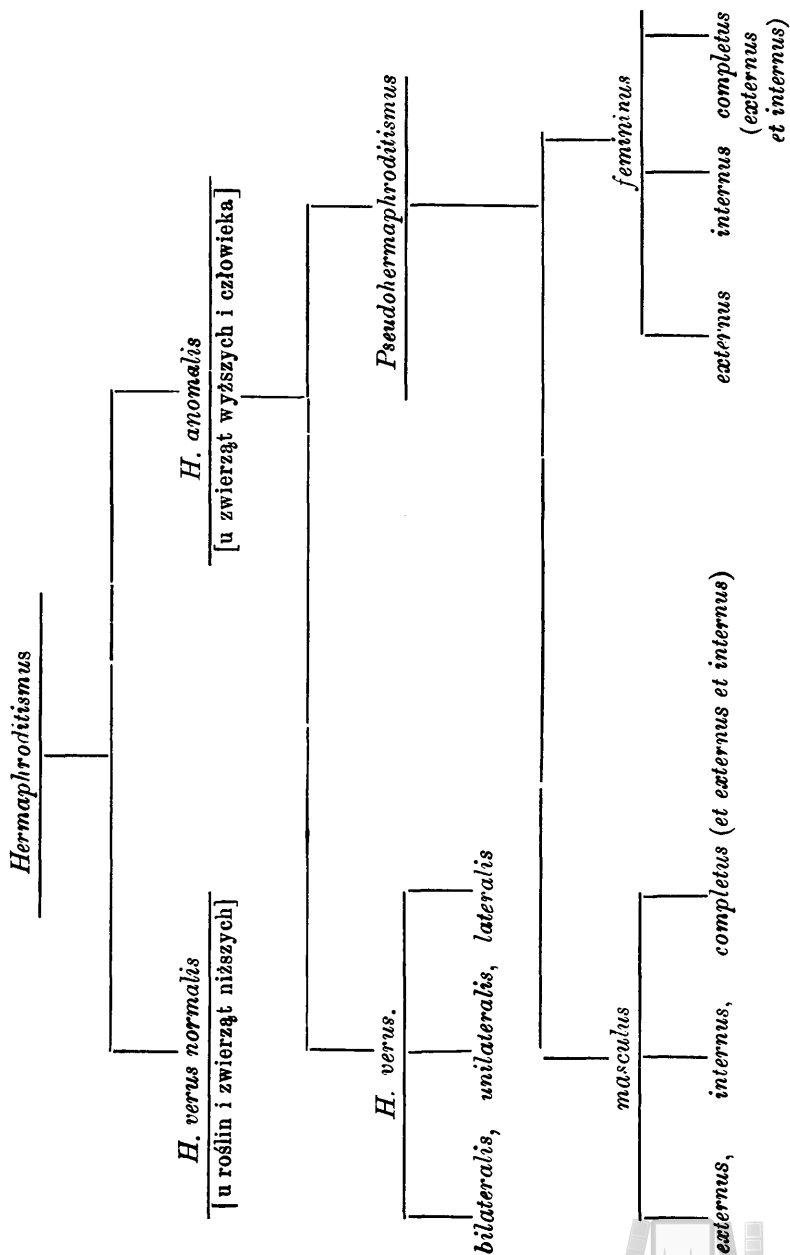
b) Jajnik i jądro po obu stronach.

c) Jajnik po jednej stronie, a jądro po drugiej stronie.

W rezultacie uznają z pośród 9 spostrzeżeń *hermaphroditismi bilateralis*, jako prawdziwe, tylko jedno spostrzeżenie HEPPNER'a, a z pośród 17 spostrzeżeń *hermaphroditismi lateralis* tylko dwa spostrzeżenia: OBOŁOŃSKIEGO i SCHMORL'a, swoje własne zaś spostrzeżenie uważają za jedyne *hermaphroditismi unilateralis*. Razem więc autorowie uznają tylko 4 spostrzeżenia za dotyczące prawdziwego jakoby obojactwa.

Czy tak czy inaczej, to chociażby znaleziono u tegoż osobnika czy gruczoł *ovotestis*, czyli o rozwoju w kierunku jednej płci i drugiej, czy też obok siebie gruczoły jednej płci i drugiej, to jednak gruczoły te nigdy nie doszły jeszcze do takiego rozwoju, aby mogły funkcjonować prawidłowo, czyli, że dotychczas literatura nie posiada ani jednego spostrzeżenia wiarogodnego, aby u tegoż osobnika znaleziono i spermę własną i *ovula* własne. Prawdziwy hermafrodytyzm w całej pełni znaczenia tego słowa u człowieka jeszcze spostrzegany nigdy nie był, a chodzi li tylko o pozory płci męskiej u kobiety lub o pozory płci żeńskiej u mężczyzny, a pozory te oparte są na anomalii rozwoju dziś naukowo wyjaśnionej co do samej istoty, lecz niestety nie wyjaśnionej co do przyczyny samej anomalii.

Teoretycznie dziś przyjęto szemat odmian obojactwa następujący:



Zajmuje nas więc dziś głównie 1) wrzekome obojnactwo męskie. Mężczyzna o pozorach kobiecych: *Androgynoides* Pozzi'ego lub też *Androgyne*, jak dawniej oznaczano takich osobników. BENDA proponował nazwę *Pseudothelia* dla oznaczenia pozorów kobiecych u mężczyzny ($\sigma\eta\lambda\omicron\varsigma$ =kobięcy); a dalej 2) wrzekome obojnactwo żeńskie: *Gynander* lub też *Virago* lub *Gynandroide* Pozzi'ego. BENDA proponował nazwę *Pseudarrhenia* dla oznaczenia tej wady rozwojowej ($\alpha\beta\acute{\rho}\eta\eta$ =mężki).

Wrzekome obojnactwo może być tylko zewnętrzem, jeżeli tylko zewnętrzne organa płciowe noszą charakter przynależnych płci odmiennej od płci gruczołu płciowego danego osobnika, wewnętrzem, jeżeli tylko wewnętrzne organy płciowe danego osobnika noszą na sobie pozory należące do płci odmiennej, niż płeć gruczołu płciowego danego osobnika, lub też wrzekome obojnactwo może być zupełnem, jeżeli zewnętrzne i wewnętrzne organa płciowe mają pozory płci odmiennej niż gruczoł płciowy. Tak na przykład przy *Pseudohermaphroditismus masculinsexternus* istnieje *hypospadiasis penisscrotalis* o *pseudovulva* oraz kryptorchizmie, podczas gdy wewnętrzne organa płciowe są męskie i osobnik posiada jądra w jamie brzusznej lub w kanałach pachwinowych ukryte; przy *Hermaphroditismus spurius masculinus internus* mężczyzna o normalnem prąciu i mosznie i jądrach posiada wysokiego stopnia rozwoju macicę o trąbkach, pochwie do cewki męskiej się otwierającej etc. przy braku *prostatæ* etc. *Pseudohermaphroditismus masculinus* będzie zupełnym, jeżeli zewnętrzne organa płciowe okażą się zupełnie żeńskimi, na miejscu wewnętrznych znajdziemy macicę o trąbkach, więzach obłych etc. ale na miejscu jajników znajdują się jądra.

Pseudohermaphroditismus femininusexternus: *Clitoris hypertrophica*, nie przebita cewką lub też zupełnie jak *penis* przebita cewką ze zrośnięciem się pomiędzy sobą warg sromowych wielkich, tak że powstają pozory moszny, przytem *ectopia labialis ovarii unius* albo *utriusque*. Przy *Hermaphro-*

ditismus femininus internus brak macicy, trąbek, więzów obłych, brak pochwy, natomiast istnienie *prostatae* etc. wobec istnienia jednak jajników.

Przy wrzekomem obojnactwie kobiecym zupełnem istnieją wszystkie pozory płci męskiej, lecz nie ma jąder, a istnieją tylko jajniki, czy *in hernia inguinolabiali* czy też w normalnem miejscu leżące.

Prócz tych kardynalnych objawów, dotyczących organów moczopłciowych istnieją również mniej lub więcej wyraźne pozory płci odmienniej co do ogólnej budowy ciała, kośćca, klatki piersiowej, krtani, głosu, sutek, owłosienia ogólnego ciała, twarzy, sromu, pośladków, krocza, kończyn, sposobu skostnienia chrząstki tarczowej etc. Nareszcie gra wielką rolę charakter osoby, psychiczny rozwój męzki lub żeński lub też mieszany, często zależny od tego, czy osobnika o płci wątpliwej wychowano za męczyznę czy też za kobietę. Bardzo ważną też rolę w określeniu płci mylnem, czy to przez rodziców, czy samego osobnika, czy lekarza odgrywa pocucie płciowe danego osobnika, które może być homoseksualnem zamiast heteroseksualnego. Jak kazuistyka wykazuje, na tem polu zdarzają się najróżniejsze anomalie, a nawet zauważono uderzające zmiany w usposobieniu danego osobnika, tak że naprzykład dawniej odczuwał tylko popęd do płci jednej, a później ni ztąd ni z owąd tylko do drugiej.

Lecz przystąpmy teraz do krótkiego skreślenia embryologicznego rozwoju organów moczopłciowych.

Cały ustrój moczopłciowy kręgowców powstaje z nabłonka koelomatycznego; zarówno pochodzą z niego pierwotne gruczoły płciowe i moczowe, nerki jak i ujścia, czyli przewody ich wywodzące.

Za pierwszy organ sekrecyjny, czyli wydzielający płodu uważamy dziś ciało OKEN'a pierwotną nerkę, czyli *pranercze* (*Mesonephros*) lub ciało WOLFF'a, które wytwarza się pod koniec 4-go tygodnia życia płodowego częściowo z tak zwanego *przednercza* (*Pronephros*); w następstwie dopiero wytwarza się nerka prawdziwa, czyli stała (*Metanephros*). Rozwój organów płciowych stoi w tak

Pam. Tow. Lek. T 95. Z. III.

ściśłym związku z rozwojem organów moczowych, że nie sposób rozpatrywać ich oddzielnie, ponieważ część organów płciowych powstaje z pranercza również, jak i organy moczowe częściowo z niego powstają. Bardzo dobrze wyklada rozwój ten kolega ŚWITALSKI w odczycie swoim „O pozostałościach ciała i przewodu pranercza u płodów i dzieci płci żeńskiej“ (w Krakowie 1898 r.).

Pozwalam sobie odpowiedni ustęp przytoczyć dosłownie, uzupełniając go jednak rysunkami.

„W pierwszych tygodniach życia płodowego aż do czasu rozwinięcia się nerek właściwych, spełnia, jak wiadomo, ich funkcje przejściowe narządzie wydzielnicze, zwane pranerczem (*Urniere*) lub ciałem WOLFF'a. Pranercze po rozwinięciu się nerek właściwych przestaje funkcjonować, ale pomimo to nie zanika, lecz, zależnie od płci, jaka się w płodzie rozwija, zachowuje się rozmaicie. U zarodka męskiego wytwarza się z ciała WOLFF'a przyjądrze (*epididymis*) i *paradidymis*, a z kanału WOLFF'a, przewód nasenny (*Vas deferens*). U zarodka zaś żeńskiego, pomimo że pranercze nie obejmuje żadnej stałej funkcji, jednakże choć częściowo dalej pozostaje i ma przedewszystkiem znaczenie dla tego, że może stać się punktem wyjścia rozmaitych tworów patologicznych“.

„Jak wiadomo z badań WALDEYER'a, JANOSIK'a i innych, pranercze wytwarza się u człowieka tak samo, jak u zwierząt kręgowych ze środkowego listka zarodkowego (*Mesoderma*). Przez zgrubienie grzbietnej części obu blaszek mezodermi [WALDEYER] tworzy się najpierw solidny powróż ułożony na tylnej ścianie brzusznej, który potem zamienia się w kanał. Zupełnie niezależnie od tego kanału z nabłonka jamy ciała (*Mesoderma*) wytwarzają się szeregi kanalików bocznych, które z nimi się łączą. Na końcu tych kanalików przez wrastanie naczyń w ślepe zakończenia i przez zmianę tej części kanalików powstają, podobnie jak przy tworzeniu się właściwej nerki, kłębki wydzielnicze (*Glomeruli*). U płodów 7,0—7,5 młm. długich ciała WOLFF'a są już dobrze rozwinięte i rozciągają się od kloa-

ki aż do miejsca, w którym wytwarza się później przepona, w miarę jednak rozrastania się organizmu płodowego względnie się obniżają i zajmują przestrzeń w dolnej części jamy brzusznej w postaci ciał walcowatych wolno sterczących w jamie ciała po obu stronach kręgosłupa“.

Dla łatwiejszego zrozumienia opisu ŚWITALSKIEGO dodaję z różnych podręczników szereg ilustracji odpowiednich. Otóż Fig. 7 [podług v. KOELLIKER'a] przedstawia organy moczopłciowe płodu ludzkiego 8-tygodniowego. Fig. 8 [podług DEBIÈRE'a]—również rozwój płodu około dwumiesięcznego.

Fig. 7.

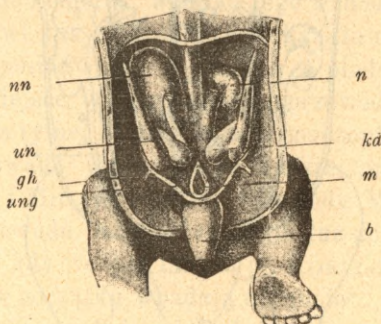


Fig. 7. Organy płciowo-moczowe zarodka ludzkiego 8 tygodniowego [podług v. KOELLICKER'a w 3-krotnem powiększeniu], patrz Hertwig l. c. pag. 374 fig. 266]. *nn*—nadnercze prawostronne, *un*—pranercze prawostronne, *n*—nerka lewostronna, *gh*—*gubernaculum Hunteri*—*lig. uteri rotundum*, *m*—odbytnica, *b*—pęcherz moczowy, *kd*—gruczoł płciowy.

„Pranercza całą tylną swą powierzchnią stoją w połączeniu z tylną ścianą brzuszną, której tkanka mezo dermalna przechodzi bezpośrednio w utkanie pranerczy, na wolnej zaś powierzchni pokryte są nabłonkiem otrzewny (*Coelomepithel*). Przewód WOLFF'a biegnie po zewnętrznej stronie ciała WOLFF'a i przyjmuje poprzeczne kanaliki, które więc wpadają do jego ściany wewnętrznej. Dolne części kanałów odprowadzających poniżej ciała WOLFF'a mają postać fałd, umieszczonych na tylnej ścianie brzusznej, nazwanych przez WALDEYER'a „*plicae urogenitales*“. Kanaliki boczne są pokręcone, mają podobieństwo do kanali-

ków nerki właściwej i wraz z kłębkami wydzielniczymi pomieszczone są wśród tkanki zarodkowej obficie unaczynionej. Tak kanał WOLFF'a, jak i kanaliki, wysłane są nabłonkiem wałeczkowatym, który, według NAGEL'a, u płodów młodszych jest wszędzie jednaki, u zarodków zaś 18—23 młm. długich w części kanalików początkowej szerszej, przechodzącej tu w torebkę BOWMAN'a, ma postać komórek kubicznych. Kanały WOLFF'a ku dołowi powoli się zwężają i wpadają początkowo do kloaki. Przez rozrastanie

Fig. 8.

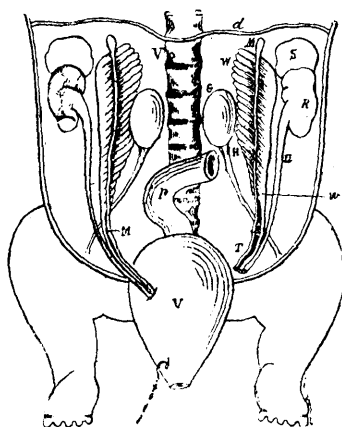


Fig. 8. Organa płciowe 2 miesięcznego płodu ludzkiego [podług DEBIERRE'a]. *V*—pęcherz moczowy wyłoniony ku przodowi i ku dołowi, *r*—odbytnica, *V'*—kręgosłup, *u*—moczowód, *R*—nerka, *S*—*capsula suprarenalis*, *W*—ciało WOLFF'a, *w*—przewód WOLFF'a, *M*—nitka czyli przewód MUELLER'a, *h*—gruczoł płciowy, w następstwie jądro lub jajnik, *H*—*gubernaculum Hunteri*. *T*—powróż płciowy THIERSCH'a, *d*—przepona piersiowa.

się ku dołowi przegrody pomiędzy omoczną a jelitem zostaje kloaka rozdzielona na dwie części: część tylną, która łączy się z jelitem i część przednią, która stanowi dalszą część omocznej i nosi teraz nazwę kanału moczopłciowego (*canalis urogenitalis*), a od czwartego miesiąca tworzy przedsionek pochwy (*vestibulum vaginae*). Skoro ciała WOLFF'a są już rozwinięte, rozpoczyna się rozwój kanałów MUELLER'a i gruczołów płciowych. Zawiązek kanałów MUELLER'a u zarodków

ludzkich obserwował His już u płodów mających 7,0—7,5 mlm. długości. Przewody MUELLER'a rozwijają się u człowieka, jak u wszystkich kręgowców, całkiem niezależnie od ciała i przewodów WOLFF'a [JANOSIK, WALDEYER, NAGEL] z nabłonka otrzewnowego (*Coelomepithel*), znajdującego się na bocznej zewnętrznej stronie ciała WOLFF'a w tak zwanej listwie trąbkowej (*Tubenleiste*). Nabłonek w tem miejscu z początku wybitnie grubiej, potem pogłębia się lejkowato tak, że koniec tego lejka układa się wśród tkanki tuż przy kanale WOLFF'a i z nim pozostaje w ścisłym związku. W dalszym ciągu ślepy koniec tego lejka wzrasta wzdłuż przewodu WOLFF'a zupełnie samoistnie przez bujanie komórek, w skład jego wchodzących, coraz wlecej ku dołowi, tak że dochodzi do kanału moczopłciowego (*canalis urogenitalis*), co się dzieje u płodów długich na 25—30 mlm. Miejsce, w które wpadają przewody MUELLER'a, odznacza się na tylnej ścianie kanału moczopłciowego małą wyniosłością, zwaną w z g ó r k i e m MUELLER'a. Według v. ACKEREN'a i MIHALKOWICZA, przewody MUELLER'a dochodzą do przewodu moczopłciowego już po zlaniu się ze sobą, podczas gdy według innych [v. KOELLIKER, DOHRN, BIERFREUND] z początku wpadają odrębnie*.

„Połączenie pomiędzy kanałami MUELLER'a a kanałem moczopłciowym następuje pomiędzy 3½, a 4 miesiącami [van ACKEREN], a według BIERFREUND'a już z początkiem trzeciego miesiąca nastąpić może“.

„Przewody MUELLER'a w zakresie ciała WOLFF'a leżą po zewnętrznej stronie kanału WOLFF'a, poniżej zaś po wewnętrznej i tu przylegają ściśle do siebie a wraz z kanałami WOLFF'a otoczone wspólną tkanką, tworzą p o s t r o n e k p ł c i o w y (*Genitalstrang* THIERSCH'a). Do przewodu moczopłciowego wpadają więc teraz p r z e w o d y WOLFF'a i n a w e w n ą t r z o d n i c h, a l e w r ó w n e j w y s o k o ś c i, p r z e w o d y MUELLER'a. Z tych części przewodów MUELLER'a, które leżą w zakresie ciała WOLFF'a wytwarzają się t r ą b k i, z c z ę ś c i n i ż e j p o ł o ż o u y c h, które ściśle przylegają do siebie, a potem zlewają się w jeden kanał, wytwarza się m a c i c a i p o c h w a. Zlewa-

nie się kanałów MUELLER'a następuje od góry ku dołowi i, według DOHRN'a, z końcem trzeciego miesiąca jest już ukończonem“.

„U ludzkich zarodków 8—11 mlm. długości [według NAGEL'a] na wewnętrznej stronie ciała WOLFF'a tworzy się zgrubienie nabłonka otrzewnowego, które od strony ciała WOLFF'a bardzo wyraźnie się zaznacza. Przez pomnażanie się tego nabłonka zawiązkowego (*Keimepithel*) i przez przemianę jego na pierwotne jaja (*Ureier*) tworzy się zawiązek jajnika. *Ceteris paribus* powstaje z tego zgrubienia u męskiego płodu jądro. Równocześnie zaczynają bujać elementa łącznotkankowe od strony ciała WOLFF'a i te rozdzielają jajnik na półka jajowe (*Eifaecher*). Półka jajowe, złożone z jajek pierwotnych i komórek zawiązkowych, przez dalsze bujanie tkanki łącznej zostają rozłożone na coraz mniejsze części i w ten sposób tworzą się folikule pierwotne (*Primaerfollikel*), które składają się z jajka pierwotnego i z warstwy otaczającego go nabłonka zawiązkowego. Gruczoły płciowe rozrastają się szybko i występują coraz więcej ku przodowi, w miarę dalszego rozwoju ciała WOLFF'a, oddzielają się od tylnej ściany brzusznej, przyczem wytwarza się rodzaj kreski, która daje się wykazać u płodów pomiędzy 7—8 tygodniami [v. KOELLIKER]“.

„Prawie równocześnie z przewodami MUELLER'a rozwijają się moczowody z dolnej części przewodów WOLFF'a [KUPFFER]. U płodu 7,0—7,5 mlm. długości [His] zaznacza się ich zawiązek w postaci ślepego woreczka, wychodzącego z przewodu WOLFF'a przed wejściem jego do kloaki. Moczowody w dalszym ciągu rozwoju oddzielają się od przewodu omocznej u płodów 12—13 mlm. długości. W tym czasie zaczyna się z omocznej rozwijać pęcherz moczowy, ujścia moczowodów oddalają się od przewodów WOLFF'a i zostają wysunięte ku górze. Moczowody biegną ku tyłowi i ku górze nieco rozbieżnie aż do zawiązku nerek, który leży pomiędzy kręgosłupem a dolną częścią pranerczy“.

„W miarę rozwoju nerek właściwych i obejmowania przez nie czynności wydzielniczej, ciała WOLFF'a przestają funkcjonować, a dalsze ich zachowanie zależy teraz od płci, jaka się rozwija. U płci męskiej przewody WOLFF'a w całej swej długości zostają utrzymane i zamieniają się w przewody nasienne (*vasa deferentia*), podczas gdy kanały MUELLER'a ulegają zanikowi, pozostawiając ślad w postaci *vesiculae prostaticae*. Górna część ciała WOLFF'a po zaniku kłębków wydzielniczych zaczyna się łączyć z gruczołem płciowym i tworzy przyjądrze (*Epididymis*), dolna zaś część ciała WOLFF'a marnieje, z wyjątkiem nieznacznych resztek, ułożonych pomiędzy jądrem i przyjądrem, zwanych „*Corps innominé*“ GIRALDES'a (*Paradidymis* HENLE'go).“

„U płci żeńskiej elementa łącznotkankowe ciała WOLFF'a wraz z nabłonkiem je pokrywającym biorą udział w dalszym rozwoju niektórych części narządu rodnego, z nich bowiem rozwijają się wiązadła szerokie [wraz z *mesosalpinx* i *mesovarium*], częściowo ściany trąbek i macicy. Z wiązadeł pranercza wytwarza się *ligamentum suspensorium ovarii* i *ligamentum teres*. Kanaliki nabłonków ciała WOLFF'a częścią nie utrzymują się dalej, częścią ulegają zanikowi“.

„W miarę dalszego rozrastania się organizmu, trąbki i jajniki i wraz z nimi ciała WOLFF'a, które oddzieliły się zupełnie od tylnej ściany brzusznej, obniżają się ku miednicy małej nie czynnie, ale biernie wskutek nierównomiernego rozwoju organizmu. Ciała WOLFF'a są teraz ułożone wśród blaszek wiązadła szerokiego pomiędzy trąbką i jajnikiem“.

„Dawniej sądzono, że ciała WOLFF'a u kobiety ulegają później całkowitemu zanikowi i nie troszczono się o nic więcej. Pierwszy dopiero ROSENMUELLER [1802] opisał dokładnie pozostałości ciała WOLFF'a u noworodków i dla tego nazwano je *organem ROSENMUELLER'a*“.

„KOBELT [1847] wykazał stałe występywanie *organu ROSENMUELLER'a* w życiu pozapłodowem. Według KOBELT'a część kanalików, znajdująca się na szczycie cia-

ła WOLFF'a, wraz z samym górnym końcem kanału WOLFF'a ulega albo zupełnemu zanikowi albo zamienia się na hydady na zewnątrz organu ułożone. Kanaliki w dolnej części ciała WOLFF'a ulegają również zanikowi. Środkowe zaś kanaliki wraz z odpowiednią częścią kanału WOLFF'a pozostają i wchodzi w organiczny związek z wnęką [hylus] jajnika. Kanaliki te tworzą rodzaj piramidy, której podstawa, odpowiadająca górnej części kanału WOLFF'a przebiega równolegle do trąbki, szczyt zaś zwrócony jest ku wnętrzu jajnika. KOBELT wykazał analogię pomiędzy przyjadrzem a piramidą ROSEN Mueller'a i nadał jej nazwę *parovarium*. Według KOBELT'a, *parovarium* rozwija się w miarę rozrastania się organizmu, do szczytu rozwoju dochodzi w czasie dojrzałości płciowej i dopiero po latach przejściowych ulega zanikowi wraz z resztą części rodnych“.

ŚWITALSKI pisze dalej: „Według WALDEYER'a, ciała WOLFF'a składają się z dwu części, które wyróżniają się dokładnie w czasie rozpoczynającego się zaniku ciała WOLFF'a: z części górnej, zwanej przez niego częścią płciową (*Sexualtheil*) i części dolnej wydzielniczej (*Urnierentheil*). Początkowo obie części spełniają jednakową czynność [NAGEL]. W pierwszej następuje wcześniej zanik kłębków wydzielniczych, podczas gdy w części dolnej utrzymują się one znacznie dłużej. U płodów 3—4 ctm. długości [wymiar ciemieniowo-ogonowy] przednia część ciała WOLFF'a, pozostająca w związku z kanałem WOLFF'a, leży na grzbietnej stronie gruczołu płciowego i składa się z szeregu wązkich kanalików, biegnących ku jajnikowi, wysłanych ciemnoziarnistym nabłonkiem. Kanaliki kończą się ślepo we wnętrzu jajnika, u niektórych jednak zwierząt, jak np. u psa, zachodzą głęboko w utkanie jajnika i tworzą tam długie dobrze utrzymane postronki komórkowe (*Zellenstraenge*)“.

„Jest to ta część, która u płci męskiej tworzy przyjadrze. Dolna część ciała WOLFF'a, podobnie jak górna żółto obarwiona, zawiera w tym czasie jeszcze kłębki wydzielnicze, częścią dobrze utrzymane, częścią zanikające

i szerokie kanaliki, wysłane komórkami bladymi o niewyraźnych konturach. Ta część nie łączy się ani z gruczołem płciowym, ani z kanałem WOLFF'a, i odpowiada *paradidymis* u płci męskiej. Pozostałość dolnej części ciała WOLFF'a, którą nazwał *parophoron* dla odróżnienia od *epoophoron* (*Parovarium*), znalazł WALDEYER nie tylko u płodów starszych i dzieci, ale i u osób dorosłych, gdzie czasami daje się wykazać pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego dośrodkowo od epooforonu dochodzące nieraz aż blisko macicy“.

Fig. 9.

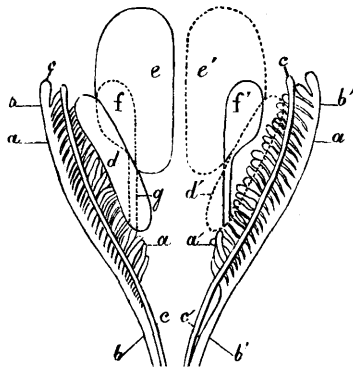


Fig. 9. Schematyczny rysunek organów moczopłciowych dwumięciennego płodu podług rysunku z dzieła ś. p. Ojca mego i J. F. NOWAKOWSKIEGO, tłumaczenia anatomii opisowej ciała ludzkiego Hyrtla [T. II, Warszawa, 1868, pag. 278, fig. 85], *aa*—nerki pierwotne, *bbb'b'*—przewody odchodowe nerek pierwotnych, czyli przewody WOLFF'a, *ccc'c'*—przewody MUELLER'a, *dd'*—gruczoł rodzajny, *glandula germinativa*, *ee'*—przynercze *dd'* i *ee'* zasłaniają leżące pod nimi nerki prawdziwe [pozostające] i moczowody, oznaczone literami *f'f'* i *gg'*. [Po prawej stronie rysunku *fg* są konturowane kropkowanymi liniami, po lewej zaś *d'e'*].

Na Fig. 9 HYRTL przedstawił rozkład elementów pojedynczych rozwoju ustroju organów moczopłciowych.

Fig. 10 przedstawia rozwój odpowiedniego okresu podług rysunku QUAIN'a [patrz objaśnienie rysunku],

Fig. 11, 12 i 13 przedstawiają stadyum obojętne rozwoju oraz w następstwie rozwój organów moczopłciowych męzkich oraz żeńskich.

Fig. 14 przedstawia [podług AUVARD'a] rozwój organów moczowopłciowych jednej i drugiej płci, przyczem

Fig. 10.

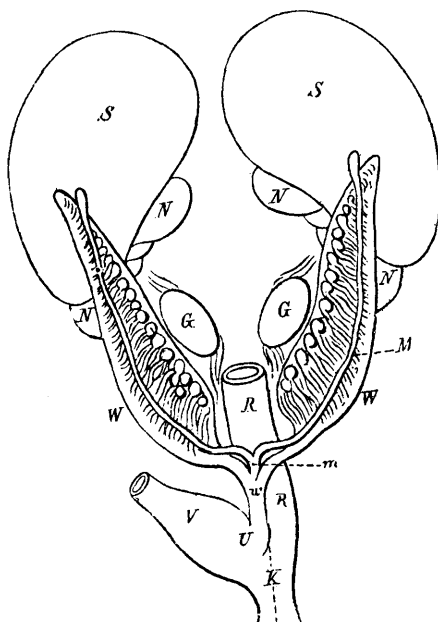


Fig. 10. [Podług QUAIN'a anatomii]. Szemat pierwotnego założenia organów płciowych. *WW*—pranercza, czyli ciała WOLFF'a, *V*—pęcherz moczowy, *U* przyszły *sinus urogenitalis*, *K*—kloaka, *R*—odbytnica, *w*—powróż płciowy [THIERSCH'scher *Genitalstrang*], *m*—złączone już przewody MUELLER'a, *M*—przewód MUELLER'a, *S*—gruczoł płciowy, *N*—nerka ostateczna (*Metanephros*), *S*—nadnercze.

uwydatnił AUVARD części pozostające i zanikające u każdej płci przez sposób rysowania linjami czarnymi lub też szaremi.

Fig. 15 przedstawia szemat ustroju jeszcze obojętnego organów moczopłciowych [podług Allen THOMPSON'a], rów-

niez Fig. 16 przedstawia okres rozwoju jeszcze obojętny co do płci jednej lub drugiej.

Fig. 17 przedstawia rozwój organów moczopłciowych męzkich podług szematu, podanego przez HERTWIG'a; Fig. 18 rozwój organów moczopłciowych żeńskich.

Fig. 19 i 20 przedstawiają szemat rozwoju wewnętrznych organów płciowych podług typu męskiego i żeńskiego [podług DEBIERRE'a]. Fig. 21, przedstawia [podług HERTWIG'a] płód męzki 5-miesięczny.

Fig. 11, 12, 13.

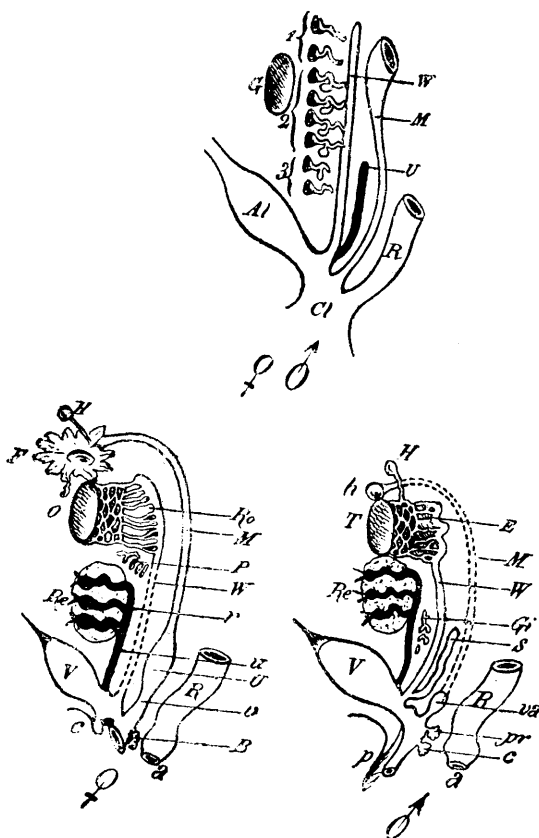


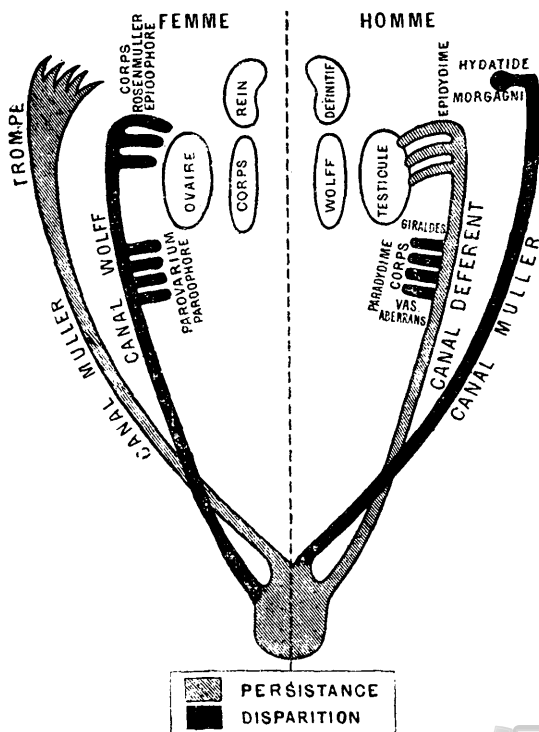
Fig. 11. Szemat rozwoju organów moczopłciowych u kregowców [podług DEBIERRE'a]. Stadium rozwoju obojętne: Cl — kloa-

ka, *R*—odbytnica, *Al*—*Allantois* sc. pęcherz moczowy, *G*—gruczoł płciowy, *W*—przewód WOLFF'a, *M*—przewód MUELLER'a, *U*—moczowód (*évagination rénale du canal de WOLFF*) 1—*pronephros*, 2—część dla organów płciowych przeznaczona nerki pierwotnej, czyli ciała WOLFF'a (*Mesonephros*), 3—część dla organów moczowych przeznaczona pierwotnej nerki, czyli ciała WOLFF'a.

Fig. 12. Rozwój dalszy żeński. *O*—jajnik, *Ro*—*parovarium* i *rete ovarii*, *P*—*paroophoron*, *M*—kanał MUELLER'a [jajowód *M*, macica *U*, pochwa *V*], *F*—*morsus diaboli*, *H*—*hydatis* MORGAGNI *W*—część zanikająca przewodu WOLFF'a [kanał GARTNER'a], *U*—moczowód, *Re*—nerka stała (*Metanephros*), *R*—odbytnica, *V*—pęcherz moczowy, *a*—odbyt, *c*—lechtaczka, *B*—gruczoł BARTHOLIN'a.

Fig. 13. Rozwój dalszy męzki. *T*—jądro, *E*—przyjadrze (*Vasa efferentia* i *rete testis*), *W*—przewód WOLFF'a [kanał przyjądrza i *Vas deferens*], *S*—pęcherzyk nasienny, *h*—*hydatis testiculi sessilis*, *H*—*hydatis testiculi pedunculata*, *M*—część przewodu

Fig. 14.



MUELLER'a zanikająca, *va*—*vesicula prostatica*, czyli *utriculus masculinus*, *Gi*—*Paradidymis*, *Re*—nerka, *R*—odbytnica, *V*—pęcherz moczowy, *a*—odbyt, *p*—prącie, *pr*—gruczoł krokowy *c*—gruczoły COOPER'a.

Fig. 14. Szemat, przedstawiający rozwój organów płciowych wewnętrznych obojga płci ze stadyum czyli okresu obojętnego [szary kolor oznacza części pozostające, czarny—zanikające u męskiego i żeńskiego płodu podług AUVARD'a¹⁾].

Fig. 15.

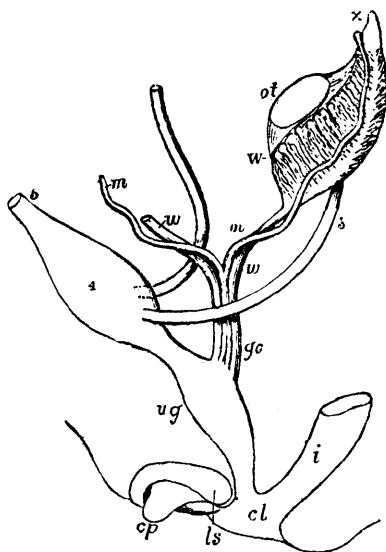


Fig. 15. Szemat wczesnego okresu rozwoju organów moczopłciowych Allen THOMPSON'a [kopia według DEBIERRE'a]. 3—moczowód 4—pęcherz moczowy, 5—urachus, ot—gruczoł płciowy [jajnik lub jądro], W—lewostronne ciało WOLFF'a, x—górna część jego, czyli płciowa, w, w—przewody WOLFF'a, mm—przewody MUELLER'a gc—powróż płciowy THIERSCH'a [2 przewody WOLFF'a + 2 przewody MUELLER'a], i—odbytnica, ug—sinus urogenitalis, d—kloaka, cp—phallus [penis lub clitoris], ls—wałek płciowy [labia pudendi majora lub połowa moszny].

¹⁾ AUVARD mylnie oznaczył *parovarium* jako *paroophoron*, albowiem *parovarium* jest *epoophoron*.

Fig. 16.

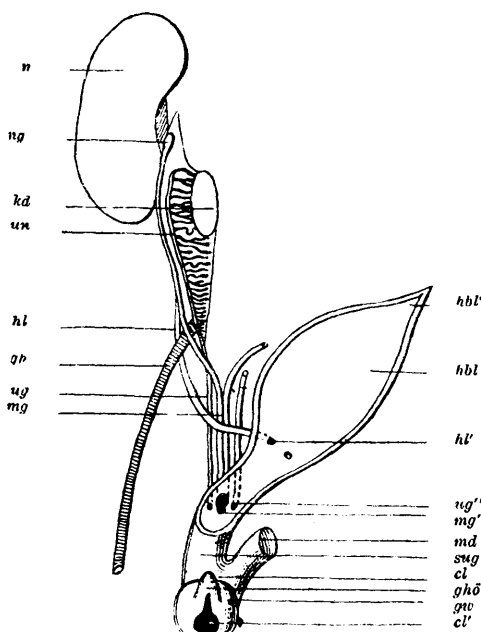


Fig. 16. Szemat rozwoju organów moczopłciowych ssawca z okresu obojętnego [podług HERTWIG'a] [Lehrb. d. Entwicklungs-geschichte des Menschen u. der Wirbelthiere. V. Aufl. Jena, 1896, pag. 373, Fig. 259]. *n*—nerka, *kd*—gruczoł płciowy, *un*—pranercze, *ug*—wywód prauercza [kanał WOLFF'a], *mg*—przewód MUELLER'a, *gb*—*gubernaculum Hunteri* [wiąz pachwinowy pranercza], *hl*—moczowód, *hl'*—ujście jego pęcherzowe, *ug''*, *mg''*—ujście wywodów WOLFF'a oraz przewodów MUELLER'a do zatoki moczopłciowej, *sinus urogenitalis* *sug* *md*—odbytnica, *cl*—kloaka, *gho*—pagórek płciowy, *gw*—wałki płciowe, *cl'*—ujście kloaki, *hbe*—pęcherz moczowy, *hbl'*—*urachus* [późniejsze *lig. vesicoumbilicale medium*].

Fig. 17. Szemat rozwoju organów moczopłciowych męskich ze stadium obojętnego podług HERTWIG'a [l. c. pag. 375, fig. 262]. Linie czarne odznaczają części pozostające, kropkowane zaś—znikające. Położenie późniejsze jądra oraz przydatków po dokonanym *descensus testicul*i oznaczone liniami kropkowanymi. *n*—nerka, *h*—jądro, *nh*—przyjadrze, *pa*—*Paradidymis*, *hy*—*hydatis* przyjadrza, *sl*—*vas deferens*, *mg*—zanikły przewód MUELLER'a, *um*—*uterus masculinus* resztką przewodu MUELLER'a, *gh*—*gubernacu-*

lum HUNTERI, *hl*—moczowód, *hl'*—ujście moczowodu pęcherzowe, *sbl*—pęcherzyki nasienne, *hbl*—pęcherz moczowy. *hbl'*—szczyt pęcherza moczowego, przechodzący w *urachus*, późniejsze *lig. vesico umbilicale medium*, *hr*—*urethra*, *pr*—gruczoł krokowy, *dej*—ujścia *ductus ejaculatorii unius cujusque*. Litery *nh'*, *h'*, *sl'* oznaczają położenie pojedynczych organów po nastąpieniu *descensus testiculi*.

Fig. 17.

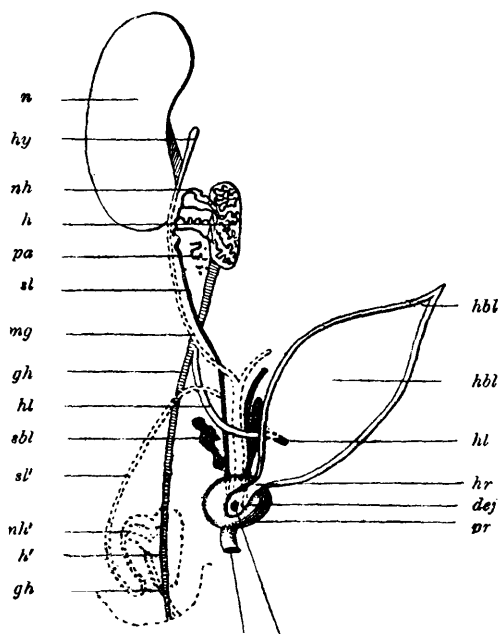
*hr um*

Fig. 18. Schemat rozwoju organów moczopłciowych kobiecych ze stadium obojętnego [podług HERTWIG'a l. c. pag. 379, fig. 265]. Czarne linie oznaczają części pozostające, kropkowane zaś linie—części znikające. Kropkowane linie dalej wykazują położenie przydatków macicznych po nastąpieniu *descensus*. *n*—nerka, *ei*—jajnik, *ep*—*epoophoron*, czyli *paroovarium*, *pa*—*paroophoron*, *hy*—*hydatis MORGAGNII*, *t*—jajowód, *ng*—przewód WOLFF'a, *ut*—macica, *sch*—pochwa, *hl*—moczowód, *hbl*—pęcherz moczowy, *hbl*—*urachus*, późniejsze *lig. vesico-umbilicale medium*, *hr*—*urethra*, *rr*—*vestibulum vaginae*, *rm*—*lig. rotundum uteri* [wiąz pachwinowy prątercza *lo'*—*lig. ovarii*. Litery *t'*, *rp'*, *ei'*, *lo'*

oznaczają położenie organów po nastąpieniu *descensus*. Hymen uwydatnia się dopiero w 5 miesiącu życia płodowego. W 9 tygodniu dolne części przewodów MUELLER'a są już zlane w jeden kanał aż do ujścia zewnętrznego macicy, tak że pochwa już jest nieparzystym kanałem, w 4 miesiącu wytwarza się *portio vaginalis uteri*, a dopiero pod koniec giną ślady podwójności macicy samej.

Fig. 18.

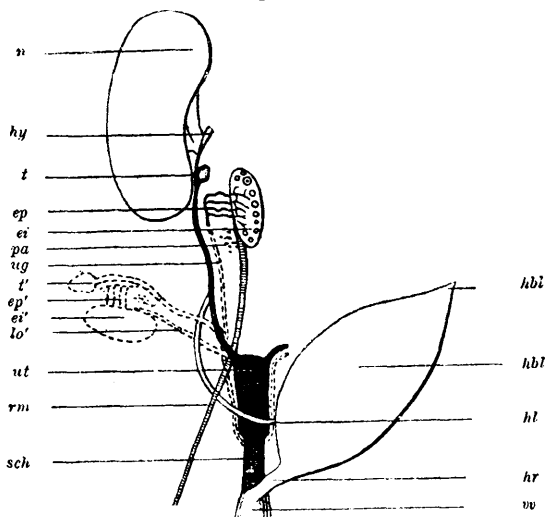


Fig. 19 i 20.

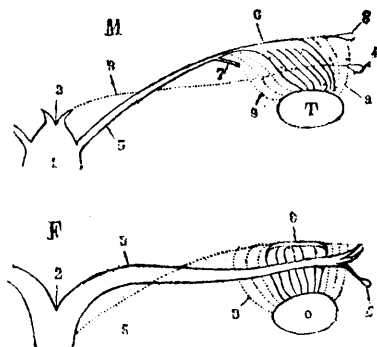


Fig. 19 i 20. Schemat powstania organów płciowych wewnętrznych podług DEBIERRE'a. *M*—typ węzki. *T*—jądro, 1—*sinus urogenitalis*, 2—dolne końce przewodów MUELLER'a, tworzące po połączeniu się *utriculus prostaticus*, 3—część zanikająca

przewodu MUELLER'a, 4—część odśrodkowa przewodu MUELLER'a pozostająca jako *hydatis* MORGAGNI *pedunculata*, 5—kanał WOLFF'a, 6—część przewodu WOLFF'a odpowiadająca kanałowi przyjądrza, 7—*vus aberrans*, 8—*hydatis sessilis* MORGAGNI, 9—część zanikająca ciała WOLFF'a. Część, oznaczona nie kropkowaniem liniami, oznacza *caput epididymidis*. *F*—typ żeński. *O*—jajnik, 1—*sinus urogenitalis*, 2—*uterus*, 3—przewód MUELLER'a jajowód, 4—odśrodkowy koniec przewodu MUELLER'a wytwarzająca *hydatis* MORGAGNI, 5—przewód WOLFF'a, zanikający prawie zupełnie, 6—część pozostająca przewodu WOLFF'a, wytwarzający wraz z częścią kanałów wywodzących ciała WOLFF'a organ ROSENMUELLER'a (*epoophoron*) homologiczne *cum capite epididymidis*, 7—część zanikająca ciała WOLFF'a.

U płodu 8 młm. długości w dolnej części przewodów WOLFF'a otwierają się przewody nerkowe [Nierengaenge] [zarodki nerek stałych i moczowodów, które, jak ujawnił KUPFFER, u ssawców powstają z wytłoczenia bocznego przewodów WOLFF'a. Obszerniej i bardzo jasno wyklada rozwój organów moczopłciowych NAGEL: „Entwicklung u. Entwicklungsfehler d. weiblichen Genitalien“ I. VERTS Handbuch d. Gynaekologie, Bd. I, p. 521—628, Wiesbaden 1897].

G. KLEIN w Maju r. b. na 8 kongresie Niemieckiego Towarzystwa Ginekologicznego miał bardzo ciekawy odczyt, ważny dla zrozumienia niektórych arenoidalnych tworów u kobiet, opierając się na embryologii porównawczej. KLEIN zwraca uwagę ginekologów na wielkie dla zrozumienia wrodzonych zniekształceń organów płciowych znaczenie studium *Phylogeniae*. W zniekształceniach wrodzonych organów kobiecych płciowych rozróżniać można 2 grupy typowe: 1) Organ parzysty rozwija się tylko po jednej stronie ciała, po drugiej, nie np. *Defectus tubae, ovarii unius* etc. Stan taki, patologiczny u kobiety, jest normalnym u kury, gdzie rozwija się zawsze tylko prawostronny przewód MUELLER'a, a lewostronny od samego początku rozwoju zanika zupełnie. 2) Dwa organy parzyste powinny się zlać w jeden w pewnej części np. dolne części przewodów MUELLER'a u kobiety. Patologicznym u kobiety jest brak zlania się tego przewodów MUELLER'a.

Pam. Lek. Tow. T. 95, Z. III.

LER'a w odśrodkowej części; powstaje wtedy *uterus bicornis*, *bifidus*, *duplex*, *unicollis* lub *bicollis*, *vagina septa*, *duplex* etc. U pewnych zaś zwierząt przewody MUELLER'a nigdy nie zlewają się w jeden kanał, lecz pozostają normalnie oddzielnie. I tak np. *Marsupialia normaliter* posiadają po 2 pochwy, 2 trąbki etc. [*ceteris paribus* samiec *Opossum normaliter* posiada dwa prącia—zatem *penis duplex* u człowieka jest po prostu analogią rozwoju ze zwierzęcym]. U ssawców wyższych, jak gryzoniów, pochwa jest pojedyncza, macica zaś podwójna; u krowy istnieje jedna pochwa, jedno *collum uteri*, ale 2 rogi maciczne.

Cały więc szereg anomalii rozwojowych u człowieka odpowiada normalnemu stanowi u pewnych niższych klas zwierząt, czyli jest poprostu atawizmem.

KLEIN, badając stan normalny u płodów różnych zwierząt drobnowidzowo, doszedł do wniosku ujawnienia częstej częściowej lub całkowitej persystencji przewodów WOLFF'a u kobiety—kanałów MALPIGHI'ego, GARTNER'a, a na kongresie Berlińskim ujawnił jako *analogon vesicularum seminalium* mężczyzny [wytłoczyny ściany przewodów WOLFF'a] pewne gruczołowe twory w tkance *colli uteri*, z których czasami powstają nowotwory: Adenomaty i Adenomyomaty charakterystyczne.

Fig. 21.

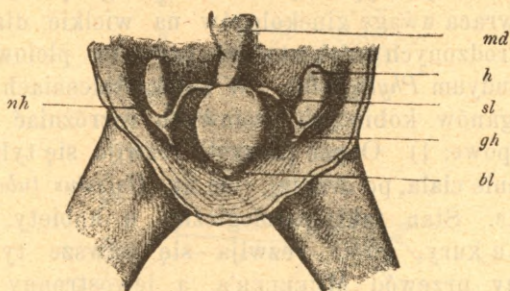


Fig. 21. Płód ludzki 5 miesięczny podług BRAMANN'a [kopia podług HERTWIG'a l. c. pag. 377, fig. 263]. *md*—odbytnica, *h*—jądro, *nh*—przysadka, *gh*—gubernaculum HUNTERI cum processus vaginali peritonei, *bi*—pęcherz um lig. vesico-umbilicali medium.

Fig. 22 [porównać z fig. 23, 24] przedstawia fizyologiczną pozostałość ciała WOLFF'a u kobiety.

Fig. 22.

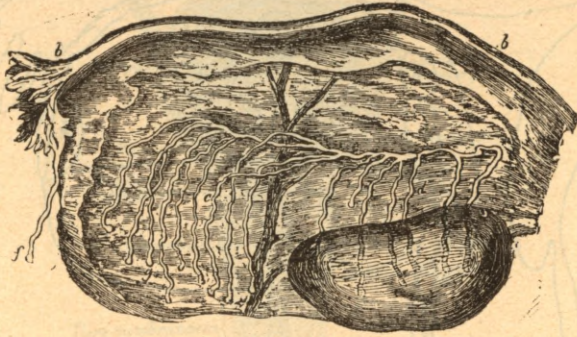


Fig. 23. Organ ROSENUELLER'a; *Parovarium*, czyli *Epoophoron* kobiety [podług FOLLIN'a, DEBIERRE'a], *a*—jajnik, *b*—jajowód, *cd*—kanały organu ROSENUELLER'a, *e*—kanał wywodzący, *f*—*hydatis MORGAGNI*, *g*—ślepe zakończenie kanałów *parovariorum*.

Fig. 23.

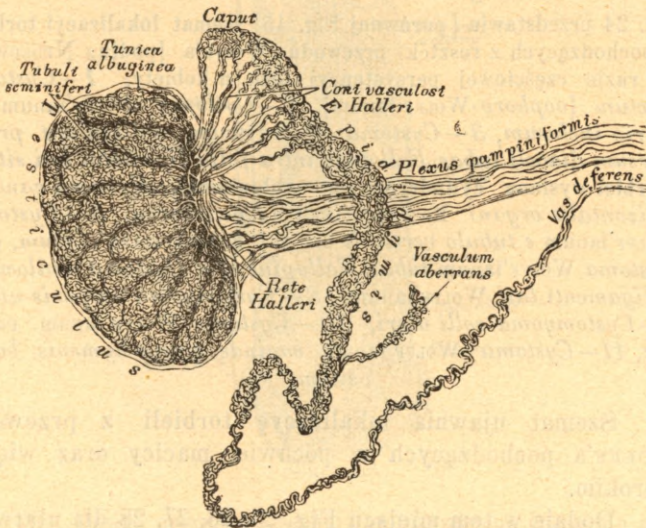


Fig. 24 Jądro i przyjadrze [podług atlasu HEITZMANN'a]. Topograficzna lokalizacja jądra i *epididymidis* i *vasculi aberrantii Halleri* (*Paradidymis*) w porównaniu ze stosunkiem jajnika do *epoophoron* i *paroophoron*.

Fig. 24.

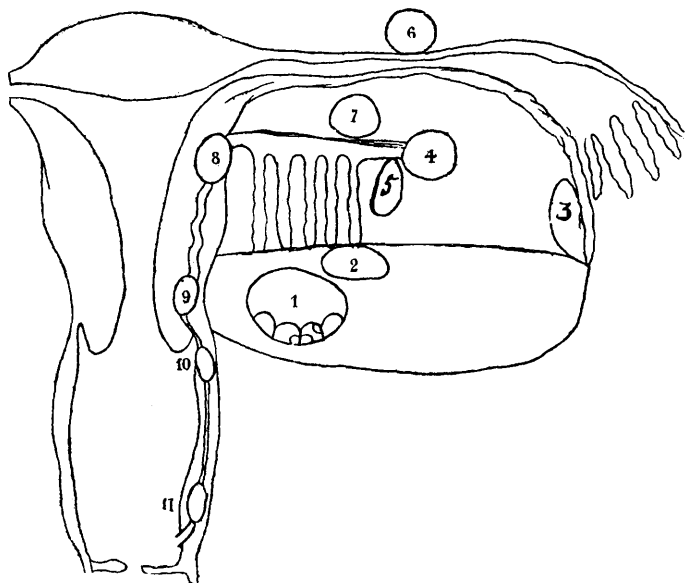


Fig. 24 przedstawia [porównaj Fig. 45] szemat lokalizacji torbie-
li pochodzących z resztek przewodu WOLFF'a [podług NEDKOW'a]
w razie częściowej persystencji jego u kobiety. 1—*Cystoma*
mixtum [oophoro-WOLFF'ianum], 2—*Cystoma* WOLFF'ianum *in*
ovario inclusum, 3—*Cystoma* WOLFF'ianum *uniloculare prope*
mons diabolis tubae Fallopiæ intra folia ligamenti lati situm
[Torbiel wysłana cylindrycznym nabłonkiem], *Cystoma canali-*
horizontalis organi ROSENMUELLER'i (*Epoophoron*), 5—*Cystoma*
WOLFF'ianum *e tubulo verticali organi* ROSENMUELLER'i *ortum*, 6—
Cystoma WOLFF'ianum *tubæ Fallopiæ*, 7—*Cystoma unilocula-*
re ligamenti lati WOLFF'ianum, 8—*Cystomyoma corporis uteri*,
9—*Cystomyoma colli uteri*, 10—*Cystoma* WOLFF'ianum *vagi-*
nae, 11—*Cystoma* WOLFF'ianum *vaginae prope hymenis basin*
situm.

Szemat ujawnia lokalizację torbieli z przewodu WOLFF'a pochodzących w pochwie, macicy oraz więzie szerokim.

Dodaję w tem miejscu Fig. 25, 26, 27, 28 dla ułatwie-
nia porównania homologicznych części ustroju organów mo-
czopłciowych obojga płci

Fig. 25.

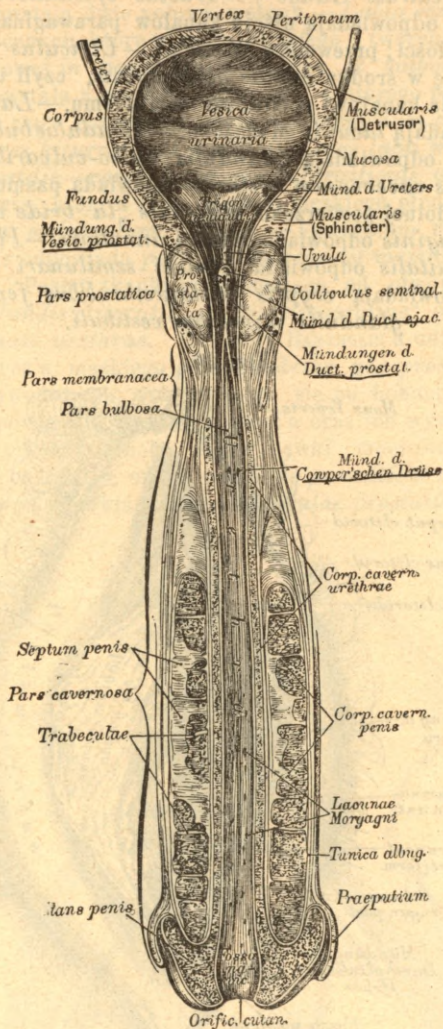


Fig. 25. Cewka moczowa i pęcherz mężczyzny na przekroju poprzecznym [podług atlasu HEITZMANN'a] *Pars prostatica urethrae* odpowiada miejscu, gdzie cewka oraz pochwa otwierają się in canali urogenitali.—*Pars membranacea urethrae* odpowiada vestibulo vaginae.—*Pars cavernosa penis* odpowiada parti caver-

nosae clitoridis.—*Ductus prostatici* odpowiadają wywodom SKEENE'a („*paraurethrale Gänge*“).—*Ductus ejaculatorii* (*vasa deferentia* etc.) odpowiadają ujściu kanałów parawaginalnych GARTNER'a [pozostałości! przewodów WOLFF'a].—*Utriculus masculinus* otwierający się w środku *capitis gallinaginis*, czyli *veru montanum* odpowiada kanałowi pochwowo-macicznemu.—*Lacunae MORGAGNII* odpowiadają *lacunis MORGAGNII*.—*Glandulae bulbo-urethrales Cooperi* odpowiadają *glandulis bulbo-vulvaribus* BARTHOLIN'ii.—*Corpus cavernosum urethrae* odpowiada pasmu tkanki podłużnemu na dolnej powierzchni *clitoridis* „*la bride masculine*“. *Caput gallinaginis* odpowiada *hymeni annulari*.—*Plica cutanea sinus urogenitalis* odpowiada *hymeni semilunari*. *Glandulae LITTRE*'go odpowiadają *cryptis juxtaurethralibus feminae* czyli *glandulis minoribus vestibuli*.

Fig. 26.

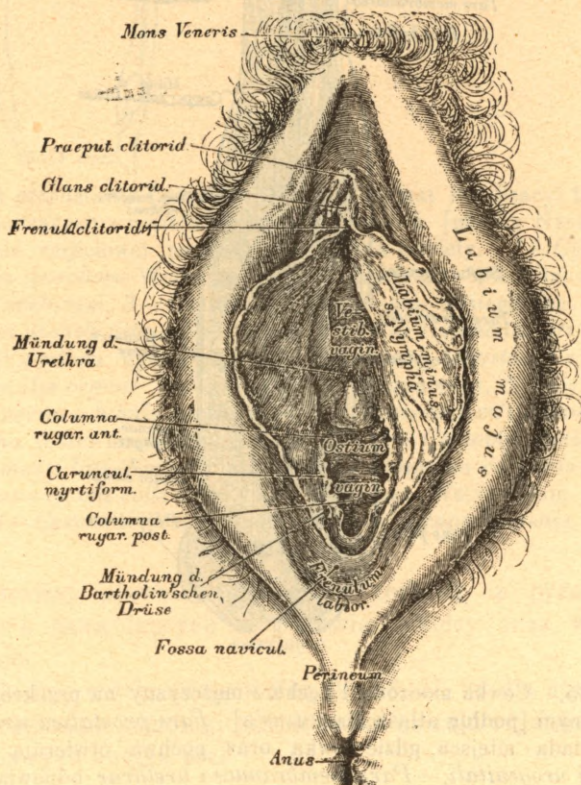


Fig. 26. Srom niewieści po defloracji [podług atlasu HEITZMANN'a]. *Labia majora* powstałe z wałków płciowych, z których u męskiego płodu powstają dwie połowy moszny.—*Labia minora*, powstałe z fałd bocznych, które u płodu męskiego tworzą boczne ściany cewki moczowej *in parte membranacea et bulbosa urethrae*.—*Clitoris* powstała z pagórka płciowego, z którego powstaje u męskiego płodu *pars cavernosa penis*.—*Praeputium clitoridis*—*rami superiores bifurcationis unius cuiusque labii minoris*.—*Frenulum clitoridis*—*rami inferiores bifurcationis unius cuiusque labii minoris*, którym to częściom u męskiego płodu odpowiadają *praeputium et frenulum glandis*.—*Vestibulum vaginae*—*sinus urogenitalis* odpowiada *parti prostaticae et membranaceae* męskiej cewki. Pasma tkanki przebiegające od otworu cewki aż do podstawy *glandis clitoridis*, „la bride masculine“ odpowiada *corpori cavernoso urethrae*. Gruczoły BARTHOLIN'a odpowiadają gruczołom COOPER'a męskiego płodu, podczas gdy *prostatue* oraz jej kanałom wywodowym, otwierającym się po bokach *capitis gallinaginis*, odpowiadają gruczoły SKEENE'a oraz ich wywody, otwierające się przy każdym boku ujścia cewki moczowej kobiecej.—*Vagina* odpowiada (c. *utero*) *vesiculae prostaticae* męskiej.—*Hymen* odpowiada *plicae vesiculae prostaticae*.

Fig. 27.

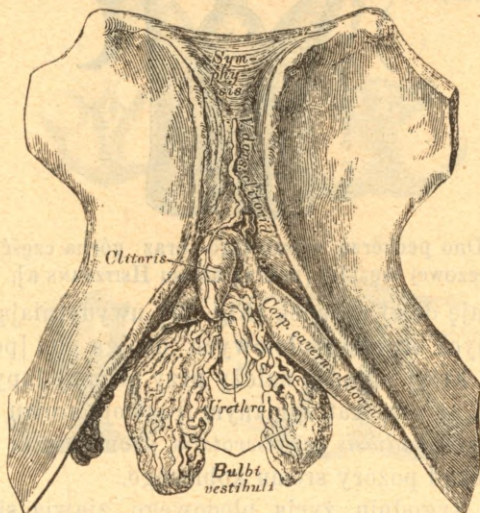


Fig. 27. Organa żądzy płciowej kobiece [podług atlasu HEITZMANN'a]. *Clitoris* odpowiada *parti cavernosae penis, glandis* etc.—*Cc. cavernosa clitoridis* odpowiadają *cc. cavernosis penis*.

Bulbi vestibuli razem wzięte odpowiadają *bulbo urethrae masculae*.

Fig. 28.

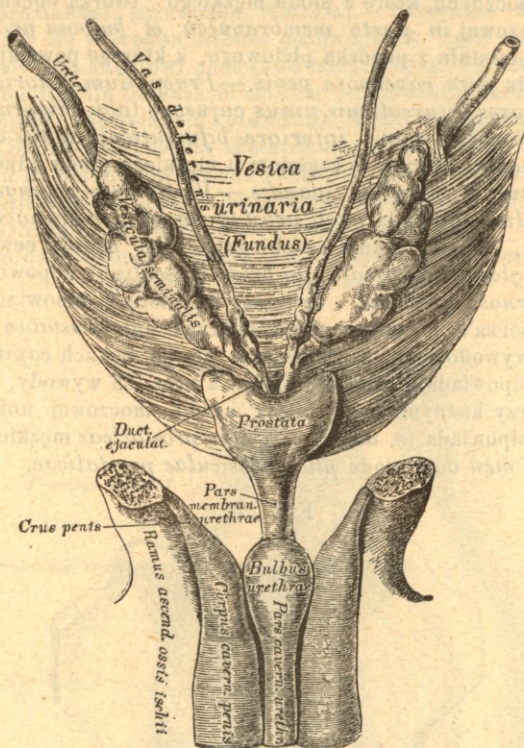


Fig. 28. Dno pecherza moczowego oraz górną część cewki moczowej męskiej [podług atlasu HEITZMANN'a].

Dodaję dalej rysunek [Fig. 29] uwytłumiający rozwój zewnętrznych organów płciowych obojga płci [podług DEBIERRE'a], który oglądać należy przy pomocy lupy. Łatwo zrozumieć, że przy zatrzymanym rozwoju sromu męskiego, np. przy *hypospadiasis penisscrotalis*, srom męzki zachować musi poniekąd pozory sromu kobiecego.

W 6 tygodniu życia płodowego zjawia się pagórek płciowy, z którego od 3-go miesiąca rozwija się albo łechtaczka albo prącie; z wałków płciowych brzusznych powstają albo *labia pudendi majora*, albo 2 połowy moszny,

z fałd płciowych albo *labia pudendi minora*, albo też boczne ściany *partis membranaceae* cewki męskiej. *Ex sinu urogenitali* u kobiety powstaje *vestibulum vaginae*, u mężczyzny *pars membranacea et bulbosa urethrae*.

Fig. 29.

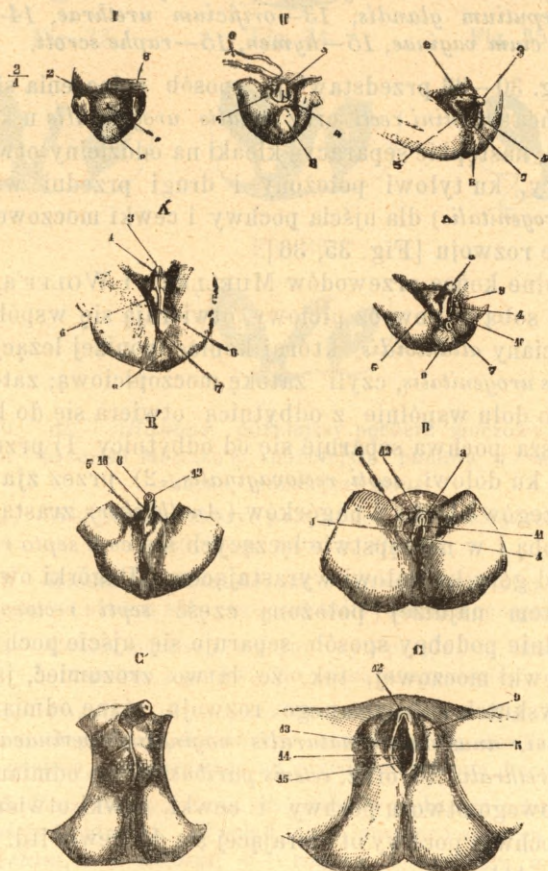


Fig. 29. I, II, III—Okresy obojętne co do rozwoju płci jednej lub drugiej I—zarodek ludzki 0,016 m. długości —II—zarodek ludzki 0,200 m. długości. — III—zarodek ludzki 0,027 m. długości. — Typ żeński: A—zarodek 0,031 m. długości, B—zarodek 4¹/₂

miesięczny, *C*—zarodek około 21 tygodniowy. Typ męzki: *A'*—zarodek 0,057 młm. długości [blisko 3 miesięczny], *B'*—zarodek 3 1/2 miesięczny, *C'*—zarodek blisko 4 miesięczny. 1—kloaka, 2—*Tuberculum genitale*, pagórek płciowy, 3—*glans*, 4—rowek płciowy („*sillon génital*“), 5—włki płciowe („*bouurrelets génitaux*“ wargi sromowe wielkie, moszna), 6—pepowina, 7—odbyt, 8—koniec ogonowy trzonu, 9—fałdy płciowe [małe wargi sromowe], 10—*sinus urogenitalis*, 11—*frenulum clitoridis*, 12—*praeputium glandis*, 13—*orificium urethrae*, 14—*orificium vaginae*, 15—*hymen*, 15—*raphe scroti*.

Fig. 30—36 przedstawiają sposób połączenia się dolnego końca *intestini recti* oraz *canalis urogenitalis* u kobiety z kloaką, następnie separację kloaki na oddzielny otwór dla odbytnicy, ku tyłowi położony i drugi przedni wspólny (*sinus urogenitalis*) dla ujścia pochwy i cewki moczowej oraz anomalie rozwoju [Fig. 35, 36].

Dolne końce przewodów MUELLER'a i WOLFF'a, połączone ze sobą w powróż płciowy, otwierają się wspólnie do tylnej ściany *allantoidis*, której koniec poniżej leżący tworzy *sinus urogenitalis*, czyli zatokę moczopłciową; zatoka ta u samego dołu wspólnie z odbytnicą otwiera się do kloaki. Późniejsza pochwa separuje się od odbytnicy 1) przez wyrostanie ku dołowi *septi rectovaginalis*. 2) przez zjawienie się u brzegów kloaki 2 pagórków (*Anulhöcker*), zrastających się ze sobą i w następstwie łączących się *cum septo rectovaginali*, od góry ku dołowi wyrastającym. Pagórki owe tworzą zatem najniższą część *septi rectovaginalis*. W zupełnie podobny sposób separuje się ujście pochwy od ujścia cewki moczowej, tak, że łatwo zrozumieć, jak powstają wskutek zatrzymanego rozwoju różne odmiany *sub atresia ani*, *anus praeternaturalis vaginalis*, *perinaealis*, *vesicalis*, *urethralis* itd. oraz, *ceteris paribus*, różne odmiany nieprawidłowego otworu pochwy i cewki, cewki otwierającej się do pochwy, pochwy otwierającej się do cewki itd. [patrz Fig. 30—44].

Fig. 30 — 36. Powstanie kloaki, *sinus urogenitalis* i otworu odbytnicy w różnych okresach rozwoju płodu podług SCHROEDER'a.

Fig. 30.



Fig. 33.



Fig. 31.



Fig. 34.



Fig. 36.



Fig. 32.



Fig. 35.



Fig. 30. *all*—*Allantois*, późniejszy pęcherz moczowy, *r*—*Rectum*, *m*—przewód MUELLER'a, późniejsza pochwa, *a*—wkłęszenie skórne, późniejszy *anus*.

Fig. 31. Wklęszenie skóry połączone już z *allantois* i kiszka odchodową, tworząc kloakę.

Fig. 32. Krocze już powstało, tak że otwór odbytnicy odseparował się już od otworu *sinus urogenitalis* [zatoki moczopłciowej *su*].

Fig. 33. Cewka moczowa (*u*) już wytworzyła się, otwierając się wspólnie z pochwą do *sinus urogenitalis*.

Fig. 34. Powstało już z *sinus urogenitalis vestibulum vaginae* [przedsionek pochwy], do którego otwierają się cewka moczowa i pochwa, odseparowana od przedsionka błoną dziewiczą.

Fig. 35. Persystencja *sinus urogenitalis* głębszego u kobiety przy przeroście lechtaczki. Wygląd jak u męskiego spodzica o pochwie [*r*—*rectum*, *c*—*clitoris*, *v*—*vagina*, *b*—pęcherz, *u*—*urethra*, *s*—*sinus urogenitalis*].

Fig. 36. *Hypospadiasis feminae*. Cewka nie wytworzyła się wcale, tak że *allantois* zmieniona na pęcherz otwiera się wspólnie z pochwą do *sinus urogenitalis*, czyli *vestibulum vaginae*.

Dodaję dalej szereg rysunków, podług AUVARD'a [Fig. 37—44] aby uwydatnić anomalie rozwoju, polegające na nieprawidłowem połączeniu się ujść cewki, pochwy i odbytnicy. Rysunki te znakomicie ułatwiają zrozumienie często bardzo przy wrzekomem obojnactwie spostrzeganych anomalii ujść 3 kanałów wywodowych kobiecych [moczowego, płciowego i pokarmowego].

Fig. 40, 41.

Fig. 37, 38, 39.

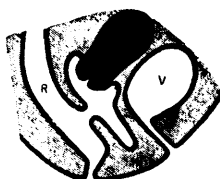


Fig. 42, 43, 44.

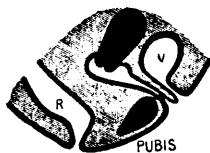


Fig. 37. Zagłębienie skórne, miejsce późniejszej kloaki, powyżej kanały wywodowe moczowy, płciowy i pokarmowy.

Fig. 38. Podział zagłębienia na przednią i tylną część, powstanie *anus* oraz *sinus urogenitalis*.

Fig. 39. Odbytnica już odseparowana zupełnie od *sinus urogenitalis*.

Fig. 40—44. Nienormalne ujścia 3 kanałów wywodowych.

Fig. 40. *Atresia ani*, odbytnica otwiera się do pochwy.

Fig. 41. *Atresia* ujścia pochwy, pochwa otwiera się do odbytnicy.

Fig. 42. *Defectus urethrae*, pęcherz otwiera się do pochwy.

Fig. 43. Odbytnica i pęcherz komunikują się z pochwą.

Fig. 44. *Sinus urogenitalis* otwiera się powyżej spojenia łonowego.

Tablica embryologiczna porównawcza.

Organy płciowe męskie.	Organa płciowe zarodka podczas okresu rozwojowego obojętnego.	Organy płciowe kobiece.
<i>Ampullae seminales, Canaliculi seminiferi.</i>	Nabłonek zawiązkowy (<i>Keimepithel</i>)	Torebki (<i>folliculi</i>), jajniki [pęcherzyki GRAAF'a].
a) <i>epididymis, rete testis, tubuli recti, vasa efferentia testis</i> i <i>hydatis pedunculata, epididymis</i> ; b) <i>paradidymis</i> [organ GIRALDES'a, <i>vasculum aberrans</i> HALLERI].	Pranercze [ciało WOLFF'a a) górna część <i>pars sexualis</i> ; b) dolna część <i>pars metanephrotica</i> .]	a) <i>epoophoron</i> (<i>Parovarium</i>) [organ ROSEMUELLER'a.] <i>rete ovarii</i> i <i>hydatis pedunculata ovarii</i> . b) <i>paroophoron</i> .
<i>Cauda epididymidis, vasa deferentia, vesiculae seminales, ductus ejaculatorii</i> ;	Przewody WOLFF'a.	Kanały MALPIGHI'ego — GARTNER'a, przebiegające <i>in parametrio</i> , bocznej ścianie macicy i pochwy.
Nerki i moczowody;	Nerki i moczowody.	Nerki i moczowody.
<i>Hydatis epididymidis sessilis, sinus prostaticus (utriculus masculinus, vesicula prostatica)</i> .	Przewody MUELLER'a.	<i>Hydatides</i> MORGAGNII, jajowody i <i>fimbriae</i> , macica i pochwa.
<i>gubernacula</i> HUNTERI.	Więzy pachwinowe pranercza (<i>Leistenband der Urniere</i>).	<i>ligamenta rotunda uteri, lig. ovariorum propria</i> .
<i>Pars membranacea urethrae</i>	<i>Sinus urogenitalis</i> .	<i>Vestibulum vaginae</i> .
Prącie	Pagórek płciowy <i>Geschlechtshöcker</i>).	Kechtaczka.
Boczne ściany cewki i <i>corpus cavernosum urethrae</i> .	Fałdy płciowe.	<i>Labia pudendi minora</i>
Moszna	Wąłki płciowe.	<i>Labia pudendi majora</i> .
Jądra	Gruzoły płciowe.	Jajniki.

HOMOLOGA,

prócz już wymienionych powyżej.

u mężczyzn:

u kobiet:

<i>Corpus cavernosum urethrae.</i>	=	*la bride masculine“ „bride pénienne“ pasmo tkanki od ujścia cewki do podstawy lechtaczki przebiegające, oraz labia minora pudendi
<i>Corpora cavernosa penis.</i>	=	<i>corpora cavernosa clitoridis.</i>
<i>glans penis.</i>	=	<i>glans clitoridis.</i>
<i>Praeputium glandis.</i>	=	<i>rami superiores</i> } <i>bifurcatio-</i> (<i>praeputium clit.</i>) } <i>nis labio-</i>
<i>Frenulum praeputii.</i>	=	<i>rami inferiores</i> } <i>rum mino-</i> <i>frenulum clitor.</i> } <i>rum</i>
<i>Bulbus urethrae.</i>	=	<i>bulbi vestibuli;</i>
<i>Glandulae bulbourethrales</i>	=	<i>Glandulae bulbourethrales</i>
COOPERI,		BARTHOLINI.
<i>Prostata.</i>	=	<i>glandulae paraurethrales</i>
		SKEENE'I.
<i>Vesiculae seminales.</i>	=	gruczołowate twory w mięszu cervicis uteri.
<i>Lacunae MORGAGNII.</i>	=	<i>Lacunae MORGAGNII.</i>
<i>glandulae LITTRÉ'I.</i>	=	<i>gland. minores vestibuli</i> (<i>cryptae juxtaurethrales</i>).
<i>gubernaculum HUNTERI.</i>	=	<i>lig. ovarior. ligamenta rotunda uteri</i>
Urethra	<i>Pars proximalis vesicalis.</i>	= <i>urethra;</i>
	<i>Pars prostatica</i>	= <i>orificium urethrae.</i>
	<i>„ membranacea</i>	= <i>vestibulum vaginae.</i>
	<i>„ cavernosa.</i>	= <i>in clitoride seu membro fisso</i>
<i>Plica cutanea sinus prostatici;</i>	=	<i>hymen.</i>
<i>ci; veru montanum.</i>		
<i>Hydatid testis.</i>	=	<i>Hydatid MORGAGNII.</i>
<i>Sinus prostaticus.</i>	=	<i>vagina.</i>
<i>Vasa deferentia.</i>	=	<i>ductus GARTNERI.</i>

Vesiculae seminales, jako twory wytłaczające się z przewodów WOLFF'a, u mężczyzn odpowiadają gruczołowatym twórcom szyjki macicznej, w samym mięszu szyjki macicznej leżącym, bez komunikacji z błoną śluzową cewki [podług KLEIN'a, który opiera się na tem co LEUCKART'a znalazł w organach płciowych mianowicie macicy u barana].

DEBIERRE'a uważa *hydatidem sessilem testiculi* za analogon odśrodkowego końca jajowodu, a *hydatidem pedunculatam epididymidis* za analogon *hydatidis pedunculatae tubae FALLOPIAE*.

POZZI uważa *labia pudendi majora* za analogon warstwy powierzchownej („*couche superficielle*“) moszny, a *labia pudendi minora* za analogon warstwy głębokiej moszny („*couche profonde*“).

Dla ułatwienia zrozumienia rozwoju u mężczyzny macicy, trąbki, więzów obłych i pochwy przytaczam kilka przykładów Fig. 45, 46, 47, 48.

Fig. 45.

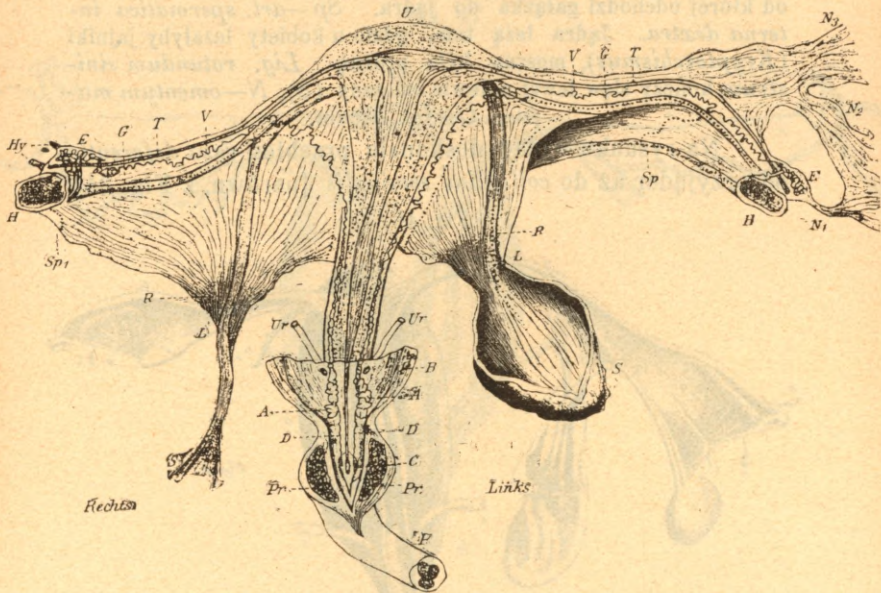


Fig. 45. *Uterus masculinus* wysokiego stopnia rozwoju znaleziony przy seceyi trupa 63-letniego emeryta Ernesta L. przez STROEBE'go [rysunek szematyczny]. *U*—*uterus masculinus* o lewym rogu znacznie rozwiniętym; z obu rogów macicy wychodzą jajowody o widocznem świetle. Ku dołowi światło macicy powoli zwęża się nieco, aby ponownie rozszerzyć się poniżej (*collum uteri*). Poniżej *colli uteri*, ponownie zwężając się, otwiera się ono ostatecznie *in colliculo seminali* (*c*) *partis prostaticae urethrae* wąską owalną szczeliną. Przy każdym boku macicy widać *lig. latum*. *B*—pęcherz moczowy o uciętej górnej części, *Ur*—moczowody, *Pr*—gruczoł krokowy, *P*—*penis* przecięty tuż po za żołądź. Pęcherz i część krokowa cewki podłużnie rozcięte; gdy przedstawić

sobie przezroczyste brzegi ku bokom odciągnięte, to widać przebiegające do ujścia na *colliculus seminalis* (c) przewody płciowe. *H*—jądra, *E*—przyjądrza, *Hy*—Hydatidy, *V*—*Vasa deferentia*, *A*—*ich ampullae*. *D*—*ductus ejaculatorii* otwierające się in *colliculo seminali* (c), *T*—jajowody *G*—*lig. testis*, *R*—*lig. rotunda*, *L*—okolica obrączki pachwinowej, *Sp*—powróż zawierający lewostronne *vasa spermatica*, *N₁ N₂ N₃*—zrosty pomiędzy lewym przyjądrem (*E*) i końcem zewnętrznym *lig. lati* a dolnym brzegiem *omenta majoris*. Linie kropkowane oznaczają przebieg tętnic, przy każdym boku macicy jednej *art. uterinae*, od której odchodzi gałązka do jądra. *Sp*—*art. spermatica interna dextra*. Jądra leżą tam, gdzie u kobiety leżałyby jajniki (*Kryptorchismus*), moszna była próżną. *Lig. rotundum sinistrum* kończy się w lewej połowie moszny (*S*), *N*—*omentum majus*, *C*—*int. oecum*.

Na rysunku widać doskonale przebieg *vasa deferentia* od przyjąder aż do *colliculus seminalis* [porówn. z Fig 24].

Fig. 46.

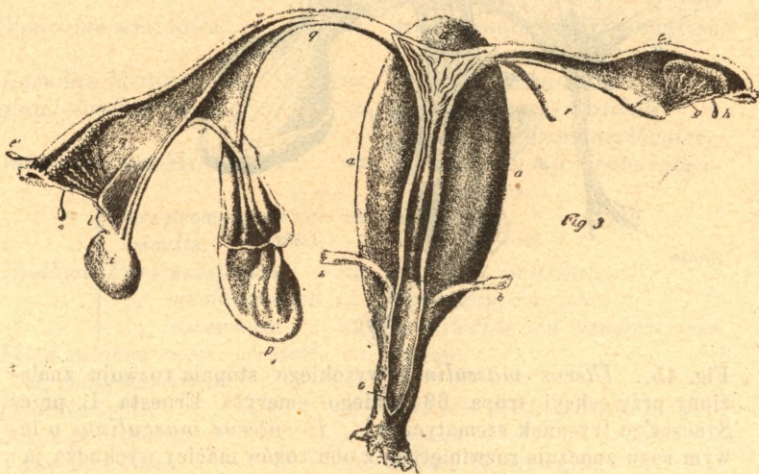


Fig. 46. Za inny przykład wysokiego stopnia rozwoju *uteri musculini* służyć może ten rysunek; dotyczy spostrzeżenia H. v. MEYER'a. Spostrzeżenie dotyczy męskiego spódzka noworodka, już poprzednio przez CRAMER'a opisanego. *Penis hypospadiacus*; moszna li tylko w górnej części rozszczepiona. Cewka o otworze pozornie kobiecym otoczona gruczołem krokowym. Istnieje *colliculus seminalis*, po bokach jego leżą otwory przewodów wyprowadzających gruczołu krokowego. Na wysokości wzgórka dwa

otwory, przypominające ujście przewodów wytryskowych. Na tylnej powierzchni pęcherza leżą macica i pochwa. Otwór, prowadzący z pochwy do wzgórka nasiennego, jest większy, niż otwór we wzgórku; jest to szparka 3 mlm. długości.

Fig. 46 przedstawia organa płciowe wewnętrzne od tyłu widziane.

Również wysoki stopień rozwoju przewodów MUELLER'a, czyli organu WEBER'a u mężczyzny przedstawiają Fig. 47 i 48 spostrzeżenia V. FRANGUÉ'go. Osobnik męzki

Fig. 47.

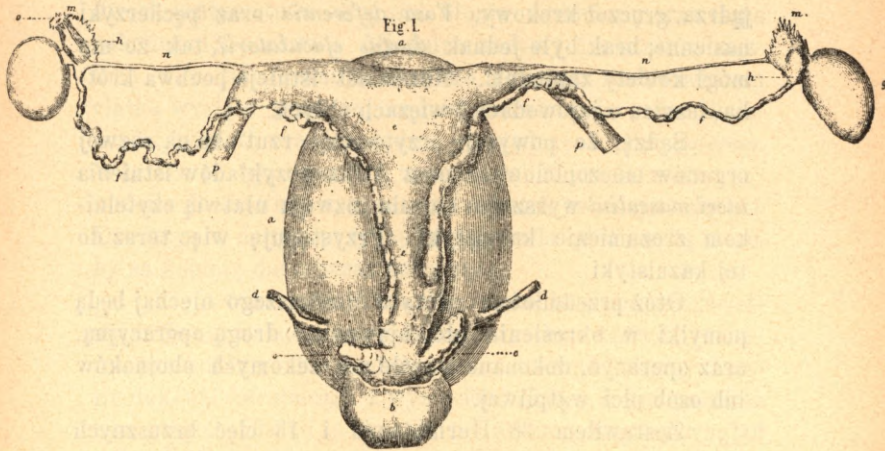
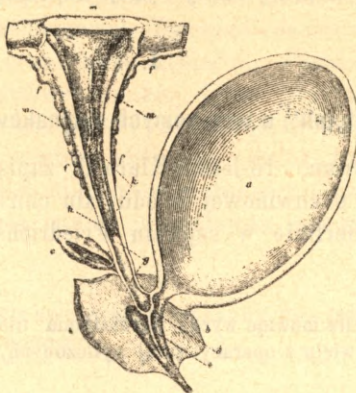


Fig. 48.



o kryptorchizmie, a więc mocznie próżnej. Prącie prawidłowe, gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne prawidłowe. Fig. 47. *a*—pęcherz, *b*—prostata, *cc*—*vesicula seminalis*, *dd*—*ureteres*, *e*—macica, *ff*—*vasa deferentia*, *gg*—jądra leżące na miejscu jajników, *hn*—przyjdrze, *mm*—*fimbriae*, *nn*—jajowody, *o*—*ostium abdominale*, *pp*—więzy obłe.

Fig. 48. *a*—pęcherz, *b*—prostata, *c*—*vesicula seminalis*, *d*—*colliculus seminalis*, *e*—*urethra*, *ff*—*vasa deferentia*, *g*—pochwa, *h*—ujście zewnętrzne macicy, *k*—jama *cervicis uteri*, *o*—jama *corporis uteri*, *m*—mięszs ściany macicznej na przekroju.

Dany osobnik, spodzić męzki posiadał jądra i przyjdrza, gruczoł krokowy, *Vasa deferentia* oraz pęcherzyki nasienne; brak było jednak *ductus ejaculatorii*, tak że nie mógł kobiety zapłodnić. Natomiast istnieje pochwa krótka, macica o jajowodach i więzach obłych.

Sądzę, że powyżej przytoczony rzut oka na rozwój organów moczopłciowych oraz kilka przykładów istnienia *uteri masculini* wyższego stopnia rozwoju ułatwią czytelnikom zrozumienie kazuistyki. Przystępuję więc teraz do tej kazuistyki.

Otóż przedmiotem odczytu dzisiejszego niechaj będą pomyłki w określeniu płci, ujawnione drogą operacyjną, oraz operacje, dokonane wogóle u wrzekomych obojnaków lub osób płci wątpliwej.

Zestawiłem 38 Herniotomie i 13 cięć brzusznych oraz szereg innych operacji. Przytaczam tylko główne najważniejsze dane co do każdego spostrzeżenia, odsyłając co do detali do pracy mojej wyżej wspomnianej.

I.

38 Herniotomii¹⁾ u wrzekomych obojnaków dokonanych.

1. ALEXANDER. 16-letnia Klara D. zapisała się wskutek przepukliny pachwinowej do oddziału chirurgicznego D-ra HAHN'a w Berlinie w szpitalu Friedrichshain. Już trzy

¹⁾ Ścisłe mówiąc wyraz *herniotomia* nie trafnie stosowanym jest dla wielu z operacji tutaj wyliczonych, albowiem w wie-

lata temu dokonał u niej herniotomii D-r ERASMUS w Krefeldzie z powodu przepukliny pachwinowej prawostronnej. Obecnie 8 dni temu podczas spaceru nagle powstała przepuklina lewostronna. Powstaniu przepukliny towarzyszyły silne bóle w brzuchu i pachwinach. D-r HAHN nie był w stanie określić zawartości przepukliny i przystąpił do operacji. Usunięto trzy twory w przepuklinie zawarte. Drobnowidz skonstatował, że były to jądro, przyjadrze i pęcherzyk nasienny [prof. HANSEMANN]. Nie skonstatowano spermatogenezy. *Vulva* czysto kobieca o łechtaczce dwóch centymetrów długości, błonie dziewiczej oraz ślepo zakończonej pochwie. Miednica budowy i kształtów męzkich. Po tej operacji zbadano również drobnowidzem ciałka wycięte przy poprzedniej herniotomii przez ERASMUS'a; były to również jądro, przyjadrze i *Vas deferens*. Wkrótce po wypisaniu się ze szpitala Klara D. znowu powróciła do szpitala, tym razem wskutek świeżej rzeżączki. Operacja w danym przypadku ujawniła płęć męską u osoby za kobietę dotychczas uchodzącą.

2. AVERY. Do AVERY'ego zgłosiła się panna 24-letnia z Nowej Szkocji pochodząca, Krystyna Anna L., wskutek przepukliny. Po zbadaniu przez czterech lekarzy AVERY dokonał herniotomii z wycięciem ciałka w przepuklinie zawartego. Ciałko to okazało się jądrem. Ogólny wygląd męzki. *Hypospadiasis penisscrotalis*.

3. BILLROTH. 24-letni kupiec, Izrael Jaroszewski z Rosji pochodzący, zgłosił się do BILLROTH'a wskutek przepukliny pachwinowej. *Hypospadiasis penisscrotalis* o małych wargach oraz cewce kobiecej. *Pseudovulva*. W lewej wardze sromowej wielkiej jądro, przyjadrze oraz powróż nasienny, po prawej zaś stronie w wardze sromowej wielkiej guz o przetoce skórnych powłok, która wpuszcza zgłębnik na kilka milimetrów głębokości. Guz, podług opowiadania Izraela, istniał już oddawna, lecz zaczął powięk-

lu przypadkach nie było wcale przepukliny, lecz zrobiono tylko cięcie, jak przy herniotomii.

sząć się dopiero od 16 roku życia. Od owego to czasu Izrael co cztery tygodnie doznawał silnych bólów w krzyżu oraz *moliminum*, trwających przez 4 do 10 dni. Podczas tych bólów wydzielała się krew zarówno z owej przetoki powłok skórnych, jak i z cewki moczowej. Krwawienie trwało zwykle cztery dni i równało się miesiączce. Izrael wskutek cierpień swoich, a z drugiej strony wskutek tego, że nie widział możliwości ożenienia się wobec budowy swojej, zapadł na melancholię do tego stopnia, że nawet nosił się jakiś czas z myślą o samobójstwie. Już od kilku lat Izrael miał stosunki płciowe z chłopcami oraz z dziewczętami, przy których zauważył erekcje i ejakulacje. BILLROTH na razie wykluczył zawartość kiszkiową przepukliny i przypuszczał, że chodzi o nowotwór jądra. Dnia 25 Lipca 1878 przystąpił do operacji. Znalazł on w worku przepuklinowym twór torbielowaty, osadzony na nóżce, która sięgała do kanału pachwinowego. Dokonano przecięcia nóżki, przy czem otworzono jamę otrzewnej przy silnem krwawieniu. Naczynia podwiązano, ranę zaszyto. Po dwóch dniach śmierć wśród objawów zapaści. Krwotok do jamy brzusznej wskutek ześlizgnięcia się ligatury naczynia tętniczego. Oględzin pośmiertnych dokonał CHIARI. Sutki wielkie kobiece. W lewej wardze sromowej jądro, przyjadrze i powróż nasienny normalne, guz wycięty składał się z kilku części, mianowicie istniała *hernia labialis uteri unicornis* o jednej trąbce oraz tworze torbielowatym, który jakoby miał być jajnikiem. Macica uwieczgła tak w kanale pachwinowym, że miała kształt klepsydry. Górną jej część amputowano. Macica łączy się z pochwą, która zaopatrzona *hymene* otwiera się do męskiej cewki moczowej. Lewe zaś *vas deferens* otwiera się obok otworu pochwy do cewki, tak, że *vas deferens*, kanał macicznopochwowy i cewka wpadają do jednego wspólnego kanału wyprowadzającego: *Sinus urogenitalis*. KLORTZ, który przypadek ten opisał, bynajmniej nie twierdzi, żeby organ torbielowato zwyrodniały, tuż przy macicy leżący, stanowczo miał być jajnikiem, gdyż wtenczas chodziłoby o prawdziwe obojnactwo, lecz przypuszcza, że twór ten torbielowaty był jajnikiem. Według dzisiejszych

zapatrywań nauki, było by to poprostu niemożliwem i zdaje się, że chodziło tu o jądro obok macicy leżące, torbielowato zwyrodniałe.

Owłosienie sromu kobiece, ogólne zaś i twarzy męskiej. *Hypospadiasis penis*, który miał 8 centymetrów długości. *Prostatae* nie znaleziono. Lewe jądro prawidłowe. Przy sekcji więc skonstatowano: *Uterus unicornis*, o wysokim stopniu rozwoju, o trąbce *in hernia inguinali* u męskiego spodźca przy braku jednego *vas deferens*, pęcherzyków nasiennych oraz *prostatae*.

4. BOECKEL. Herniotomia u 20-letniego mężczyzny. W usuniętej zawartości przepukliny skonstatowano macicę wysłaną nabłonkiem migawkowym, mianowicie macicę dwurożną, trąbkę, jądro, przyjądrze, *vas deferens* i *lig. latum*.

5. BROHL. Kobieta lat 36, miesiączkowała od 18 roku życia, czuła się zawsze kobietą i pragnęła wyjść za mąż. Łechtaczka 65 młm. *sub erectione* ma aż 11 centymetrów długości. Owłosienie twarzy męskie, broda, krtąń i głos męskie. Owłosienie głowy kobiece, sutki kobiece, istnieje *hymen* i pochwa, małe wargi sromowe mało rozwinięte, wielkie dobrze. W lewej wardze sromowej wielkiej wyznaczono guz, który już od roku 1887 bardzo doknacza chorej. Guz ten miał powstać nagle po uniesieniu jakiegoś ciężaru. Z powodu, że guz ten nabrzmiewał podczas peryodu, sądzono, że zawiera on macicę i jajnik. Od guza przebiegał jakiś powróż ku kanałowi pachwinowemu. Ponieważ repozycja okazała się niemożliwą, przystąpiono dnia 7 Listopada do herniotomii. Znaleziono w przepuklinie dwurożną macicę i oba jajniki. Dokonano amputacji macicy *in collo uteri*, wszywając szypułę do rany pachwinowej. Po 5 tygodniach chora opuściła szpital, wyleczona z kalectwa swego. Lewy jajnik był szczątkowo rozwinięty, prawy leżał zamknięty *in lig. lato*. *Tubae* były obie znacznie rozszerzone, *septum uteri bicornis* sięgało aż na półtora centymetra głębokości do jamy macicznej. *Cervix uteri* znacznie wydłużona. Ani jąder, ani przyjąder, ani śladu *prostatae* nie znaleziono.

6. BRYCHOŁOW dokonał ubustronnej herniotomii u 14-letniej dziewczynki o wyglądzie męzkim, o małej łechtaczce lecz bez macicy. Ciała usunięte okazały się jądra mi i przyjadrzami.

7. BUCHANAN. 9-letnia dziewczynka o normalnym kobiecym sromie bez odruchu *cremasteris* w wargach sromowych. W każdej wardze sromowej wielkiej wymacano jakieś ciało twarde. Po dokonaniu herniotomii ciała usunięte okazały się jądrami i przyjadrzami. Pochwa była ślepo zakończona, po obu stronach otworu jej zewnętrznego znaleziono otwory *vasorum deferentium*.

8. CARLE dokonał herniotomii u 36-letniego telegrafisty po stronie lewej. Znaleziono w przepuklinie powyżej lewego jądra trąbkę lewą macicy dwurożnej. Otworzono przy tej operacji jamę brzuszną, przyczem ujawniono macicę dwurożną. Usunięto częściowo macicę, lewą trąbkę w całości, prawą częściowo. Człowiek ten bezdzietnie żonaty zmarł w następstwie wskutek jakiegoś guza, lecz nie dokonano sekcji. Badanie drobnowidzowe guza wyciętego przy herniotomii nie było w stanie wyjaśnić jego pochodzenia.

9. CHAMBERS. 24-letnia kobieta o normalnym sromie i kobiecym wyglądzie ogólnym. Pochwa na wysokości 3 centymetrów ślepo zakończona. Wycięto ciała zawarte w wargach sromowych wielkich; były to jądra.

10. GRIFFITH dokonał herniotomii u kobiety lat 23 z wycięciem ciałek zawartych w wielkich wargach sromowych. Ciała te okazały się jądrami. *Vasa deferentia* nigdzie nie znaleziono. Sutki oraz *Mons Veneris* kobiece; pochwa ślepo zakończona. *Musculus cremaster* funkcjonował po obu stronach.

11. GROSS. Trzyletnia dziewczynka o pochwie ślepo zakończonej. W każdej wardze sromowej wielkiej ciało twarde. GROSS dokonał herniotomii obustronnej i usunął te ciała; były to jądra i *vasa deferentia*. OESTERLEN i CASPER ganią tę kastrację nieprawą chłopczyka, dokonaną z profilaktycznych przyczyn, jak GROSS sam przyznaje.

12. HALLOPEAU u kobiety usunął ciało zawarte w wardze sromowej wielkiej; ciało to okazało się jądrem, a więc osobnik ten był mężczyzną; po jakimś czasie osoba ta zażądała usunięcia takiegoż ciała zawartego w drugiej wardze sromowej wielkiej, co też HALLOPEAU uskutecznił. Pochwa u tego wrzekomego męskiego obojnaka była ślepo zakończoną.

13. HEUCK dokonał obustronnej herniotomii u 28-letniej służącej. Po prawej stronie wyciął on całkowicie zawartość przepukliny: Jądro i przyjadrze, po lewej stronie jądro leżało w kanale pachwinowym i zostało do jamy brzusznej wsunięte. Ponieważ wkrótce powstały nowe dolegliwości w pachwinie lewej, HEUCK powtórzył operację po lewej stronie i obecnie usunął lewe jądro. Obie przepukliny miały powstać już w pierwszym roku życia. Peryodów lub *moliminum menstrualium* panna ta nigdy nie miewała. Ogólny wygląd, wyraz twarzy, czysto kobiece, krtań i głos również kobiece. Pochwa zakończona ślepo na wysokości 7 centymetrów. Resztki błony dziewiczej istnieją. Nie znaleziono przy badaniu dwuręcznem ani macicy, ani *vasa deferentia*.

14. JABŁOŃSKI opisał 28-letnią kobietę, która nigdy peryodów nie miała. Sutki męskie. *Clitoris* długości 3 ctm., podczas erekcyi ma mieć aż 10 ctm. długości (?). 8 lat temu lekarz jakiś w Brukselli dokonał herniotomii po stronie lewej i sądził, że ma do czynienia *cum ectopia labiali ovarii*, uważał więc, że osoba ta należy do płci żeńskiej. Obecnie przy badaniu znaleziono w wardze sromowej wielkiej prawej ciało, odpowiadające jądru. Prawdopodobnie zaszła omyłka przy owej herniotomii poprzedniej i wycięte jądro mylnie wzięto za ektopiczny jajnik. Spodziewać o szczątkowej pochwie.

15. DIXON JONES. 21-letnia panna o ogólnym wyglądzie kobiecym, braku macicy i pochwie ślepo zakończonej, po każdej stronie tuż poniżej otworu zewnętrznego kanału pachwinowego wymacano ciało twarde. Osoba ta zgłosiła się do DIXON JONES'a wskutek *amenorrhoeae absoluta* oraz obustronnej przepukliny pachwinowej. DIXON

dokonał najprzód herniotomii. Po obnażeniu obu ciałek, o których wspominałem powyżej, widząc, że od każdego z nich ciągnie się sznurek ku jamie brzusznej, otworzył ją-
Fig. 49.

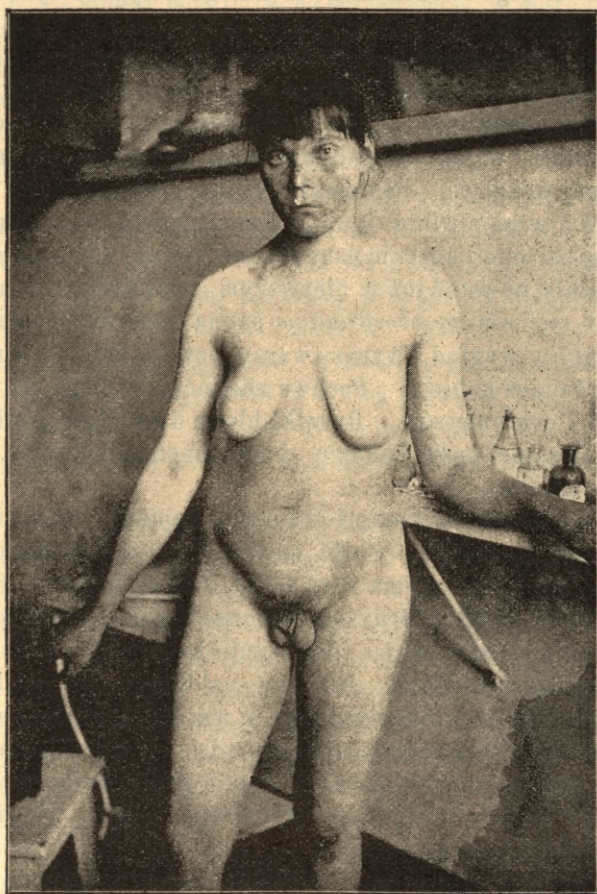


Fig. 49. 21-letnia Józefa K., wrzekomy obojnak męzki [podług fotografii własnej].

mę brzuszną, aby się przekonać, jakie zawiera ona organy płciowe; nie znalazł przytem żadnych organów płciowych

wewnętrznych kobiecych, a natomiast skonstatował, że owe dwa sznurki przebiegają w głąb małej miednicy, gdzie ślady ich giną. Wyciął więc wtedy oba te ciała. Były to jądra. *Vulva* prawidłowa; otwór *hymenis* bardzo ciasny.

13. Kolega KOCIATKIEWICZ [patrz Fig. 49 i 50] w r. 1897 wezwał mnie do kliniki w szpitalu Dzieciątka Jezus Fig. 50.



Fig. 50. Organa płciowe zewnętrzne Józefy K., *Penis hypospadiacus*, *scrotum partim fissum*, *Sinus urogenitalis*.

dla wspólnego zbadania 21-letniej Józefy K., która zgłosiła się do niego z prośbą o dokonanie pewnej operacji. Mianowicie narzeczony jej i ojciec obstawali przy tem, aby wycięto z warg sromowych wielkich ciała w nich zawarte, które przeszkadzają jakoby przy chodzeniu. Ogólny wy-

gład i wyraz twarzy czysto kobiece, sutki kobiece długie, wiszące, jak widać z rysunku. Owłosienie twarzy czysto kobiece bez zarostu męskiego. Głos i krtań kobiece. Również owłosienie sromu kobiece. Charakter kobiecy. Józefa uważa się rzeczywiście za kobietę [wskutek wychowania za kobietę?]. Józefa twierdzi, że od lat czterech już miała regularnie swój peryod co 4 tygodnie, czemu ja osobiście wiary nie dałem. W każdej wardze sromowej wielkiej wymacano jądro, przyjądrze i powróż nasienny. Łechtaczka czyli *penis hypospadiacus*, znacznej długości o dwóch *lacunae* MORGAGNII *in urethra fissa*. *Scrotum* jest rozszczepionem tylko w górnej połowie, w dolnej zaś nie. Krocze zupełnie męskie. Brzegi rozszczepionej cewki męskiej prezentują się jako wyraźne *labia pudendi minora*. W głębi pomiędzy nimi, czyli w głębi szpary sromowej, widać otwór cewki moczowej kobiecy, a poniżej szczątkową pochwę ślepo zakończoną. Nie wymacano ani macicy, ani też gruczołu krokowego. Kolega KOCIATKIEWICZ dnia 15 Lipca 1897 roku dokonał obustronnej herniotomii, czyli, właściwie mówiąc, kastracyi tego męskiego spodźca, mylnie za kobietę wychowanego i z mężczyzną zaręczonego. Organa wycięte okazały się zupełnie prawidłowo rozwiniętymi jądrami, przyjądrzami i powrozami nasiennymi. *Sperma*, badana przez kolegę BRUNNERA, okazała się zupełnie prawidłową, o czem osobiście się przekonałem. Następnie kolega K. dokonał jeszcze małej operacyi plastycznej, aby udostępnić lepiej *sinus urogenitalis*, ponieważ Józefa uważa się za kobietę. Dokonał bowiem na dolnym brzegu *pseudovulvae* cięcia poprzecznego, zszywając powstałą ranę tak, że pozostała bliźną podłużną. Józefa obecnie jest osobnikiem bez płci o organach sromowych po zornie kobiecych. W r. 1899 u tejże Józefy profesor TAUBER na jej wyraźne żądanie dokonał *amputationis penis hypospadiaci*, który urażał *sub erectione*.

17. FIEUX demonstrował preparat po operacyi dokonanej przez LANNELONGUE'a, do którego zgłosiła się panna o chełbocącym guzie wargi sromowej wielkiej. Powyżej torbieli wymacano przepuklinę pachwinową. Po herniotomii

pokazało się, że pomiędzy przepukliną a torbielą leżało jądro, które usunięto. Ani śladu macicy nie wymacano. Operacja ujawniła pęć męzką tej panny.

18. A. MARTIN. 35-letnia, od lat 10 zamężna kobieta, która nigdy peryodów nie miała, zgłosiła się do niego wskutek bólów w obu pachwinach. Kohabitacje z mężem odbywają się, lecz bez jakiegokolwiek przyjemności dla żony. Pochwa na wysokości 5 ctm. ślepo zakończona, ani macicy ani jajników nie wymacano w jamie brzusznej. W każdej wardze sromowej wielkiej wymacano ciało małe, elastyczne, bolesne bardzo na ucisk. Bóle w pachwinach powstały już w 12 roku życia po jakimś upadku. Ogólny wygląd, sutki, jak i *pubes*, czysto kobiece. MARTIN ekstyrpował owe ciała, sądząc, że są to ektopiczne jajniki. Dopiero drobnowidz ujawnił, że były to jądra, a więc, że małżonka ta była męzkim spodźcem o *hypospadiasis penis-scrotalis* oraz szczątkowej pochwie.

19. Christophor MARTIN. Dwanaście miesięcy temu pewien lekarz *sub diagnosi: hernia labialis ovarii* dokonał herniotomii po prawej stronie u 20-letniej niańki i wrzekomy jajnik wsunął do jamy brzusznej, poczem ranę zaszył. Dotychczasowa panna więc pozostała i nadal panną. Obecnie panna ta zgłosiła się do MARTIN'a, narzekając na bóle w drugiej pachwinie oraz z zapytaniem, dla czego dotąd nie miewa peryodów, jak inne panny. Ogólny wygląd, owłosienie twarzy, sutki, miednica kobiece, srom jeszcze bez owłosienia i *Mons Veneris* mało wyraźny. *Vulva* zupełnie kobieca o wyglądzie jak u kobiety, która jeszcze nie rodziła, po lewej stronie przepuklina nie odprowadzalna oraz w wardze sromowej wielkiej jakieś ciało twarde. Pochwa na wysokości trzech czwartych centymetra ślepo zakończona, ani macicy ani *prostatae per rectum* nie wymacano. MARTIN dokonał herniotomii lewostronnej i znalazł *in hernia* jądro o wyraźnem *gubernaculum HUNTERI*, ginącem w głębi wargi sromowej. Palec, wprowadzony przez kanał pachwinowy do jamy brzusznej wzdłuż powrozu nasiennego, dochodził aż do tylnej powierzchni pęcherza moczowego. Drobnowidz ujawnił, że ciało wycięte było jądrem | prof.

ALLAN] 20-letnia niańka okazała się, dzięki operacji, mężczyzną o *hypospadiasis penisscrotalis* oraz szczątkowej pochwie przy obecności ogólnego wyglądu, sutek, krtani, głosu itd. czysto kobiecych.

MUNDÉ 46-letniej kucharce Maryi O'Neill zaproponował operację rozpoznawczą, mianowicie nacięcie warg sromowych wielkich, w celu rozpoznania ich zawartości. Marya zaś na propozycję się nie zgodziła. Peryodów nigdy nie było, istniała zaś przepuklina pachwinowa obustronna odprowadzalna. Po odprowadzeniu przepukliny wymacał MUNDÉ po każdej stronie *in labio majori pudendi* twory, które brał za jądro, przyjadrze i powróż nasienny. *Hymen intactus*, pochwa na wysokości 8 centymetrów ślepo zakończona; ani śladu macicy nie wymacano. Dla MUNDÉ'go kobieta ta jest mężczyzną.

20. PÉAN. 15-letnia dziewczynka już od trzech lat zdradza powierzchowność coraz to więcej męską; głos zjawiał się męzki; zjawilo się owłosienie twarzy męskie, zjawily się i erekcje lechtaczki. Lekarz dziewczynkę 15-letnią wysłał do Paryża, gdzie skonstatowano „*erreur de sexe*“ i dziewczynkę przemianowano na chłopca. Chłopiec jednak nie miał najmniejszego popędu do zajęć męzkich, tak, że od jednego majstra oddawano go do drugiego, ale nigdzie nie chciał uczyć się, wreszcie co miesiąc narzekał na bóle brzuszne peryodyczne. Jeden z rzemieślników, u którego terminował, zaczął powątpiewać o płci jego męzkiej i odesłał ponownie chłopaka do Paryża do szpitala międzynarodowego do PÉAN'a. PÉAN skonstatował *Hypospadiasis penisscrotalis* oraz *Kryptorchismus* przy moszuie próżnej i dokonał cięcia jak przy herniotomii, aby odszukać jądra, nie znalazł jednak nawet otworu kanału pachwinowego w miejscu, gdzie powinien być. Otworzył zatem jamę brzuszną, wydobyl z jamy brzusznej organ, który początkowo wziął za jądro, przekonał się jednak, że była to macica, obok której leżała trąbka prawidłowa, znalazł wreszcie i *adnexa lateris alterius*, nie było zaś ani *prostatae* ani pęcherzyków nasiennych. PÉAN postanowił wytworzyć pochwę aby stworzyć kanał wyprowadzający w razie powstania

haematometrae, musiał jednak wyrzec się tego planu ponieważ otwór cewki leżał za blisko otworu odbytnicy, tak że obawiał się skaleczenia *corporum cavernosorum penis resp.*

Fig. 51.

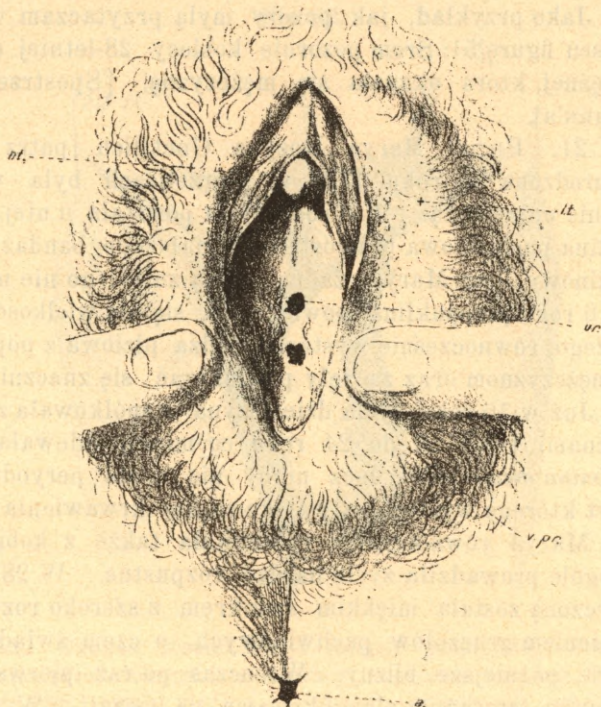


Fig. 51. *Vulva*. *rt*, *lt*—prawe i lewe jądro, *ur*—otwór cewki moczowej, *v. pr.*—*vesicula prostatica*, otwór *hymenis*, *a*—*anus*.

clitoridis. Rozszerzył więc tylko cięcie zrobione pomiędzy cewką a odbytnicą, licząc na to, że gdy kiedyś wyjdzie za mąż ta dziewczyna, mąż sam utoruje sobie drogę głębszą. Nareszcie dodał cięcie brzuszne i wyciął po obu stronach *annexa uteri*, aby zapobiedz ostatecznie wytworzeniu się

haematometrae, *haematosalpingis* lub *haematocele retrouterinae*. CORNIL i BRIAULT mikroskopowo stwierdzili, że ciążka, wycięta przy usunięciu *anneæorum uteri*, były jajnikami. *Defectus uteri et vaginae* u żeńskiego wrzekomego obojnaka o *hypertrophiu clitoridis* oraz *scrotum* ogólnym męskim wyglądem, owłosieniu i sutkach męskich, W tym przypadku każdy nawet ginekolog byłby rozpoznał prędzej płęć męską, niż żeńską.

Jako przykład, jak pozory mylą przytaczam w tem miejscu figurę 51: Srom pozornie kobiecy 28-letniej osoby zamężnej, która okazała się mężczyzną. [Spostrzeżenie DOHRN'a].

21. PECH. Marya Rozyna Goettlich [patrz Fig. 52] urodzona w roku 1798 w Gorzelicach była wielokrotnie opisywaną. W 6 roku życia powstała u niej przepuklina pachwinowa prawostronna, nałożono bandaż przepuklinowy, lecz Marya żadną miarą znieść go nie mogła. W 16 roku przepuklina powiększyła się do wielkości jaja kurzego, równocześnie wystąpiła żądza płciowa z popędem ku mężczyznom oraz zaczęły powiększać się znacznie sutki. Już w 16 roku życia dziewczyna ta spółkowała z mężczyznami i od 16 do 24 roku co miesiąc miewała silne *molimina menstrualia*, lecz nigdy nie miała peryodu, zamiast którego występowały tylko częste krwawienia z nosa. Marya równocześnie spółkowała także z kobietami i wogóle prowadziła życie bardzo rozpustne. W 28 roku, obarczoną została miękkim szankrem z szeroko rozlanem zropieniem gruczołów pachwinowych, o czem świadczyły długie późniejsze blizny. Wtenczas po raz pierwszy po stosunku zauważyła plamy krwawe na koszuli. W 20 roku życia zjawiała się przepuklina pachwinowa lewostronna, która szybko rosła, w 32 roku doszła do wielkości dwóch pięści. W roku 1834 Marya Rozyna, będąca wtenczas służącą, wskutek ustawicznych silnych bólów, zapisała się do szpitala w Dreźnie, gdzie rozpoznano *Hydrocele muliebris lateris sinistri*. Przy operacji *hydroceles muliebris* ujawniono *hydrocelen masculam* oraz jądro, przyjądrze i powróż uasienny, zawarte w wardze sromowej wielkiej po tejsze

stronie; takie same organa wymacano po stronie lewej. *Descensus testiculi* nastąpił po prawej stronie w 6 roku życia, po lewej w 20. Operacja ta *hydroceles* skonstatowała płęć męską Maryi Rozyny. Od owego czasu Maryę nazywano Gottliebem Goettlich. Goettlich zażądał herniotomii prawostronnej, lecz takowej odmówiono mu z powodu

Fig. 52.

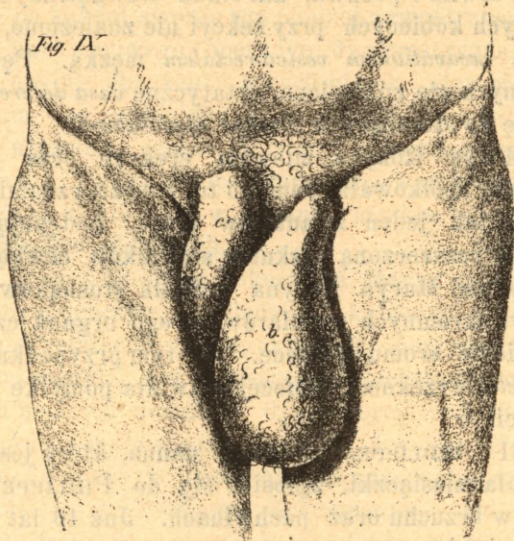


Fig. 52. Okolica sromu Maryi Rozyny późniejszego Gottlieba Goettlich przed dokonaniem operacji *a—penis exiguus*, *b—hydrocele labii scroti sinistri*, *c—hernia intestinalis ad labium scrotale dextrum demissa*.

brakującego na operację jakoby wskazania. Również operacji tej odmówiono mu w Lipsku i Halli, natomiast przeprowadzono kurację antysyfilityczną frykcyjną. Od roku 1832 do 1840 Goettlich objężdżał Niemcy, Francję i Anglię, pokazując się za pieniądze jako hermafrodyta; w 59 zaś roku życia zmarł wskutek uwięźnięcia przepukliny pachwinowej prawostronnej, której usunięcia operacyjnego

mu ongi odmówiono. Ogólny wygląd mężki, również budowa miednicy. *Hypospadiasis peniscrotalis o descensus testiculorum retardatus*; penis nie był dłuższym, niż zwyczajna normalna łechtaczka. Pochwa ślepo zakończona na wysokości sześciu i pół centymetrów. Cewka moczowa otwierała się do pochwy. Pochwa ta prawdopodobnie jest tylko wydłużeniem sztucznem *sinus urogenitalis*, powstałem wskutek długoletnich spółkowań z mężczyznami. Prawdopodobnie do tego *sinus urogenitalis* w jego głębi otwierały się i cewka i pochwa; ani śladu wewnętrznych organów płciowych kobiecych przy sekcji nie znaleziono, lecz tylko próżną *excavationem vesico-rectalem* mężką. Pęcherzyków nasiennych nie znaleziono, ektatyczne *vasa deferentia* otwierały się do sterzających *Ductus ejaculatorii*.

Marya Rozyna miewała erekcje oraz ejakulacje i chętniej spółkowała, pomimo to, z mężczyznami, niż z kobietami, jak jeden z autorów pisze, zastępując pochwę znacznie rozszerzoną wskutek stosunków cewką moczową. Z kobietami Marya Rozyna unikała stosunków, wstydząc się zbyt skromnych rozmiarów swego organu czyli prącia. Owłosienie sromu kobiece. W tym przypadku operacja *hydroceles* wrzekomo kobiecej ujawniła pomyłkę w określeniu płci.

21. PHILIPPE. 28-letnia panna, która jeszcze nigdy nie miała miesiączki, zgłosiła się do PHILIPPE'a wskutek bólów w brzuchu oraz pachwinach. Już 10 lat temu zauważyła jakiś guz w prawej pachwinie, którego wielkość była zmienną. Kilka miesięcy temu powstał taki sam, tylko mniejszy nieco guz w pachwinie lewej. Guz ten daje się odprowadzić do jamy brzusznej, lecz w tej chwili ponownie wypada. Od trzech lat już bóle stają się coraz gorszymi, nawet w nocy nie dają spać chorej. Ogólny wygląd głos, sutki kobiece. *Rima vulvae* bardzo ciasna, otwór cewki skryty, pochwa wpuszcza palec na 3 ctm. głębokości, lecz kończy się ślepo. Macicy nie wymacano. Łechtaczka znacznie powiększona. PHILIPPE dokonał prawostronnej herniotomii z rezekcją worka przepuklinowego i usunął mały guz przykryty torbielą kształtu podkowy.

Już po upływie miesiąca chora zgłosiła się ponownie, żądając tym razem herniotomii po stronie lewej. Przy tej operacyi usunięto ciała w przepuklinie zawarte; drobuowidz ujawnił, że było to jądro i przyjądrze. Spermatozoidów nie znaleziono. W tym więc przypadku chodzi o „*erreur de sexe*“ operacyjnie ujawnioną u spodźca męskiego o *hypospadiasis penisscrotalis* oraz *descensus testiculorum retardatus* i szczątkowej pochwie, sutkach, głosie kobiecych etc.

23. PORRO zaproponował 23-letniej pannie o ogólnym wyglądzie czysto kobiecym oraz ciałku twardawem, zawartem po każdej stronie tuż poniżej zewnętrznego otworu kanału pachwinowego, operację dyagnostyczną, mianowicie operacyjne obnażenie owych ciałek, aby się przekonać, czem one właściwie są — jądrami, czy jajnikami. Operacja ujawniła „*erreur de sexe*“, albowiem ciała owe były jądrami. Panna wielce uradowana wynikiem tej operacyi opuściła klinikę już w ubraniu męskim oraz bez usunięcia gruczołów płciowych.

24. Pozzi: 33-letnia pokojówka, Marya C. o absolutnie kobiecym ogólnym wyglądzie i kobiecym sromie bez śladu zniekształcenia jakiegokolwiek, przypominającego pozory płci męskiej, bez powiększenia łechtaczki oraz uderzającej u męskich spodźców dysproporcji pomiędzy wielką łechtaczką a małą szparą sromową i *vulva*. Marya już od drugiego roku życia nosiła bandaż przepuklinowy wskutek przepukliny pachwinowej lewostronnej. Od 12 roku życia miewała bardzo częste krwawienia z nosa, czasami aż do 12 razy jednego dnia; krwawienia te zwykle powtarzały się tylko przez dwa dni zrzędu i powtarzały się przytem peryodycznie w towarzystwie bólów w brzuchu, uczucia gorąca, bólów głowy oraz kończyn. W 12 roku życia zmiana głosu, zjawienie się dojrzałości płciowej, owłosienia sromu itd. W 14 roku Marya miała trzykrotnie atak somnambulizmu. *Epistaxis nasalis* wraz z całym kompleksem towarzyszących krwotokom nosowym objawów powtarzały się do 22 roku. W roku 1895 Marya miała trzy do czterech razy krwawienia z odbytnicy. W 22 roku była ona

po raz pierwszy badana wskutek *amenorrhoeae absolutae*. Lekarz wtenczas oświadczył, że Marya jest istotą bezpłciową. Udała się wtenczas do doktora SIREDEX'a, który skonstatował zupełny brak macicy. W 15 roku życia przepuklina pachwinowa miała już wielkość pięści, była jednak odprowadzalną. W 23 roku zjawiła się taka sama przepuklina po prawej stronie. W Styczniu 1895 oświadczył się jakiś młodzieniec o rękę Maryi; udała się wtedy do Dr. LANDRIEUX z zapytaniem, czy będzie mogła wyjść za mąż, ponieważ pewien lekarz radził jej aby opowiedziała narzeczonemu o swoim ustroju osobliwym. Oprócz LANDRIEUX'a badali ją wtenczas i BEAUSSENAT, BONCOUR, a później Pozzi. Owłosienie twarzy czysto męskie, sutki kobiece, miednica i *pubes* kobiece. Po obu stronach przepuklina pachwinowa bez zawartości kiszkiowej. *Vulva* ma wygląd, jak u małej dziewczynki jeszcze płciowo nie dojrzalej. Małe i wielkie wargi sromowe wymiarów minimalnych, błona dziewicza naddarta [wskutek *tentaminis stuprationis* w 8 roku życia]. *Clitoris* bardzo mała, otwór cewki moczowej kobiecej, *columnae rugarum anterior* ściany pochwy widoczne. Pochwa ciasna, zdaje się być ślepo zakończoną; *per rectum* żadnego ciała nie wymacano, coby mogło odpowiadać macicy. Marya C. dotąd żadnych popędów płciowych nie odczuwała. PEYRON rozpoznał brak macicy oraz obustronną *ektopiam* jajników i jajowodów. Dokonał więc herniotomii; przy operacyi znalazł po jednej stronie torbiel leżącą przed samym otworem kanału pachwinowego, którą brał za *hydrosalpinx*, oraz gruczołowaty twór, który uważał za jajnik, dalej ciątko, w którym upatrywał szczątkową macicę. Po usunięciu torbieli pozostałe twory wsunął do jamy brzusznej przez kanał pachwinowy, a ranę zaszył. Po prawej stronie przy herniotomii znalazł torbiel małą oraz jakąś masę szarawą. Ponieważ nie znalazł komunikacyi z jamą brzuszną, twory te odciął. Bóle zginęły. Marya, jako wyleczona, wypisała się ze szpitala, lecz już w Lutym 1896 roku recydywa cierpienie zmusiła ją do ponownego zasięgania rady lekarskiej. Mianowicie powstała ponownie przepuklina lewostronna. Aż do owej operacyi Marya

nie odczuwała nigdy żadnych popędów płciowych; po tej operacji zaś obudziło się w niej uczucie płciowe, skierowane ku mężczyznom. Przy tem zaczął ją dręczyć stały niepokój, nareszcie powstała melancholia. Dnia 6 Maja 1896 Pozzi dokonał lewostronnej herniotomii z powodu recydywy przepukliny i usunął guz, składający się z dwóch części. Drobnowidz [LATTEUX] ujawnił, że zarówno obecnie po lewej stronie przez Pozzi'ego usunięte ciało, jak i ciało usunięte dawniej po stronie prawej przez PERROT'a, były jądrem i jednym rogiem dwurożnej macicy. Charakter

Fig. 53.

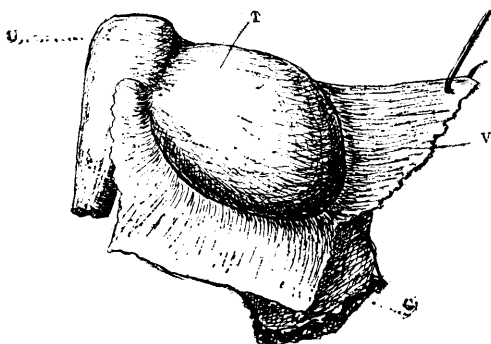


Fig. 53. Jądro lewe *T* i lewy róg macicy dwurożnej *U* [*r—tunica vaginalis*, *c*—szypuła uciętych tworów] widziane od przodu.

tworu w swoim czasie przez PERROT'a uważanego za *hydrosalpinx* pozostał niewyjaśnionym; torbiel ta mogła być i zwyrodniałem torbielowato przyjądrzem. Jądra były atroficzne, spermatozoidów nie znaleziono. W rogach macicy amputowanych nie znaleziono ani śladu błony śluzowej macicznej. Nastrój psychiczny Maryi po dokonanej przez Pozzi'ego operacji stał się jeszcze gorszym, depresja ogólna i wieczne płacze. Kastracya ujawniła w tym przypadku, że Marya była męzkim spodźcem o absolutnie kobie-

Fig. 54.

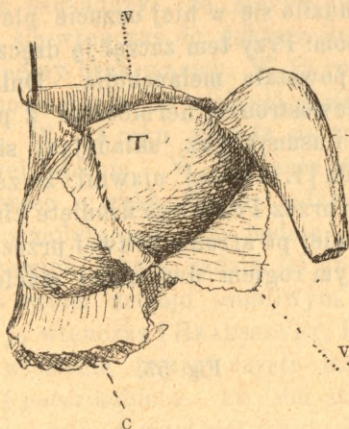


Fig. 54. Te same twory widziane od tyłu.

Fig. 55.

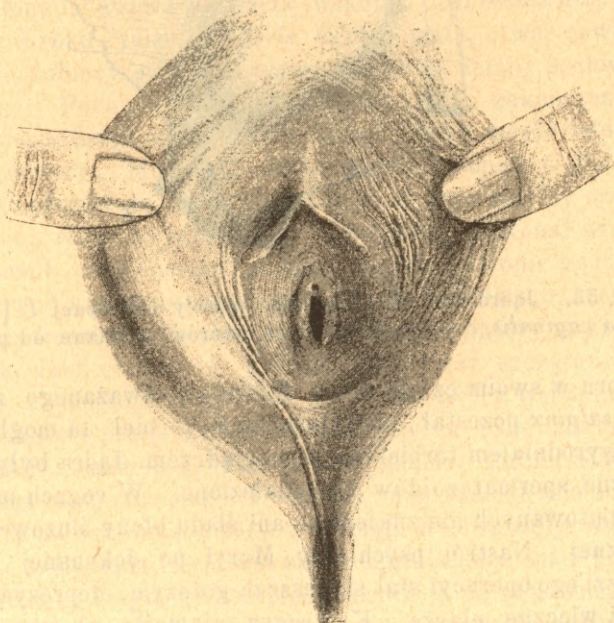


Fig. 55. *Vulva* o wyglądzie normalnym kobiecym
wrzekomego obojnaka Maryi C.

cej *vulva*, kobiecych sutkach, *Molimina menstrualia*, peryodycznych krwawieniach z nosa, *Uterus bicornis* oraz homoseksualnych popędach płciowych, wychowanym mylnie za kobietę [patrz Fig. 53—55].

25. SAENGER. 28-letnia służąca zgłosiła się do SAENGER'a wskutek braku absolutnego peryodów, pomimo że co cztery tygodnie miewała silne *molimina menstrualia*, bóle w brzuchu, pachwinach i sutkach.

Bóle te w ostatnich czasach tak się wzmogły, że pacjentka zmuszona była wyrzec się wszelkiej pracy fizycznej. Ogólny wygląd i sutki czysto kobiece. Owłosienie sromu skąpe. *Clitoris* nie powiększona; *hymen intactus* o bardzo ciasnym otworze, pochwa normalnej długości i szerokości, ślepo się kończy u góry. W prawej wardze sromowej wielkiej SAENGER wymacał ciało twarde, ruchome, wrażliwe na ucisk, lecz nie odprowadzalne; rozpoznał zatem *herniam labialem ovarii dextrae*; po lewej stronie znalazł odprowadzalną przepuklinę pachwinową, która również zawierała ciało twarde. Prawostronna przepuklina miała istnieć już od dzieciństwa, lewostronna powstała dopiero po ukończeniu szkoły. SAENGER przystąpił do herniotomii prawostronnej, spodziewając się, że uda mu się wsunąć do jamy brzusznej jajnik prawy, a następnie kanał pachwinowy doszczętnie zamknąć. Przy operacji jednak przekonał się, że workiem przepuklinowym nie było nic innego, jak *tunica vaginalis communis testis*, wycięty zaś jajnik był jądrem. *Processus vaginalis peritonei* był zarośniętym tak, że już nie było żadnej komunikacji z jamą brzuszną. Po usunięciu ciałek w przepuklinie zawartych—jądra, przyjądrza i powrozu nasiennego—i zaszyciu rany dokonano herniotomii i po strouie lewej znaleziono w przepuklinie tylko uchyłek pęcherza moczowego. Jądro prawe usunięte, w środku zawierało *fibroadenoma*. Lewe jądro, jak SAENGER przypuszcza, nie wyszło dotąd wcale z jamy brzusznej. Herniotomia więc u 23-letniej służącej ujawniła „*erreur de sexe*“.

26. SAENGER. 32-letnia nauczycielka, która nigdy nie miała peryodu, peryodycznie co 3—4 tygodnie miewa silne bóle brzuszne. W 18 roku życia panna ta poraz

Fig. 56.

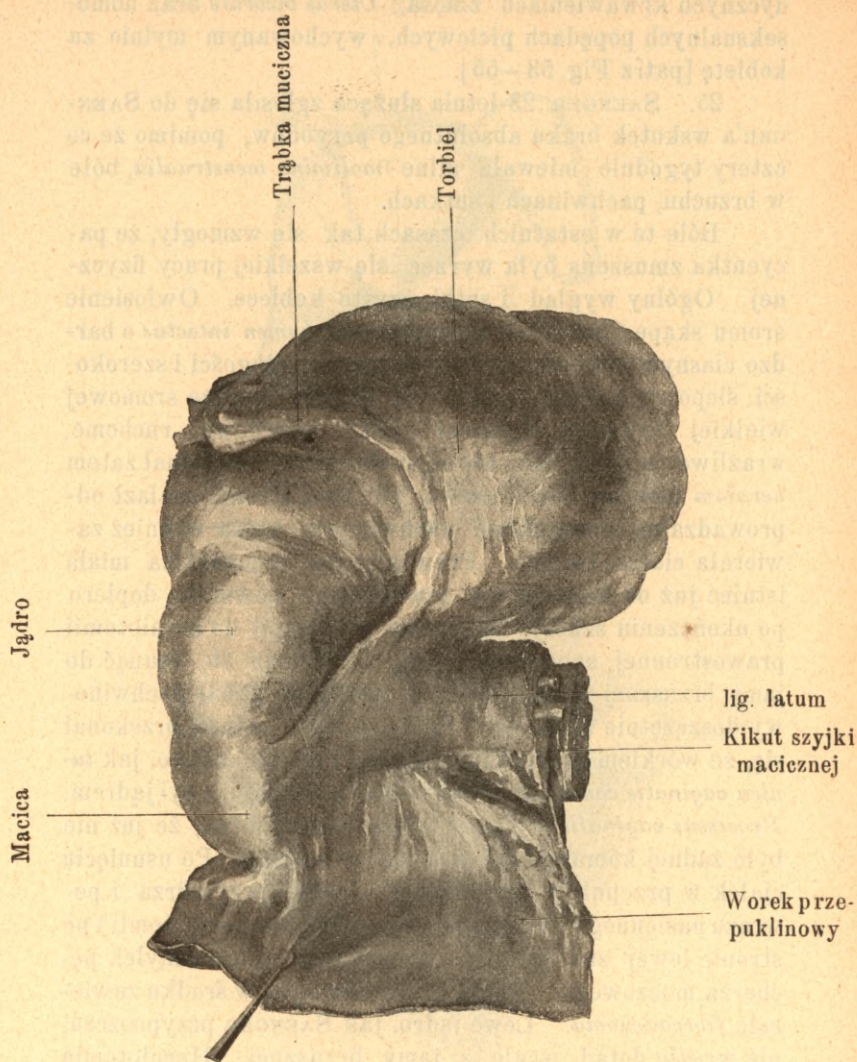
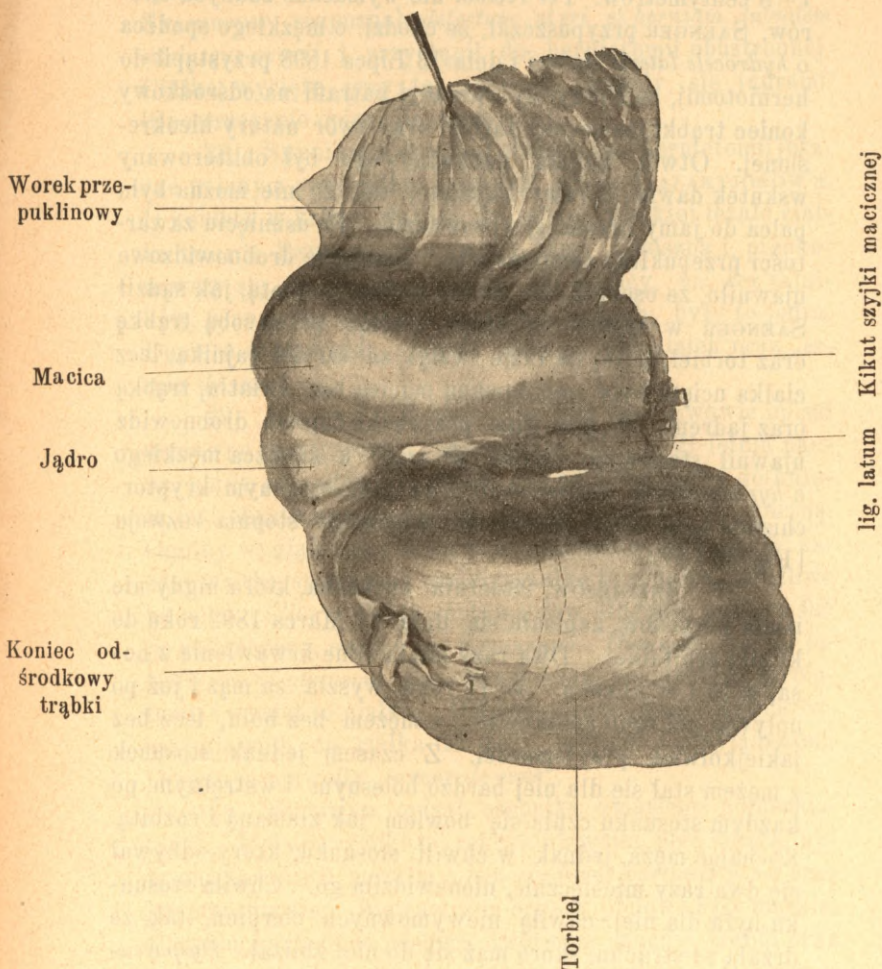


Fig. 56. Macica wraz z trąbką i jądrem, wycięte z przepukliny pachwinowej u męskiego wrzekomego obojnaka [preparat widziany od przodu].

pierwszy zauważyła guz w lewej pachwinie, który powoli się powiększał. Lekarz oświadczył, że chodzi o *ectopiam*

Fig. 57.



lig. latum Kikut szyjki macicznej

Fig. 57. Preparat tenże widziany od tyłu.

inguinale uteri. Pacjentka zażądała usunięcia guza z powodu, że jej dokuczał przy chodzeniu. Ogólny wygląd, wyraz twarzy, owłosienie, sutki czysto kobiece. Po lewej

stronie nieodprowadzalna przepuklina pachwinowa, *hernia inguinolabialis*. Pochwa ślepo zakończona na wysokości 7–8 centymetrów. *Per rectum* nie wymacano żadnych tworów. SAENGER przypuszczał, że chodzi o męskiego spodzca o *hydrocele lateris sinistri* i dnia 13 Lipca 1898 przystąpił do herniotomii, lecz przy tej operacyi natrafił na odśrodkowy koniec trąbki macicznej, torbiel oraz twór natury nieokreślonej. Otwór kanału pachwinowego był obliterowany wskutek dawnej sprawy zapalnej, tak że nie można było palca do jamy brzusznej wprowadzić. Po usunięciu zawartości przepukliny ranę zaszyto. Zbadanie drobnowidzowe ujawniło, że osobnik ten jednak nie był kobietą, jak sądził SAENGER w trakcie operacyi, widząc przed sobą trąbkę oraz torbiel, którą na razie wziął za torbiel jajnika, lecz ciążka ucięte były amputowaną macicą bez światła, trąbką oraz jądrem. W tym więc przypadku dopiero drobnowidz ujawnił stanowczo „*erreur de sexe*” u spodzca męskiego o *hypospadiasis penisscrotalis* oraz jednostronnym kryptorchizmie oraz *uterus masculinus* wysokiego stopnia rozwoju [Fig. 56 i 57].

27. SNEGIRJOW. 28-letnia kucharka, która nigdy nie miała peryodów, zapisała się dnia 21 Marca 1892 roku do kliniki szpitalnej. Dwa razy miała silne krwawienie z nosa, w 13 i w 28 roku. W 17 roku wyszła za mąż i już po upływie pół roku spółkowała z mężem bez bólu, lecz bez jakiegokolwiek przyjemności. Z czasem jednak stosunek z mężem stał się dla niej bardzo bolesnym i wstrętnym, po każdym stosunku czuła się bowiem jak złamaną i rozbityą. Kochając męża, jednak w chwili stosunku, który odbywał się dwa razy miesięcznie, nienawidziła go. Chwila stosunku była dla niej chwilą niewymownych cierpień, tak, że drżała ze strachu, skoro mąż się do niej zbliżał. *Dyspareunia* ta trwa już od dwóch lat. Sutki, *Mons Veneris*, *pubes* kobiece. W każdej wardze sromowej wielkiej wrażliwe na ucisk elastyczne przesuwalne ciało o gładkiej powierzchni. *Clitoris* nie powiększona, małe wargi sromowe istnieją, *hymen fimbriatus*, *vestibulum vaginae* normalne. Pochwa na wysokości trzech centymetrów ślepo zakończona.

Ani macicy ani jajników w jamie brzusznej nie wymacano. Ciała, zawarte w wargach sromowych wielkich, podług opowiadania pacjentki, miały tam leżeć już od dzieciństwa. SNEGIRJOW rozpoznał *defectum uteri et herniam labialem utriusque ovarii* i przystąpił do herniotomii obustronnej. Ciała, wycięte przy tej operacyi, okazały się jądrami. [Spostrzeżenie opisał BŁAGOWOLIN].

28. SNEGIRJOW dokonał obustronnej herniotomii jeszcze w innym przypadku, opisanym przez GAŁAKTJONOW'A. U kobiety w każdej wardze sromowej wielkiej leżało ciało twarde. SNEGIRJOW otworzył jamę brzuszną i, przekonawszy się, że ona nie zawiera ani macicy, ani też jajników, usunął oba ciała z warg sromowych; były to jądra. Dopiero drobnowidz ujawnił naturę tych ciałek oraz „*erreur de sexe*“.

29. SOŁOWIJ. Kolega SOŁOWIJ we Lwowie opisał niedawno spostrzeżenie następujące: R. Ch. 21-letnia panna, nigdy peryodów nie miała, już od dzieciństwa dotkniętą jest obustronną przepukliną pachwinową bardzo bolesną. Ogólny wygląd, jak i sutki oraz owłosienie kobiece. W każdej wardze sromowej wielkiej ciało twarde, wrażliwe na ucisk. *Clitoris* dwóch centymentów długości, pochwa ślepo zakończona, macicy nie wymacano. *Diagnosis: hernia labialis ovarii utriusque*. SOŁOWIJ dokonał obustronnej herniotomii i wyciął te ciała. Dopiero drobnowidz [KRZYKOWSKI] ujawnił, że ciała te były jądrami i przyjadrzami. Operacya ujawniła „*erreur de sexe*“.

30. STONHAM opisał osobnika zmarłego po herniotomii. U dziewczynki tej sekcyja ujawniła płeć męską; była ona spódzcem męzkim o *hypospadiasis partialis penis* oraz kryptorchizmie. Wewnętrzne organy płciowe były męskie. Przytem znaleziono pochwę, dwurożną macicę, trąbki oraz jądra i przyjadrza, leżące na miejscu jajników. Pęcherzyków zaś nasiennych nie było.

[STRATZ wrzekomemu obojnakowi zaproponował dyagnostyczną herniotomię w celu rozpoznania płci wątpliwej, lecz osobnik ten, Nambrok Sadinali, więzień w Soerabaia, na operacyę się nie zgodził. Ogólny wygląd był raczej

męzkim, aniżeli żeńskim. *Clitoris* 2—4 centymetrów długości, *urethra* kobieca, pochwy nie było, lecz istniały *labia majora pudendi* oraz *minora*; ani macicy ani też jajników w jamie brzusznej nie wymacano; w każdej wardze sromowej wielkiej leżało ciało, wrażliwe na ucisk, wielkości orzeszka laskowego, które sprawiało ból przy chodzeniu].

31. SUJETINOW. 45-letnia kobieta, która w przeciągu dwóch lat miewała nieregularne jakoby peryody. Owłosienie, twarz, sutki, miednica męzkie; po prawej stronie przepuklina pachwinowa odprowadzalna; w prawej wardze sromowej wielkiej ciało, robiące wrażenie jądra, oraz powróż, przebiegający od tego ciała ku kanałowi pachwinowemu. *Clitoris* 5 centymetrów długości i 2 grubości; małych warg sromnych natomiast nie było. Poniżej otworu cewki dołek, pomieszczający koniec palca. *Per rectum* nie wymacano ani macicy, ani jajników ani *prostatae*. Ponieważ nastąpiła inkarceracya przepukliny, przystąpiono do herniotomii. Ciała usunięte były podług opisu trąbką i jajnikiem. Chodziło więc w tym przypadku o wrzekome obojnactwo żeńskie z przerostem łechtaczki, brakiem małych warg oraz pochwy i macicy. Autor ani słowem nie wspomina o badaniu drobnowidzowem; byłbym osobiście więcej skłonny upatrywać w tem indywiduum męzkiego wrzekomego obojnika niż żeńskiego o *ektopia labialis ovarii*, lecz bez badania drobnowidzowego preparatu decyzya jest niemożliwa.

32. ŚWIĘCICKI. 23-letnia panna B. J. zgłosiła się do kolegi ŚWIĘCICKIEGO z prośbą o usunięcie guza wargi sromowej wielkiej jednej. Ogólny wygląd, owłosienie twarzy, sutki, miednica męzkie. Długa łechtaczka haczykowato ku dołowi zagięta. W lewej wardze sromowej wielkiej wymacano guz, w prawej zaś jądro, przyjadrze oraz powróż nasienny. *Prostatae per rectum* nie wymacano. ŚWIĘCICKI uważał pacjentkę za mężczyznę o *hydrocele* lewostronnej oraz hypospadii, dokonał punkcyi *hydroceles* i po wypuszczeniu płynu z guza wymacał i w lewej wardze sromowej jądro, przyjadrze i powróż nasienny; oświadczył zatem pannie B. J., że jest ona mężczyzną. Punkcya wodniaka

pochwy jądrowej „opróżniła blisko dwie filiżanki wodnistego płynu. Matka rozplakała się na oświadczenie kol S., że córka jej jest raczej mężczyzną; syn zaś natomiast chwycił każde słowo S. chętnym uchem, uśmiechając się swobodnie z radości, że „odtąd będzie uchodził za to, czym jest rzeczywiście. Już oddawna miał on „żar w piersiach niezrównany“ do kobiet, miał odrazę do szycia sukien, cerowania i robienia pończoch, golił się potajemnie, a w 16 roku życia, jak się przyznał koledze SWIĘCICKIEMU w cztery oczy, spółkował nawet z dziewczyną, leżąc z nią w jednym łóżku. Osobnik opisany przez kolegę S., jak sam opowiadał SWIĘCICKIEMU, czuł się tak nieszczęśliwym w roli nienaturalnej kobiety, że już nawet nosił się z myślą o samobójstwie. Gdyby nie hydrocele, które spowodowała go do lekarza, możeby i padł on ofiarą „*erreur de sexe*“.

33. THIERSCH operował osobnika opisanego przez SCHMORL'a: 22-letni uczeń Akademii sztuk pięknych w Lipsku Fryderyk W. zapisał się do kliniki chirurgicznej w Lipsku 1887 roku z prośbą o umożliwienie mu oddawania uryny przez cewkę oraz o umożliwienie spółkowania po mężku. THIERSCH oświadczył pacjentowi, po zbadaniu go, że nie radzi mu dokonania tego rodzaju plastycznej operacji mało obiecującej co do wyniku ostatecznego. W r. 1882 zjawiała się przepuklina pachwinowa prawostronna sięgająca aż do głębi *scroti fissi*; w tejże prawej połowie *scroti fissi* wymacano jądro, lewa połowa moszny okazała się próżną i zmarszczoną. THIERSCH dokonał szeregu zabiegów operacyjnych w celu wyprostowania prącia, haczykowato ku dołowi zagiętego. Przy wstrzyknięciu wody do pęcherza moczowego nabrzmiewała okolica pachwinowa lewa, w następstwie zaś utrudnionem było zarówno oddawanie moczu, jako też i opróżnienie pęcherza przy pomocy kateteru. Aby znaleźć przyczynę tego szczególnego objawu, THIERSCH zdecydował się na inną operację: zrobił cięcie, jak dla herniotomii, i znalazł w kanale pachwinowym twór 5 ctm. długości i dwóch centymetrów grubości, który na razie wziął za lewe jądro. Po podwiązaniu szypuły, czyli nózki, guz

ten, czyli jądro, uciął, powróz zaś nasienny przypalił żegadłem. Zaraz po operacji powstały *perytonitis Singultus, Coma*, śmierć następnego dnia po operacji. Znalaziono przy sekcji zwłok *uterus bicornis* oraz otwierającą się *in capite gallinaginis* pochwę; kanał maciczno-pochwowy miał 15 centymetrów długości. Twór, który THIERSCH uciął i na razie brał za jądro, nie był jądrem lecz raczej był to odśrodkowy koniec lewej trąbki macicznej o dwóch małych torbielach. Otwór brzuszny prawej trąbki leżał w prawym kanale pachwinowym; przepuklina pachwinowa prawostronna zawierała sieć wielką. W prawej połowie rozszczepionej moszny znaleziono atroficzne jądro bez przyjądrza i bez *vas deferens*, przy prawej trąbce znaleziono również *parovarium*. SCHMORL uważał atroficzny jakiś twór wielkości połowy wiśni, po prawej stronie, ułożony w tkance łącznej poniżej odśrodkowego końca trąbki macicznej za szczątkowy jajnik. [Czyżby tu nie zachodziła pomyłka w określeniu tego tworu]? W tym przypadku nie herniotomia, lecz dopiero sekcja pośmiertna wykazała istnienie u mężczyzny wysokiego stopnia rozwoju macicy dwurożnej oraz pochwy.

34. TILLAUX. Sprowadzono do TILLAUX'a 12-letnią dziewczynkę z prośbą, aby założył jej pas przepuklinowy. TILLAUX znalazł przepuklinę wprawdzie, ale równocześnie w wardze sromowej wielkiej tejże samej strony twór przedstawiający się jako torbiel. Instynktownie zaczął on wymacywać drugą wargę sromową i znalazł tam podobny twór. Wskutek tego dokonał on nacięcia każdej wargi sromowej wielkiej i skonstatował, że każda warga sromowa wielka zawierała jądro. *Clitoris* okazała się jako *penis hypospadiacus rudimentarius*, a więc dziewczynka ta była chłopcem. Operacja dyagnostyczna ujawniła płeć męską u panny.

35. WILL. 54-letnia niezamężna Krystyna W. zapisała się dnia 9 Grudnia 1895 r. do kliniki ginekologicznej w Gryfii wskutek obustronnej przepukliny pachwinowej. Od 17 do 40 roku życia miała co miesiąc silne *molimina menstrualia*; peryody jednak się nie zjawiały. Ogólny wygląd, owłosienie twarzy, sutki męskie, wielkie i małe wargi sromowe prawidłowe, otwór pochwy bardzo ciasny, pochwa

na wysokości półtora centymetra ślepo zamknięta, lecz cewka moczowa znacznie rozszerzona, tak, że wpuszcza palec do pęcherza; *per rectum* nie wymacano ani macicy, ani jajników. Dokonano obustronnej herniotomii. Oprócz prawostronnej przepukliny pachwinowej, którą zreponowano, znaleziono po każdej stronie twór twardy i twór torbielowaty, które usunięto. Po prawej stronie udało się palec wprowadzić do jamy brzusznej przez kanał pachwinowy, po lewej stronie nie udało się palca wprowadzić do jamy brzusznej. Drobnowidz ujawnił, że ciała usunięte były jądrami częściowo włóknisto-zwyrodniałymi. Lewe jądro miało 4 i pół centymetra długości i dwa i pół szerokości, prawe pięć i pół długości i cztery i pół szerokości; ani przyjądrzy, ani *vasa deferentia* nie znaleziono. Kastracya ujawniła więc płć męzką osoby dotąd za kobietę uchodzącej. Podług przykładu innych kobiet Krystyna oddawała się mężczyznom i przy stosunku z nimi posiłkowała się cewką moczową: *Coitus urethralis*. Popędy płciowe Krystyna odczuwała li tylko ku kobietom, lecz, pomimo to, ani razu z kobietą stosunku jeszcze nie miała. *Hypospadiasis peniscrotalis* z rudymenarną pochwą wywołała pomyłkę w określeniu płci.

36. v. WINCKEL. Panna o męzkim wyglądzie, kobiecem owłosieniu, dobrze rozwiniętych wargach sromowych oraz *clitoris peniformis*. Herniotomia późniejsza u tej panny wykazała płć męzką, albowiem ciała, wycięte z warg sromowych wielkich, okazały się jądrami. Herniotomia ujawniła „*erreur de sexe*“.

37. WINCKLER. 52-letni mężczyzna o wrodzonej przepuklinie pachwinowej prawostronnej; przy radykalnej operacji herniotomii 1876 r. skonstatowano kryptorchizm. W roku 1892 recydywa przepukliny i inkarceracya. Dokonano cięcia brzuszego z przecięciem powrozu perytonealnego, który wywołał niedrożność przewodu pokarmowego, następnej nocy śmierć. Sekcyja: Po prawej stronie znaleziono w jamie brzusznej jądro, przylegające do ściany brzusznej, po lewej stronie odśrodkowy koniec trąbki macicznej przy ujściu kanału pachwinowego. Zewnętrzne organy

płciowe prawidłowe, męskie, *penis* mały, *scrotum* próżne. *colliculus seminalis*, *vesicula prostatica* istnieją, lecz *ductus ejaculatorii* kończą się ślepo. Pochwa w dolnej części swojej otoczona gruczołem krokowym. Sonda do *utriculus masculinus* wdraża na głębokość 17 centymetrów. Znalezione dwurożną macicę oraz pochwę. Powyżej *prostatae* otwiera się lewy *ductus ejaculatorius* do pochwy; do lewej ściany pochwy przylega lewy pęcherzyk nasienny. Pochwa długości 8 centymetrów przechodzi bez jawnego odgraniczenia w macicę, mającą 9 centymetrów długości. Dno macicy ma dwa centymetry szerokości i półtora centymetra grubości. Istnieje *excavatio vesico-uterina* i *recto-uterina*; lewa trąbka prawidłowa, posiada światło i przebiega *in lig. lato*, prawa o licznych zwojach trąbka kończy się ślepo przy przedniej ścianie brzusznej kilkoma torbielami. Po lewej stronie znaleziono *lig. rotundum*, prawego nie znaleziono. Istnieją jądra, przyjądrza i *vasa deferentia* oraz pęcherzyki nasienne. Lewe jadro leży na miejscu, w którym normalnie powinien leżeć lewy jajnik.

38. W Styczniu 1892 doktor CHARLES T. POORE u 12-letniej dziewczynki dokonał cięcia pachwinowego lewostronnego w celu usunięcia jakoby spuchniętego gruczołu. Gruczoł leżał poniżej zewnętrznego otworu kanału pachwinowego. 7 lat później D-r F. S. MATTHEWS zbadał wycięty ongi gruczoł drobnowidzowo i rozpoznał w nim jądro; z trudem odszukano pacjentkę i uzyskano pozwolenie na zbadanie jej. *Genitalia externa* dziś 19-letniej już panny zupełnie prawidłowo ukształtowane, ani śladu owłosienia, sromu, krocza, twarzy. Pochwa ślepo zakończona na wysokości $1\frac{1}{4}$ cala. *Per rectum* nie wymacano ani śladu macicy lub gruczołu krokowego. 19-letnia ta panna jest mężczyzną o kryptorchizmie prawostronnym, *hypospadiasis peniscrotalis* oraz pochwie.

Przy zestawieniu tych 38 operacji okazuje się, że aż 31 razy operacja ujawniła pomyłkę w dotychczasowem określeniu płci danego osobnika, albowiem u 31 osób, za kobiety wychowanych, ujawniła płeć męską—dwa razy [Nr.

18, 27] operowana była zamężną — w 29 przypadkach panna jeszcze. [Nr. 1, 2, 6, 7, 9, 10, 12—17, 19, 21—26, 28—30, 32, 34, 35, 36, 38]. Trzy razy dokonano herniotomii wyłącznie w celu dyagnostycznym dla określenia płci wątpliwej [PÉAN Nr. 20, PORRO Nr. 23, TILLAUX Nr. 34].

Dwa razy operator ograniczył się do operacyjnego odsłonięcia gruczołów płciowych z pozostawieniem ich na miejscu i następnie zeszyciem rany [PORRO Nr. 23, TILLAUX Nr. 34]; w innych przypadkach wycięto albo oba gruczoły płciowe lub też dokonano kastracyi tylko jednostronnej.

Dwa razy przy operacyi *hydroceles muliebris* po wypuszczeniu płynu wymacano jądro, przyjadrze i powróż nasienny w wardze sromowej wielkiej, czyli skonstatowano wodniak pochwy jądrowej i płeć męzką [PECH Nr. 21, ŚWIĘCICKI Nr. 32], 23 razy usunięto u dotychczasowej panny oba jądra [Nr. 2, 6, 9, 10, 12—19, 22, 24, 25, 27—29, 30, 36, ALEXANDER, AVÉRY, BRYCHOŁOW, BUCHANAN, CHAMBERS, GRIFFITH, GROSS, HALLOPEAU, HEUCK, JABŁOŃSKI, DIXON-JONES, KOCIATKIEWICZ, LANNEI LONGUE, A. MARTIN, CHRIST, MARTIN, PHILIPPE, PEYROT-POZZI, SAENGER, SNEGIRJOW, SOŁOWIJ, WILL, v. WINCKEL].

Cztery razy dokonano herniotomii u osobnika męzkiego, za męzczyznę wychowanego, z usunięciem jedno- lub dwuróżnej macicy z przepukliny:

Nr. 3. BILLROTH *Hernia inguinolabialis uteri unicornis, tubae, ligamenti rotundi* oraz tworów prawdopodobnie mylnie za jajnik uważanego na razie. [Nie znaleziono w tworze tym *folliculorum Graafii*].

Nr. 4. BOECKEL: *Uterus bicornis, Testiculus, Epididymis, Vas deferens, lig. latum* wycięte z przepukliny.

Nr. 4. CARLE. W przepuklinie znaleziono powyżej jądra *Uterus bicornis*; dodano cięcie brzuszne z amputacją macicy.

Nr. 33. THIERSCH. Dyagnostyczne nacięcie okolicy pachwinowej lewej, z ucięciem tworów mylnie za jądro wziętego. Śmierć, sekcyja: Pochwa i *uterus bicornis* obok jądra

przyjadrza; w przepuklinie prawostronnej znaleziono *omentum majus*.

Nr. 31. WINCKLER. Przy operacyi przepukliny, inkarceracya, cięcie brzuszne, śmierć, sekcyja, znaleziono pochwę, *Uterus bicornis* jądra, przyjadrza.

Nr. 38: operacyi dokonano przy mylnem rozpoznaniu *lymphadenitidis inguinalis unius lateris* u 12-letniej dziewczynki-chłopca.

Tylko trzy razy operowano u wrzekomych żeńskich obojnaków.

Nr. 5. BROHL. *Hernia uteri bicornis et ovariorum (Amputatio utero-ovarica in cervice)*.

Nr. 20. PÉAN: najprzód dyagnostyczne nacięcie w okolicy pachwinowej u dziewczynki mylnie na chłopca przemianowanej, ponieważ skonstatowano obecność macicy i jajników w jamie brzusznej przy braku zupełnym pochwy; kastracya przez ucięcie przydatków macicznych po obu stronach, nareszcie daremne usiłowania wytworzenia pochwy.

Nr. 31. SUJETINOW. Herniotomia przy przepuklinie inkarcerowanej. Usunięcie trąbkę maciczną i jajnik.

Na 38 operacyi przypadają cztery u mężczyzn za mężczyznę wychowanych, trzy na kobiety za kobiety wychowane oraz 31 na mężczyzn mylnie za kobietę wychowanych. Pomyłka w określeniu płci została ujawnioną 31 razy przez operację, ewentualnie z następczem badaniem drobnowidzowem ciałek wyciętych przy operacyi, ewentualnie przez sekcję osobnika po operacyi zmarłego [Nr. 30 STONHAM, Nr. 3. BILLROTH].

Na owe 38 operacyi przypada 5 sekcji:

Nr. 3. BILLROTH. Śmierć wskutek krwotoku pooperacyjnego z powodu obślizgnięcia się ligatury.

Nr. 21. PECH. Śmierć wskutek uwięźnięcia przepukliny w 59 roku. Osobnik mylnie za kobietę wychowany, u którego dawniej przy operacyi *hydroceles* skonstatowano płeć męską.

Nr. 30. STONHAM. Śmierć po herniotomii.

Nr. 33. THIERSCH. Śmierć po herniotomii dyagnostycznej wskutek zapalenia otrzewny.

Nr. 37. WINCKLER. Śmierć po cięciu brzuszmem, dokonaniem wskutek niedrożności kiszek u osobnika, u którego 22 lat temu dokonano radykalnej herniotomii.

Co do wieku, w którym rozpoznano pomyłkę w określeniu płci dzięki operacyi, notuję:

Nr. 1. Klara D.: w 13 roku życia herniotomia prawostronna przez Dr. ERASMUS'a, w 16 roku lewostronna przez D-r HAHN'a. Nr. 2—?, Nr. 3 w 24 roku, Nr. 5 w 14 roku, Nr. 7 w 9 roku, Nr. 9 w 24 roku, Nr. 10 w 23 roku, Nr. 11 w 3 roku, Nr. 12—?, Nr. 13 w 28 roku, Nr. 14 herniotomia po jednej stronie w 20 roku, po drugiej w 28 roku, Nr. 15 w 21 roku, Nr. 16 w 21 roku, Nr. 17—?, Nr. 18 w 35 roku, Nr. 19 Herniotomia po jednej stronie z wsunięciem do jamy brzusznej tworzącej na razie wziętego za ektopiczny jajnik w 20 roku, w 21 roku herniotomia połączona z kastracją po drugiej stronie, Nr. 21 operacja *hydroceles* w 37 roku, Nr. 22 Prawostronna herniotomia w 28 roku, w miesiąc później herniotomia lewostronna na własne żądanie, Nr. 23 dyagnostyczne nacięcie pachwiny w 22 roku, Nr. 24 w 32 roku obustronna herniotomia przez PEYROT'a z kastracją po stronie prawej, w 33 roku recydywa lewostronna, herniotomia i kastracja przez Pozzi'ego, Nr. 25 w 23 roku—Nr. 26 jednostronna herniotomia w 32 roku.

Nr. 27 w 28 roku, Nr. 28—?, Nr. 29 w 21 roku, Nr. 30—?, Nr. 32 operacja *hydroceles* w 23 roku, Nr. 34 w 12 roku, Nr. 35 w 54 roku, Nr. 36—?. Nr. 38 w 12 roku usunięcie gruczołu.

Kilka razy dokonano kilku operacyi u tegoż osobnika.

Nr. 1. Herniotomia po jednej stronie przez ERASMUS'a, po drugiej przez HAHN'a.

Nr. 8. Herniotomia i otworzenie jamy brzusznej przez CARLE'a.

Nr. 15. Po obustronnej herniotomii cięcie brzuszne rozpoznawcze [DIXON-JONES].

Pam. Tow. Lek. T. 95 Z. III.

Nr. 19. Herniotomia po jednej stronie z wsunięciem do jamy brzusznej ciała, na razie za jajnik wziętego, w rok później herniotomia drugostronna z kastracją przez Chr.-MARTIN'a.

Nr. 20. Herniotomia dyagnostyczna, cięcie brzuszne z wycięciem trąbek i jajników oraz plastyczna operacja chybiona w celu wytworzenia pochwy [PÉAN].

Nr. 22. Herniotomia po jednej stronie, po miesiącu herniotomia po drugiej stronie na własne żądanie [PHILIPPE].

Nr. 24. Obustronna herniotomia przez PEYROT'a w 32 roku, w rok później wskutek jednostronnej recydywy przepukliny herniotomia przez Pozzi'ego.

Dokonano herniotomii tylko po jednej stronie 13 razy: Nr. 3, 4, 8, 17, 20, 21, 23, 26, 30, 31, 32, 33, 37.

Dokonano herniotomii obustronnej 24 razy, mianowicie równocześnie 16 razy. Nr. 2, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 27, 28, 29, 34, 35, 36; a 8 razy w pewnem odstępie czasu po jednej i po drugiej stronie. Nr. 1, 12, 13, 14, 19, 22, 24, 25.

Jako wskazanie do operacji służyło: rozpoznanie jakoby *herniae inguino-labialis ovarii unius* lub też *utriusque*, kilka razy operacji dokonano wskutek *hydroceles masculinae*, za wodniak kobiecy wziętej, kilka razy operacji dokonano w celach rozpoznawczych wobec płci wątpliwej, przeważnie wskutek przepuklin bolesnych przy chodzeniu lub na żądanie pacjentki lub pacjenta, przyczem tylko bardzo rzadko przepuklina zawierała jeszcze inną zawartość, prócz gruczołów płciowych, mianowicie raz *omentum majus*, raz uchyłek pęcherza moczowego i kilka razy kışkę. Raz jeden operowano dla jakoby limfadenitu pachwinowego [Nr. 38].

Na specjalną uwagę zasługuje drugie spostrzeżenie SAENGER'a, który początkowo sądził, że panna, którą miał operować, jest raczej mężczyzną o *hypospadiasis peniscrotalis*, w trakcie zaś operacji przypuszczenie to cofnął, znajdując *in hernia* trąbkę maciczną, róg macicy dwurożnej oraz twór torbielowaty, który czynił wrażenie jajnika. Dopiero badanie drobnowidzowe ujawniło, że pierwotne jego przy-

puszczenie było trafnem i że torbielowate ciało owe było jądrem, a nie jajnikiem.

II.

13 cięć brzusznych, u wrzekomych obojnaków dokonanych.

Nr. 1. AUDAIN u 29-letniego wrzekomego obojnaka żeńskiego o znacznym przeroście łechtaczki oraz mężkiem owłosieniu twarzy i brzucha usunął dwa dermoidy jajników oraz torbiel parowaryalną na drodze cięcia brzusznego.

Nr. 2. BECK dokonał cięcia brzusznego u męskiego wrzekomego obojnaka 21-letniego, do 19 roku życia mylnie za pannę wychowanego, aby usunąć sarkomatycznie zwyrodniałe w jamie brzusznej zatrzymane jądra. Kryptorchizm. Śmierć 18 dnia po operacji wskutek zapalenia płuc. Wygląd ogólny kobiecy, również głos i owłosienie kobiece. *Hymen* istnieje, pochwa długości czterech cali. Po obu stronach ujścia pochwy otworek, z którego przy stosunku z kobietami wytryskuje płyn lepki. Peryodów nigdy nie było. Osobnik ten już w 15 roku życia spółkował z kobietami i zaraził się przymiotem. Przy koeliotomii dokonanej dla usunięcia dwóch guzów, w jamie brzusznej zawartych, znaleziono macicę. Guzy wycięte okazały się teratomatami, które w pewnych miejscach ujawniły budowę alweolarnego sarkomatu [BROCKS]. Sekcja: Macica długości dwóch i pół cala o wystaniu nabłonkiem migawkowym w dnie jamy macicznej, a płaskim w dolnej części jamy. Trąbki maciczne nie posiadały światła; znaleziono więzy obłe i jakoby jajniki. Brak było gruczołów OOPER'a, BARTHOLIN'a również. Ponieważ nie stwierdzono drobnowidzowo, czy ciała wzięte za jajniki były rzeczywiście jajnikami, MUNDÉ i KELLER powątpiewali o tem, aby osobnik ten był rzeczywistym obojnakiem. Prawdopodobnie chodziło o spodźca męskiego o pochwie i macicy.

Nr. 3. CLARK dokonał u kobiety nephrolithotomii; pacjentka po tej operacji zmarła. Sekcja wykazała płeć

mężką trupa. Prawe jądro leżało w wardze sromowej wielkiej prawej, lewe w kanale pachwinowym, Istniała *prostate*, lecz nie było macicy. *Hypospadiasis peniscrotalis*. „*Erreur de sexe*“, ujawnioua dopiero sekcyą.

Nr. 4. FEHLING dokonał cięcia brzuszego u 31-letniej panny P. B., która tylko od 15 do 17 roku miała swoje peryody. W 17 roku zauważyła w brzuchu guz wielkości jabłka. Głos i sutki męskie, wąsy. *Clitoris erectilis* 5 centymetrów długości. Pochwa ciasna o błonie dziewiczej, lewa warga sromowa wielka, próżna, w prawej FEHLING wymacał ciało wrażliwe na ucisk i połączone z jakimś powrózkiem, przebiegającym ku kanałowi pachwinowemu. Palec przez kanał pachwinowy wdraża do jamy brzusznej; w przepuklinie pachwinowej zawartości kiszkiowej niema. Pochwa ma 8 centymetrów długości, szyjka maciczna nie posiada otworu. W przednim sklepieniu pochwy wymacano jakiś guz. Gorączka. FEHLING rozpoznał *haematometra* po czteroletniem zatrzymaniu się peryodów, lecz dwie punkcye guza, przez ścianę brzuszną dokonane, nie dały żadnego płynu. Nareszcie wymacano małą macicę i cofnięto pierwotne rozpoznanie, przypuszczając, że chodzi o guz jajnika lewego oraz *ectopiam inguinolabiale* prawego. Przy cięciu brzuszem F. znalazł *myxosarcoma ovarii sinistri*; prawy jajnik z trąbką leżał w wardze sromowej wielkiej i bez trudności dał się wciągnąć do jamy brzusznej. Osobnik ten był więc żeńskim obojnakiem wrzekomym o znacznym przeroście łechtaczki oraz przepuklinie pachwinowej jednego jajnika.

Nr. 5. DELAGENIERE znalazł u 27-letniej panny pochwę ślepo zakończoną i dokonał cięcia brzuszego, aby odszukać macicę i połączyć ją drogą operacyjną z pochwą na ślepo zamkniętą, po otworzeniu jej od góry. *Vulva* absolutnie prawidłowa, bez śladu powiększenia łechtaczki, tak, że nic a nic nie mogło budzić podejrzenia, że osoba ta jest mężczyzną, a nie kobietą, tem bardziej, że osoba ta narzekała od czasu do czasu na *molimina menstrualia*. D. znalazł po każdej stronie „*une pointe d'hernie inguinale*“. Dnia 5 Sierpnia 1897 dokonał cięcia brzuszego; nie znaleziono

ani macicy, ani przydatków macicznych, lecz tylko dwa drobne ciała, leżące przy wewnętrznych otworach kanałów pachwinowych poza otrzewną. D. zrobił nacięcie otworu kanałów pachwinowych i nie bez trudu oba ciała wydobyl i uciał. Drobnowidz wykazał, że były to jądra. Spermatozoidów nie znaleziono. Mikroskop ujawnił pomyłkę w określeniu płci tej dotychczasowej panny.

Nr. 6. Howitz: 49-letnia niezamężna X. wygląda, jak mężczyzna i miała tylko 5 razy jakieś krwawienie z organów płciowych pomiędzy 30 a 40 rokiem życia bez jakichkolwiek *molimina*. Już od 6 miesięcy pacjentka zauważała w brzuchu jakiś guz, szybko rosnący. Krtań, głos, sutki, owłosienie twarzy i genitalia męskie. Ani śladu *hy-menis* niema. Drobnutki otworek w szparze sromowej wpuszcza zgłębnik na 7 centymetrów głębokości do pochwy; krocze 8 centymetrów długości, bez śladu *raphe*. Howitz rozpoznał *fibromyoma* macicy, dokonał cięcia brzuszego i amputował guz wielkości orzecha kokosowego, wytwarzając rodzaj szypuły, którą wszył do rany brzusznej. Chora zmarła nagle 5 dnia po operacji wskutek *emboliae arteriae pulmonalis*. Ucięty guz był dnem macicy o włókniaku. Prawej trąbki przy sekcji nie znaleziono, lewa nie posiadała wcale *fimbriarum* przy wolnym końcu. Za jajniki wzięto dwa drobne ciała kształtu migdałków. Pochwa miała 7 centymetrów długości i pół centymetra szerokości. Na przedniej ścianie pochwy znaleziono dwa otwory kanałów GARTNER'owskich. Podług badania drobnowidzowego CHIEWITZ'a, jajniki nie zawierały follikulów. *Clitoris* 6 ctm. długości i 2 ctm. szerokości wygląda zupełnie, jak *penis hypospadiacus*. Nie wiem, czy CHIEWITZ obstaje stanowczo przy przypuszczeniu, że ciała te były jajnikami; bardzo możebnem jest, że były to atroficzne jądra.

Nr. 6. DIXON-JONES u 21-letniej panny o ślepo zakończonej pochwie i normalnej *vulva* bez śladu powiększenia lechtaczki, o ogólnym wyglądzie czysto kobiecym, głosie i sutkach kobiecych, usunął ciała zawarte w wielkich wargach sromowych. Były to jądra. *Amenorrhoea absoluta*. Aby się przekonać, że przy tej operacji nie uszkodził

żadnego organu jamy brzusznej, DIXON-JONES dodał cięcie brzuszne *in linea alba*, lecz nie znalazł w jamie brzusznej ani śladu wewnętrznych organów płciowych kobiecych, a tylko po każdej stronie powróż, przebiegający od wewnętrznego otworu kanału pachwinowego wgłąb małej miednicy. *Koeliotomia diagnostica*. Kastracya panny ujawniła płeć męską.

Nr. 8. KRUG w Nowym-Yorku dokonał cięcia brzuszego u 19-letniej panny polki. Śmierć 10 dnia po operacji. Już w 10 roku zjawilo się owłosienie męzkie twarzy, w 16 roku krwawienie z nosa i *molimina menstrualia*, bóle w brzuchu. Dyagnoza: *Haematometra, haematokolpos*. Ogólny wygląd czysto męzki, prócz długich warkoczy. *Clitoris* dwóch cali długości nadaje zewnętrznym organom płciowym wygląd męzki. Błona śluzowa pochwy bez fałd. *Portio vaginalis uteri* bardzo mała, wpuszcza zgłębnik na dwa cale głębokości. Przy operacji znaleziono guzy jajników, usunięto wielki guz, sarkomat prawego jajnika oraz drugi mniejszy, sarkomat lewego jajnika. Osobnik ten miał więc być obojnakiem wrzekomym żeńskim.

Nr. 9. PÉAN dodał cięcie brzuszne rozpoznawcze oraz ucięcie przydatków macicy w celu kastracyi u dziewczynki mylnie na chłopca przechrzczonej. [Patrz Nr. 20 kazuistyki herniotomii].

Mr. 10. SNEGIRJOW dodał cięcie brzuszne rozpoznawcze do obustronnej herniotomii, połączonej z kastracyą u kobiety mylnie, za męczyznę wychowanej [patrz Nr. 28 kazuistyki herniotomii].

Nr. 11. SOREL i CHÉROT: 36-letnia Alina C. nigdy peryodów nie miała. Ogólny wygląd czysto męzki, owłosienie twarzy męzkie. Alina już od 21 roku musi się golić co dwa dni. *Andromastia*, głos męzki, *penis hypospadiacus* pięciu i pół centymetra długości *sub erectione* zagięty haczykowato ku dołowi. Ani śladu otworu pochwy nie ma. Nie wymacano jąder w wargach sromowych wielkich. Popęd płciowy ku kobietom, lecz spółkowanie jeszcze ani razu nie udało się Alinie. Tumor w prawem *hypogastrium*

sięga aż na trzy palce poprzeczne poniżej wątroby. Gorączka. Dokonano skośnego przecięcia ściany brzusznej przez ranę; wypłynęło około pół litra ropy kałem pachnącej; podejrzowano *carcinoma* кишки ślepej. Wydrenowano jamę rany. Śmierć na trzeci dzień po operacji. Sekcja: *Peritonitis*, guz wielki w jamie brzusznej, liczne ropnie otorbione, ani śladu wewnętrznych organów płciowych kobiecych, ale też i jąder nie znaleziono. Pomiędzy odbytnicą a pęcherzem moczowym worek, wysłany błoną śluzową, który u dołu cienkim otworem otwiera się do cewki moczowej. Do worka tego po każdej stronie otwiera się przewodem 6—8 milimetrów długości jakiś twór w rodzaju pęcherzyka o powierzchni chropowatej, o zawartości lepkiej. Chodzi tu o *utriculus masculinus* oraz pęcherzyki nasienne. Autorowie podają opis sekcji bardzo mało dokładny, bez jakichkolwiek komentarzy własnych; zdaje się, że przy sekcji przeoczono istnienie jąder.

Nr. 12. STIMSON: 48-letni murzyn o męzkim wyglądzie i guzie w jamie brzusznej. *Penis* średniej długości, dobrze ukształtowany; w małej mosznie wymacano tylko prawe jądro po wprowadzeniu przepukliny pachwinowej łatwo odprowadzalnej. Człowiek ten poraz drugi żonaty ma syna 25-letniego. Guz wielkości pięści przewyższa *lig Poupartii* i jest wymacalny również przez odbytnicę. Podejrzewano nowotwór zatrzymanego w jamie brzusznej jądra jednego i dokonano cięcia brzuszego. Przy operacji pokazało się, że guz ruchomy połączony był przez rodzaj nóżki *cum utero bicorni*, że istniały dwie trąbki, więzów zaś obłych nie było. Po prawej stronie udało się od strony jamy brzusznej wprowadzić palec do moszny. Dolnego końca macicy nie sposób było wymacać. Usunięty guz był mięsakiem lewego jądra.

Nr. 13. WINCKLER: 22 lat po herniotomii dokonano cięcia brzuszego wskutek niedrożności jelit u mężczyzny 52-letniego. Śmierć, sekcyja: *Uterus masculinus* [patrz Nr. 37 kazuistyki herniotomii].

Na powyżej zestawione 13 cięć brzusznych przypadają cztery zejścia śmiertelne [Nr. 2, 3, 8, 11].

Z pośród tych 13 cięć brzusznych u wrzekomych obojnaków lub osób płci wątpliwej cztery razy dokonano operacji w celu dyagnostycznym, aby zbadać płeć organów płciowych wewnętrznych [Nr. 5, 7, 9, 10.]

9 razy operowano w celu terapeutycznym:

1 raz Nephrolithotomia Nr. 3.

3 razy owarjotomia Nr. 1, 4, 8.

2 razy operacja przy nowotworze jądra Nr. 2, 12.

1 raz *Fibromyoma uteri* Nr. 6.

1 raz *carcinoma intestini coeci* Nr. 11.

1 raz przy niedrożności kiszek.

III.

Inne operacje, dokonane na wewnętrznych lub zewnętrznych organach płciowych wrzekomych obojnaków.

BÉCLARD swego czasu zaproponował słynnej Maryi Magdalenie Lefort, uchodzącej za hermafrodytę, uważając ją z przekonania własnego, wbrew zdaniu wszystkich innych lekarzy, za kobietę o zarośnięciu sromu, operację przecięcia tego zrostu aby udostępnić pochwę. Marya Lefort na operację się nie zgodziła. W 49 lat później zmarła ona w wieku lat 65 wskutek zapalenia opłucnej. Sekcja ujawniła, że BÉCLARD miał najzupełniejszą słuszość: Marya Lefort była wrzekomym obojnakiem żeńskim o długiej brodzie męskiej, kobiecych zaś sutkach, przeroście znacznym *clitoridis* i wrzekomem *scrotum*, które powstało ze zrośniętych pomiędzy sobą w dolnej połowie i średniej części warg sromowych wielkich. Pomiedzy rozszczepionemi u samej góry połowami pozornego *scroti* leżał otwór, z którego wydzielala się uryna. BÉCLARD'owi udało się jednak wymacać przez odbytnicę szyjkę maciczną, a ponieważ kateter wprowadzony przez wyżej wspomniony

otwór, można było wprowadzić na kilka centymetrów głębokości bez wypływu moczu przez kateter, BÉCLARD pewien był, że kateter nie wszedł do pęcherza, lecz do innej próżni, czyli pochwy [Fig. 58—61].

Fig. 58.



Fig. 58. Marya Magdalena Lefort w wieku lat 65.

BILLROTH w przypadku, opisanym przez CECHERELLI'ego, dotyczącym osoby badanej przez ROKITANSKY'ego, SCHULTZE'go, VIRCHOW'a, FRIEDREICH'a i wielu innych, słynnej Katarzyny Hohman, *de facto* mężczyzny mylnie za kobietę wychowanego, zaproponował podobną operację.

U 40-letniej Katarzyny Hohman palec wprowadzony do pochwy wymacał szyjkę maciczną. Peryody regularne do 38 roku życia. Pomimo to, udało się VIRCHOW'owi skonstruować obecność *spermatis* własnego tej osoby, a więc na pewno musiały istnieć jądra. Wargi sromowe wielkie by-

Fig. 59.



Fig. 59. Marya Magdalena Lefort w wieku lat 16.

ły częściowo ze sobą zrosnięte. BILLROTH zaproponował zrost ten przeciąć, lecz operacyi nie dokonał. *Scrotum partim fissum, hypospadiasis penis*. Prawe jądro wymacano w prawej wielkiej wardze sromowej, lewe leżało tuż poniżej otworu zewnętrznego kanału pachwinowego. Katarzyna Hohman spółkowała z mężczyznami i z kobietami; w ro-

Fig. 60.

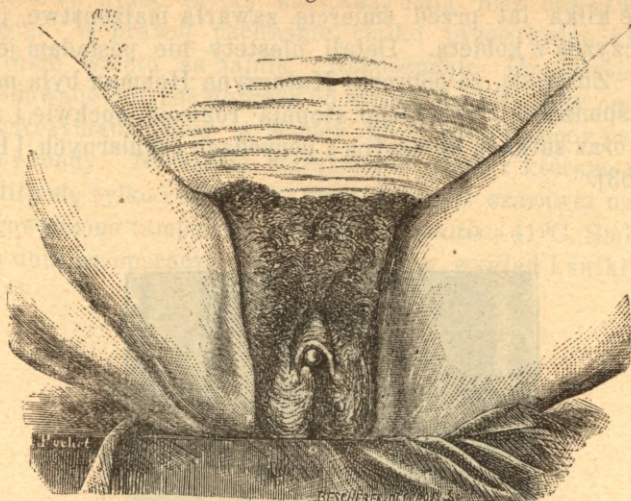


Fig. 60. Organa płciowe zewnętrzne Maryi Magdaleny Lefort.

Fig. 61.

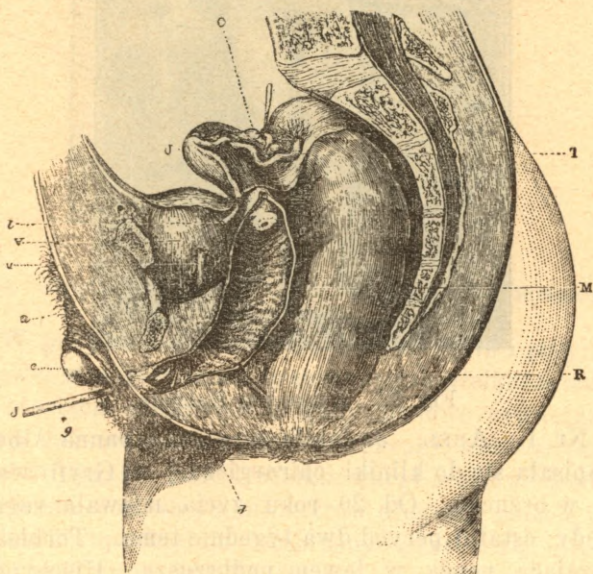


Fig. 61. Przekrój sekcyjny miednicy Maryi Magdaleny Lefort ujawniający wewnętrzne organy płciowe kobiece.

ku 1881 umarła. O ile wiem, zmarła w Nowym Yorku gdzie kilka lat przed śmiercią zawarła małżeństwo, jako mężczyzna z kobietą. Detali niestety nie posiadam jeszcze. Zdaje się, że poprostu Katarzyna Hohman była męskim spodźcem o wysokiego stopnia rozwoju pochwie i macicy oraz sutkach kobiecych i peryodach regularnych. [Fig. 62, 63].

Fig. 62.

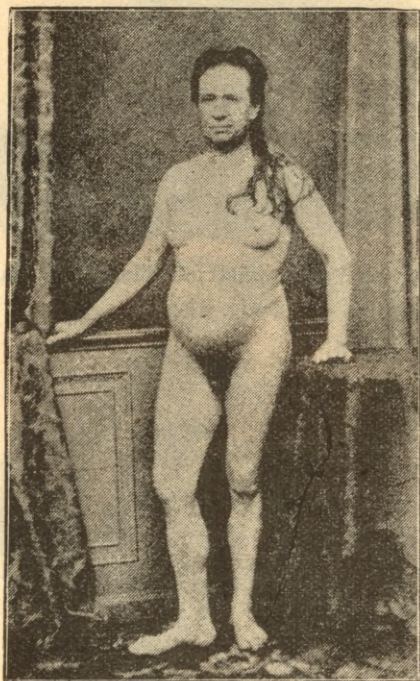


Fig. 62. Katarzyna Hohman.

Nr. 1. ABEL. 33-letnia zaręczona panna Albertyna R. zapisała się do kliniki chirurgicznej w Gryfii wskutek guza w brzuchu. Od 20 roku życia miewała regularne peryody; ostatni peryod dwa tygodnie temu. Torbiel przewyższająca pępek w lewym podbrzuszu. Ujście pochwy ciasne, *hymen* istnieje. Pochwa krótka, na szczycie jej

w *speculum* widać szyjkę maciczną małą lecz bez otworu będącą. W prawej pachwinie ciążko przesuwalne, które na razie wzięto za jajnik. Rozpoznanie *Haematometra*. Spróbowano dotrzeć do guza od strony pochwy, aby opróżnić zatrzymaną jakby w macicy krew przy pomocy palca, noża i sondy. Nareszcie wdrażono do guza, z którego wydzielilo się tylko cokolwiek krwi i jakiejś szarawej masy. Wprowadzono tampon do pochwy; *peritonitis* + 41°C. Śmierć 4-go dnia po operacyi. Sekcyja: Ogólny wygląd i sutki ko-

Fig. 63.

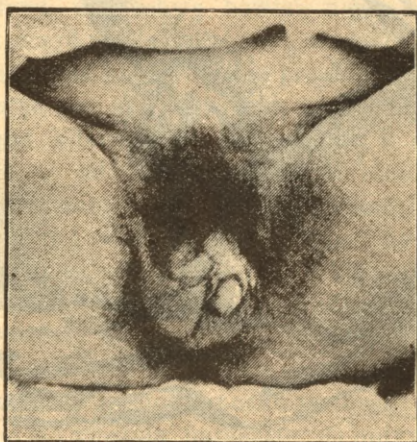


Fig. 63. Organa płciowe zewnętrzne Katarzyny Hohmann.

biece. W prawym kanale pachwinowym jądro i przyjądrze; po lewej stronie w jamie brzusznej guz wielkości macicy w 8 miesiącu ciąży. Organy płciowe zewnętrzne wyglądają, jak srom 12-letniej dziewczynki: *Clitoris* trzech milimetrów długości; małe i wielkie wargi sromowe drobne, *hymen* istnieje, pochwa 48 milimetrów długości, macica mała. Przewód, operacyjnie stworzony przy owej próbie punkcyi, dwukrotnie przebił ścianę pęcherza moczowego prowadził do samego guza; guz ten był mięsakiem lewego-

jądra; cała operacja polegała więc na pokaleczeniu, połączeniem z infekcją septyczną. W prawym przyjądrzu skonstatowano leiomyomatyczną degenerację. Operacja wywołała nekropsję, nekropsja zaś ujawniła „*erreur de sexe*”. Osobnik ten był męzkim wrzekomym obojnakiem o macicy i pochwie.

Fig. 64.

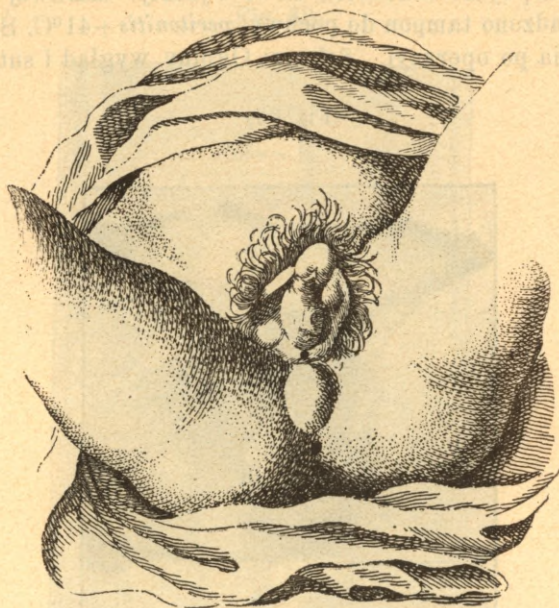


Fig. 64. Zewnętrzne organy płciowe wrzekomego obojnika, miesiącującego, operowanego przez ARNAUD'a.

2. ARNAUD [patrz fig. 64] w roku 1725 badał niezamężną szwaczkę z Ménilmontant pod Paryżem, która co miesiąc okropnie cierpiała wskutek *moliminum menstruum*. Bóle w całym brzuchu, vertigo, wymioty, omdlenia częste itd. Ogólny wygląd, owłosienie twarzy, sutki, głos męskie; w każdej wardze sromowej wielkie jądro, przyjądrze i powróż nasienny. *Hypospadiasis totius penis* oraz *hypospadiasis partialis scroti*; wrzekome wargi sromowe większe w dolnej połowie były jakoby zrosnięte pomiędzy sobą, tworząc nawet rodzaj *frenuli labiorum*. Krocze

bardzo wysokie. Ani śladu *raphe* na kroczu uie widać. Powłoki skórne krocza pomiędzy wargami sromowymi wielkimi a otworem odbytnicy można było palcem wkłesać na znaczną głębokość do jakiejś jamy, nazewnątrz zamkniętej zupełnie. Podczas miesięcznych bólów w tem miejscu krocz wypukłało się na zewnątrz, bez śladu jednak zabarwienia odmiennego powłok skórnych krocza. Wtenczas to wypukłość owa stawała się bardzo bolesną. Po kilkudniowem trwaniu tych bólów nastąpiło kilkudniowe krwawienie *ex ano*, pomimo, że nie było ani śladu hemoroid. ARNAUD wziął szwaczkę nieszczęsną za mężczyznę o peryodach regularnych, zatrzymanych wskutek braku otworu pochwy, za pochwę bowiem uważał jamę, do której mógł wtłoczyć powłoki skórne krocza. Krew peryodowa następnie miała się wydzielać przez przetokę wąską do odbytnicy, stąd owe krwawienia *ex ano*. Cały zbiór symptomatów oraz kilkudniowe krwawienie z odbytnicy powtarzały się co miesiąc, jak ARNAUD osobiście się o tem przekonał kilka razy z rzędu. Przy asystencyi wtedy dwóch lekarzy przeciął powłoki skórne krocza i dostał się do kanału, przeszło dwa cale głębokiego, w którego głębi wymacał szyjkę maciczną. Następne peryody już bez wszelkiego bólu opróżniały się przez otwór skórny, przez ARNAUD'a zrobiony. Lecz niestety, pomimo drenowania otworu tego gąbkami, sztuczna przetoka pochwowokrokowa powoli coraz to więcej się zwężała, nareszcie po upływie 6 miesięcy zupełnie się zamknęła i wszystkie dawniejsze cierpienia powróciły ponownie. Pacjentka na powtórzenie operacyi się nie zgodziła, natomiast żądała ustawicznie, aby ucięto jej przerosłą lechtaczkę, czyli prącie męzkie rozszczepione, które jej widocznie dokuczało bardzo *sub erectione*. ARNAUD, wobec tego, że uważał szwaczkę za mężczyznę, operacyi tej stanowczo odmówił. Pacjentkę badali i prócz niego MALAVAL, PUZOS, GUÉRIN, MORAND, GARENGEOT i inni i wszyscy zgadzali się z rozpoznaniem ARNAUD'a. Akademia lekarska, gdy nieszczęsna szwaczka zmarła w r. 1740, czyli 15 lat po owej operacyi, wyznaczyła dwóch delegatów VERDIER'a i FOUBERT'a dla dokonania sekcyi zwłok. VER-

DIER sekcji dokonał i organy płciowe zabrał do siebie do domu. Ile razy ARNAUD i FOUBERT wskutek zaproszenia, otrzymanego od VERDIER'a, przyszli dla wspólnego zbadania preparatu, VERDIER zawsze potrafił tak się urządzić, że nie zastali go w domu tak długo aż cały preparat tak zgnił, że o zbadaniu już mowy być nie mogło. ARNAUD widzi w postępowaniu tem VERDIER'a intrygę, aby zapobiedz temu, żeby wysłano referat do Akademii lekarskiej. Według ARNAUD'a w przypadku tym chodziło o wrzekomego męż-

Fig. 65.

Fig. 66.

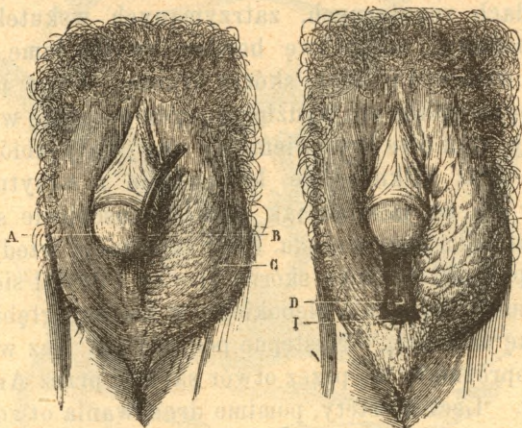


Fig. 65 i 66. Organa płciowe zewnętrzne Ludwika D. urodzonej 1839 r. w Saint-Quentin przed operacją i po operacji, przez HUGUIER'a dokonanej. *A*—*clitoris hypertrophica*, *B*—sonda *in orificio vulvae*, *C*—*ovarium* leżące w wardze sromowej wielkiej lewej, *D*—*Meatus urinarius*, *I*—Otwór pochwy po operacji.

kiego spodzica o macicy miesiączkującej i pochwie o braku otworu zewnętrznego.

Spostrzeżenie podwójnie ciekawe i ponczające pod względem zarówno terapeutycznym, jak i embryologicznym.

3. BENOIT skonstatował u 27-letniej panny brak otworu pochwy, *Atresiam virginæ*, i spróbował operacyjną drogą pochwę otworzyć, nie osiągnął zaś pożądanego wyniku, ponieważ żadnego światła pochwy nie znalazł. Pomimo

to, panna ta i nadal uważała siebie za pannę i, będąc zaręczoną, odciągała ze ślubem, coraz to nowe preteksty wynajdując, dopóki nareszcie nie wyznała całej prawdy o wadliwym ustroju swemu narzeczonemu. Ten jednak nalegał na to, aby małżeństwo zawarto; panna ostatecznie wymogła na narzeczonym jeszcze kilka dni do namysłu i poszła ponownie do BENOIT'a z zapytaniem, czy będzie mogła wyjść za mąż lub nie? BENOIT tą razą wręcz jej oświadczył, że jest ona mężczyzną, a więc do zawarcia małżeństwa nie przyszło.

4. COOP umożliwił 24-letniej mężatce spółkowanie przez dokonanie operacyjnego przecięcia zrostu warg sromowych wielkich pomiędzy sobą. Wygląd ogólny męzki.

5. HUGUIER u panny Ludwiki D., która miała wyjść za mąż i którą DUBOIS trafnie określił jako wrzekomego obojnika żeńskiego, przeciął zrost warg sromowych wielkich pomiędzy sobą i udostępnił w taki sposób otwór cewki moczowej i pochwy [patrz Fig. 65, 66].

6. KNIFFER u 25-letniej Józefiny K. wskutek intermitującej *amenorrhoeae* i *dysmenorrhoeae* dokonał operacji rozszerzenia kanału macicznego i wyskrobania jamy macicznej. Organy płciowe zewnętrzne mają wygląd zupełnie jak u spódzca męskiego, wewnętrzne zaś organy płciowe robiły wrażenie kobiecych w stanie niedorozwoju. Owłosienie twarzy, sutki, miednica oraz układ kośćca męskie. *Clitoris* takiej wielkości, jak *penis* u 10-letniego chłopca. Macica bardzo mała, długości 6 ctm pochwa bardzo ciasna. Jajników nawet pod chloroformem nie wymacano. Płeć tej osoby pozostała wątpliwą.

7. ROUX: 36-letnia kobieta jakoby o *atresia vaginae* i *ectopia labialis ovariorum*, nigdy miesiączki nie miała. Roux dokonał operacji plastycznej i umożliwił spółkowanie z mężem. Nie mając pod ręką opisu oryginalnego, nie mogę detalicznie sprawy rozpatrzeć.

8. SONNENBURG u wrzekomego obojnika żeńskiego o *pseudoscrotum* udostępnił cewkę oraz otwór pochwy, przecinając zrost wielkich warg sromowych pomiędzy sobą.

Pam. Tow. Lek. T2. 95. Z, III.

9. VINCENT u noworodka o płci wątpliwej oraz *defectus ani et urethrae* dokonał operacji następującej, przeciął skórne powłoki pomiędzy wargami sromowymi lub też pomiędzy połówkami *scroti* i udostępnił otwór cewki moczowej, następnie zrobił sztuczny otwór dla odbytnicy: *anus coccygeus artificialis* i dziecko od niechybnej śmierci uratował.

B. Wymagane lub dokonane amputacje przerosłej łechtaczki lub prącia rozszczepionego.

AETIUSZ i PAULUS AEGINETA wspominają o częstej przedślubnej amputacji przerosłej łechtaczki w Egipcie, dalej u murzynek plemion *Ibbos* i *Mandingos*.

1. ARNAUD odmówił mężkemu wrzekomemu obojnakowi żądanej przez niego amputacji jakoby przerosłej łechtaczki-rozszczepionego prącia [patrz poprzednio].

2. AVELING u kobiety miesiączkującej regularnie uciął przerosłą łechtaczkę, ponieważ, trąc się o odzież, dokuczała przy chodzeniu.

3. BERENDES amputował łechtaczkę jakoby przerosłą, czyli rozszczepione prącie u mężczyzny mylnie za pannę wychowanego, Wilhelminy, późniejszego Wilhelma X. Osobnik ten w następstwie badany był przez LANDAU'a w Berlinie i opisany przez KOESTER'a.

4. BITTNER odmówił żądaniu rodziców ucięcia jakoby przerosłej łechtaczki u 13 letniej córeczki ich Emilii R., ponieważ skonstatował u niej płć męzką. Ogólny wygląd kobiecy, lecz charakter oraz skłonności męskie. Łechtaczka pięciu i pół centymetra długości, *in apice glandis* otwór, który wpuszcza zgłębnik na głębokość 5 ctm. Przy ucisku z kanału tego wydziela się wydzielina biaława, lepka, wydzielina *prostatae*. W każdej wardze sromowej wielkiej wymacano ciałka, wzięte za jądro, przyjadrze i powrozy nasienne. *Per rectum* wymacano ciałko, wzięte za macicę. Otwór pochwy ciasny, małych warg sromowych niema. Prawdopodobnie więc 13-letnia Emilia jest raczej Emilem.

5. COLOMBO wezwany był w Kremonie przez pewną Etjopkę, aby amputować przerosłą lechtaczkę, żądaniu zaś nie chciał zadosyć uczynić, bojąc się odpowiedzialności sądowej za taką operację. Operacji zażądała ta osoba "*parce qu'elle ne pouvait agir ni patir commodément*".

6. DUVAL opisał sprawę rozwodową „Demoiselle d'Anjou“. Pewien mąż zażądał rozwodu, ponieważ żona miała na miejscu lechtaczki organ długości dwóch cali, który go urażał *sub cohabitatione* i ponieważ akt ten ani razu dotąd nie udał się *rite*. Sąd naznaczył eksperta dla zbada-

Fig. 67.

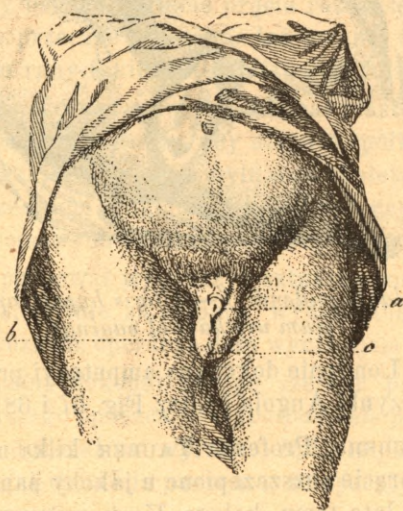


Fig. 67 i 68. Organy płciowe zewnętrzne murzynki Angola, w 1740 r. w Londynie za obojnąka uchodzącej, w której DOUGLAS rozpoznał płć żeńską o przerosćie lechtaczki oraz *ectopia labialis ovarii dextræ*, rysunki w pozycji stojącej i leżącej, a—*clitoris hypertrophica*, b—*lab. pud. majus dextrum*, c—*rima pudendi*.

nia małżonki i zdecydowano, że małżeństwo pozostanie utrzymanem, skoro żona zgodzi się na operacyjne usunięcie „*de la diete partie inutile et superflue à une femme*“. Ponieważ żona na taką operację nie chciała się zgodzić, małżeń-

stwo rozwiedziono. Żona była męzkim wrzekomym obojnakiem.

7. HECTOR LE NU był wezwany do 6-letniej córeczki Wilhelma Frérot'a, aby uciąć przerosłą łechtaczkę, ponieważ zaś znalazł w każdej wielkiej wardze sromowej jądro i przyjądrze, odmówił operacji.

Fig. 68.

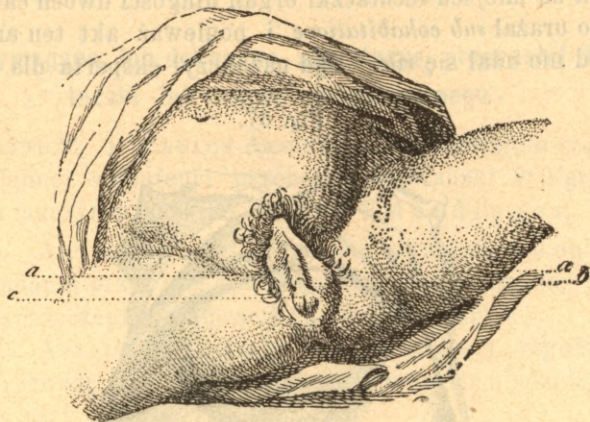


Fig. 68. a—labia pudendi. b—clitoris hypertrophica. c—orificium urethare et vaginae.

8. W Londynie dokonano amputacji przerosłej łechtaczki u murzynki Angola [patrz Fig. 67 i 68].

9. TAUBER. Profesor TAUBER kilka miesięcy temu amputował prącie rozszczepione u jakoby panny Józefy K., u której dwa lata temu kolega KOCIATKIEWICZ wyciął oba jądra z warg sromowych wielkich, czyli u męskiego spodzica o pozorach kobiecych. Operacji dokonano na żądanie samego osobnika. Widocznie *sub erectione* organ ten dokuczał jego właścicielowi, jak to często notowano w odpowiedniej kazuistyce.

C. Operacje plastyczne dokonane u mężczyzn wrzekomych obojnaków.

1. GARRÉ dokonał kilku plastycznych operacji na rozszczepionem prąciu, haczykowato ku dołowi zagiętem, aby podług sposobu DUPLAY'a utworzyć męską cewkę prącia, aby wyprostować haczykowato ku dołowi zagięte prącie i aby nowoutworzoną cewkę połączyć z cewką już istniejącą.

2. Kolega KRAJEWSKI dokonał plastycznej operacji u męskiego spodźca do 18 roku życia mylnie za pannę wychowanego, aby usunąć zagięcie prącia rozszczepionego ku dołowi, przez poprzeczne przecięcie tak zwanej *bride masculine* z zaszcyciem rany takim, aby blizna wypadła podłużna.

3. Kolega KOCIATKIEWICZ dokonał plastycznej operacji na *scrotum partim fissum*, aby ułatwić spółkowanie pokobiecemu u męskiego spodźca mylnie za kobietę wychowanego, po poprzednim dokonaniu kastracji, czyli wycięciu jąder z warg sromowych wielkich, czyli *ex scroto fisso*.

4. PÉAN próbował wytworzyć sztuczną pochwę u żeńskiego obojnika, mylnie za chłopca wychowanego o mężkiem *scrotum* próżnem; operacja dała wynik ujemny.

5. THIERSCH dokonał całego szeregu plastycznych operacji u męskiego spodźca o *hypospadiasis penis-scrotalis* i operacji tych dokonał na wyraźne żądanie pacyenta, pomimo że ostrzegał osobiście pacyenta, że operacje te do niczego nie doprowadzą.

6. WARRZ dokonał operacji plastycznej u chłopca przy *hypospadiasis perinaealis* (?).

Oto spis operacji chirurgicznych, dokonanych u osób płci wątpliwej lub też u wrzekomych obojnaków płci jednej lub drugiej. Niechaj zestawienie tej kazuistyki przyczyni się do tego, aby w przyszłości z większą ostrożnością przystępowano do określenia płci w przypadkach płci wątpliwej. Lepiej powstrzymać się decyzji ostatecznej, niż ryzykować pomyłkę, za którą lekarz odpowiada nie tylko przed osob-

nikiem dotkniętym i władzą sądową, lecz i przed własnem sumieniem.

Zwracam w końcu uwagę na artykuł mój w „Gazecie Lekarskiej“ [1899 r. Nr. 21] drukowany: „50 małżeństw zawartych wskutek mylnego określenia płci jednego osobnika pomiędzy dwojgiem ludzi płci równej“ oraz na pracę moją w „Przeglądzie Chirurgicznym“ drukowanej: „Przyczynek o wrzekomem obojnactwie“, która to praca zawiera kazuistykę 679 spostrzeżeń pseudohermafrodytyzmu u człowieka.

O ZASADNICZYCH, T. J. TYPOWYCH, POSTACIACH
CHORÓB UMYSŁOWYCH
POJEDYŃCZYCH, ZŁOŻONYCH I POWIKŁANYCH.

Treść odczytów, wygłoszonych na posiedzeniach naukowych sekcji
Lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 24 Listopada
i 29 Grudnia 1893 r.

PRZEZ

Dr. Władysława Kohlbergera,
lekarza zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

IV.

III a) Dziwactwo — Paraphrenia spuria, sive relativa.
i III b) Obłąd zborny, czyli spaczenie umysłu — Paraphrenia vera
sive absoluta. (Paranoia, Deviatio, Aberratio mentis, Ver-
rücktheit). Dziwactwem zwiemy wszelką rażącą różnicę,
okazującą się w jakimkolwiek kierunku życia umysłowego
pewnego człowieka w porównaniu z innymi ludźmi, żyjącymi
w podobnych zupełnie warunkach. Dziwactwo jest
więc względnem zboczeniem umysłu i dlatego nie zawsze,
a nawet rzadko, zaliczanem bywa do chorób umysłowych.

Obłądem nazywamy wszelką istotną, a więc rzeczywistą,
a nie względną tylko, zmianę w jakimkolwiek kierunku
życia umysłowego. Oba te zboczenia dotyczyć mogą
pewnego, kilku lub też wszystkich zakresów życia umysłowego.
Oznaczając dziwactwo wyrazem *Paraphrenia spuria*,

sive relativa, a obłąd [zborny] wyrazem: *Paraphrenia vera sive absoluta*, rozróżnić możemy:

Dziwactwo częściowe, *Paraphrenia spuria partialis*, a mianowicie:

Dziwactwo czucia *Paraphrenia spuria parathymica*.

"	myśli	"	"	<i>paranoica</i>
"	czynów	"	"	<i>parergatica i</i>
"	ogólne	"	"	<i>totalis.</i>

Tak samo też możemy rozróżnić obłąd zborny częściowy, *Paraphrenia vera partialis*, a mianowicie:

Obłąd zborny czuciowy, *Paraphrenia vera parathymica*

"	myślny	"	"	<i>paranoica</i>
"	czynny	"	"	<i>parergatica i</i>
"	ogólny	"	"	<i>totalis.</i>

Dziwactwo częściowe jest bardzo częstem, dziwactwo ogólne należy do rzadszych. Przeciwnie rzecz się ma z obłądem, który zazwyczaj bywa ogólnym, a bardzo rzadko tylko częściowym; dlatego też dziwak razi tylko niektórych, cierpiący zaś na obłąd razi każdego, kto wniknie głębiej w stan jego umysłu.

Między dziwactwem a obłądem, okazującym się w tym samym zakresie życia umysłowego, zachodzić może nieraz bardzo wielkie podobieństwo zewnętrzne. W istocie zaś istnieje różnica zasadnicza między obu tymi rodzajami zboczenia umysłowego. Na różnicę tę później przy każdej sposobności szczegółowo zwracać będę uwagę. Na razie wspomnę tylko, że tak obłąd zborny, jak i dziwactwo mają tę wspólną cechę, iż, mimo zmienionej ogólnie, lub w pewnym tylko kierunku, czynności umysłowej, przy każdym z tych zboczeń zachowanym jest należyty związek między pojodyńczemi władzami umysłowemi, a, co najważniejsza, zachowaną jest dokładna, chociaż jakościowo zmieniona, a więc spaczona nieraz, świadomość podmiotowa i przedmiotowa i zachowaną jest zdolność logicznego myślenia, tudzież rozmysłnego działania.

Na nazwę dziwactwa zasługuje pewne zboczenie umysłu tak długo, dopóki osoba je okazująca poznaje, iż czuje, myśli i działa inaczej, niż inni ludzie, a więc poznaje,

iiż wyróżnia się od innych, albowiem zdolną jest także, do pewnego przynajmniej stopnia, czuć, myśleć i działać także tak, jak inni ludzie, w tych samych co ona warunkach żyjący.

Zboczenie pewne przestanie być dziwactwem i stanie się obłądem wówczas, gdy dana osoba nie poznaje i niczem nie da się przekonać, iż czuje, myśli i działa inaczej, niż inni ludzie, a więc nie jest zdolną do poznania, iż wyróżnia się od innych.

Dziwak poznaje sprzeczność między sobą a otoczeniem dumnym jest często z tego; dotknięty obłądem tej sprzeczności w żaden sposób poznać nie potrafi i nie może zrozumieć, dlaczego ludzie twierdzą, iż nie spostrzegają tego wszystkiego, co on spostrzega, i nie przychodzą do tego przekonania, do którego on przyszedł. U dziwaków jest przeto świadomość prawidłową; u dotkniętych obłądem jest ona jakościowo zmienioną. Błędne myśli dziwaka mogą uleść poprawie i zmianie; dlatego też dziwak może się dać przekonać, iż jest w błędzie. Dotknięty obłądem okazuje stałe, błędne myśli, t. j. urojenia, nie dające się poprawić ani zmienić przez czas trwania choroby, a przeto nie da się przez ten czas przekonać, iż jest w błędzie.

Z tego, co powiedziałem, wynika, że dotknięty obłądem stać się może dziwakiem tylko, gdy stan umysłu jego zaczyna się poprawiać, a z drugiej strony dziwak może okazywać wybitny obłąd, gdy stan jego umysłu się pogorszy.

Całe życie umysłowe człowieka zależy głównie od ilości i jakości otrzymywanych wrażeń, a więc od pocucia, względnie uczucia lub wogóle czucia; zmiana przeto jakkolwiek w tym kierunku bywa najczęstszem źródłem do powstawania dziwactwa i obłądu.

Zazwyczaj rozróżniają fizyologowie dwojakiego rodzaju uczucia, a mianowicie podmiotowe, czyli ogólne, i przedmiotowe, czyli zmysłowe w ściślejszem tego wyrazu znaczeniu.

Za pośrednictwem pierwszych przychodzimy do poznania tego, co się dzieje w nas samych, t. j. w naszym

własnem ciele; drugie zaś pouczają nas o tem, co się zewnątrz nas dzieje, a więc służą do poznania własności różnych przedmiotów świata zewnętrznego.

Do zmysłów przedmiotowych należą, jak wiadomo: wzrok, słuch, powonienie, smak i czucie dotykowe tudzież ciepłoty.

Do czucia podmiotowego należą różnego rodzaju czucia ogólne, nie dające się ściśle określić, jak czucie łaskotania, lechtania, lubieżności, popędu płciowego, parcia do oddawania moczu i kału, pragnienia, łaknienia, równowagi ciała, nudności, nudzenia się, oczekiwania, lęku w różnej postaci, wstrętu, pociągu, względnie nienawiści i miłości, bólu w różnej postaci, mocy różnego rodzaju, względnie niemocy częściowej lub ogólnej, poczucie zdrowia, lub choroby itp.

Ważną bardzo rolę odgrywa w życiu umysłowym tak zwane poczucie osobiste, o którem wkrótce obszerniej mówić będę.

Oprócz wymienionych, możemy rozróżnić bardzo wiele innych jeszcze rodzajów czucia ogólnego, czyli podmiotowego. We wszystkich rodzajach czucia tak przedmiotowego, jako też podmiotowego, mogą powstać zmiany w kierunku podwyższenia, obniżenia, zniesienia, tudzież jakościowej zmiany trwałej, t. j. stałej lub też niestałej, t. j. często zmiennej.

Na oznaczenie uczucia przedmiotowego używamy wyrazu *aesthesia*, na oznaczenie zaś czucia podmiotowego wyrazu *thymia*. Ponieważ jednak i przez zmysły przedmiotowe otrzymujemy często ogólne tylko jakieś, nieokreślone poczucia, a nadto ściśle rozróżnienie czucia na przedmiotowe i podmiotowe nie zawsze da się przeprowadzić, przeto sądzę, że odpowiedniej będzie zatrzymać ogólną nazwę *thymia* na oznaczenie wszelkiego czucia wogóle.

W razie gdy rozróżnienie czucia na przedmiotowe i podmiotowe okaże się koniecznem, używać będę na oznaczenie pierwszego nazwy *thymia objectiva*, na oznaczenie drugiego nazwy *thymia subjectiva*.

Zmienione w jakimkolwiek kierunku, a więc dziwaczne czucie powoduje często dziwaczne myślenia, tudzież dziwaczne działanie. Dziwaczne myśli powstać mogą także na tle zboczonej wyobraźni i nieodpowiedniego, t. j. zboczonego rozumowania, a w takim razie dają się nieraz poprawić i na odpowiedniejsze zmienić.

Wszelkie błędne myśli, powstałe na tle zboczonego czucia, cechują się tem, że trudno tylko dają się poprawić i w odpowiedniejsze zmienić, a niekiedy poprawa, lub zmiana ich staje się niemożliwą. Takie stałe błędne myśli zowiemy urojeniami (*Wahnideen*). Wszelkie zmienne i niestałe myśli błędne zowiemy bredzeniami, jeżeli pochodzą od zboczonej wyobraźni i zboczonego rozumowania, majaczeniami zaś, jeżeli pochodzą od zmienionego czucia na tle zmienionych złudzeń i omamów zmysłowych, przy zamąconej równocześnie świadomości w mniejszym lub większym stopniu. Urojenia, bredzenia i majaczenia oznaczane bywają często jednym wspólnem mianem obłądłu, *delirium*. Ponieważ w tym razie wyraz obłąd, *delirium*, może mieć bardzo rozległe znaczenie, gdyż obejmuje zbiór przeróżnych objawów chorobowych, często zasadniczo różniących się od siebie, przeto dla uniknięcia nieporozumień, które stąd powstaćby mogły, będę zawsze ściśle rozróżniać obłąd zborny, cechujący się zachowaniem związku myślnego, od obłądłu niezbornego, pozbawionego tegoż związku. Jeżeli zaś kiedy używać będę samego wyrazu „obłąd“, rozumieć będę w tym razie tylko obłąd zborny, t. j. *delirium cohaerens*. Zamiast wyrażenia „obłąd niezborny“ używać będę wyrażenia „pomieszanie umysłu obłądowe“, jeżeli niezborność, *incohaerentia*, będzie przeważającym objawem chorobowym.

O tem, co należy rozumieć przez wyraz urojenie, mówiłem już wyżej. Obecnie wypada mi wyjaśnić, jakim sposobem i wśród jakich okoliczności powstają błędne myśli, dające się pod pewnymi warunkami poprawić i zmienić, i które dlatego zowią urojeniami wrzekomemi, a kiedy tworzą się błędne myśli, które w żaden sposób poprawić

się, aui zmienić nie dają, i które dlatego nazywać będą urojeniami rzeczywistemi.

Wiadomą jest rzeczą, że wszelkie poczucia, względnie uczucia podmiotowe, są zawsze prawie nieokreślonymi i niewyraźnemi; a więc nie są wyobrażeniami, lecz wrażeniami tylko, które w wyższym stopniu podrażnienia zmieniają się zawsze w poczucie jakiegoś nieokreślonego bólu. Przez zmysły zaś przedmiotowe otrzymujemy poczucia jakieś niewyraźne, t. j. same wrażenia, tylko wtedy, gdy podnieta jest zbyt słabą albo działa zbyt krótko; gdy zaś podnieta jest dość silną i działa odpowiednio długo, otrzymujemy przy rozwinętych należycie i prawidłowo czynnym umyśle, tudzież prawidłowym stanie nerwów i narządów zmysłowych, zazwyczaj dokładnie określone poczucia, zwane wyobrażeniami.

Wszelkie niejasne i nieokreślone poczucia zmysłowe stara się atoli człowiek uzupełnić, o ile możności, zawsze w umyśle swym do jasnych i wyraźnych, a więc z wrażeń tworzy wyobrażenia, które z tego powodu muszą być nieraz fałszywemi. Fałszywe wyobrażenia zwiemy złudzeniami zmysłowemi, jeżeli mają swe źródło w działaniu na zmysły podniet [zmysłowych] właściwych, pochodzących od przedmiotów zewnętrznych, omamami zaś, jeżeli pochodzą od działania podniet niewłaściwych, w samym ustroju powstałych, t. j. jeżeli pochodzą bez działania przedmiotów zewnętrznych. Wszelkie poczucia i uczucia zmysłowe, zarówno podmiotowe, jak i przedmiotowe, przychodzą do skutku w ośrodkach zmysłowych podkorowych, w t. zw. *sensorium commune*, gdzie wszystkie zmysły ze sobą się łączą, czyli kojarzą, za pomocą odpowiednich włókien nerwowych. Przy upośledzonej drażliwości nerwów i ośrodków nerwowych złudzenia muszą często przychodzić do skutku, bo silne nawet podrażnienia nerwów nie wzbudzają wyraźnych wyobrażeń, ale tworzą nieokreślone tylko wrażenia, które, nie właściwie odczute, mogą być powodem do tworzenia niewłaściwych wyobrażeń, t. j. złudzeń. Przy nadmiernej drażliwości nerwów i ich ośrodków podkorowych słabe stosunkowo zadrażnienia ośrodków zmysłowych obwodowych powodują niestosunkowo silne wrażenia, które błędnie wskutek

tego tłómaczone, wytwarzają także niewłaściwe wyobrażenia, zwane złudzeniami. Wiadomo, że przy nadmiernej drażliwości ośrodków zmysłowych podkorowych powstać mogą wrażenia zmysłowe nawet bez działania bodźców właściwych na ośrodki zmysłowe obwodowe, a więc powstają już to przez jakieś podrażnienie nerwów zmysłowych w drodze ich przewodnictwa, już też przez wyłączone podrażnienie samych tylko ośrodków zmysłowych podkorowych przez jakieś niewłaściwe, chemiczne lub mechaniczne bodźce wewnętrzne, t. j. w samym ustroju się wytwarzające. Podrażnienie takie prowadzi do błędnego wyobrażenia, że wrażenie pochodzi w danym razie, podobnie jak to zwykle bywa, ze świata zewnętrznego, a to daje powód do tworzenia się t. zw. omamów zmysłowych. Jeżeli już samo upośledzenie drażliwości nerwów powodować może złudzenia, a nadmierna drażliwość powoduje nie tylko złudzenia, ale też i omamy zmysłowe, przeto objawy te muszą być częstszym jeszcze zjawiskiem przy zmienionem jakościowo pocuciu i uczuciu. Doświadczenie uczy, że omamy słuchu okazują się najczęściej, potem idą omamy wzroku, dalej czucia skór nego, wreszcie zapachu, a w końcu smaku; te ostatnie należą do najrzadszych. Często pojawiają się omamy w kilku zmysłach równocześnie.

Jeżeli dane uczucia nabiorą tej siły, iż uważane będą za rzeczywistość, a błędne myśli, stąd powstałe, staną się niezbitem przekonaniem, wówczas będziemy mieli przed sobą obłęd czuciowy. Gdy zaś dane osoby poznają, iż są w błędzie, będziemy mieli dziwactwo czucia.

Przez różne zmiany w narządach zmysłowych powstają zazwyczaj omamy nieokreślone, później pojedyncze, a w końcu złożone. Najpierw widzą np. chorzy świetlne lub barwne iskry, gwiazdy, promienie, smugi, pasy, pręgi itp., później spostrzegają różne wyraźne przedmioty, jak np. snopy, miotły, wieńce, krowy, koty, krzyże, ręce, nogi, drzewa, domy, kościoły, ludzie, zwierzęta itp., w końcu widzą się np. w niebie, wśród świętych i aniołów, albo w piekle wśród szatanów i potępionych, albo gdzieś na jakichś zabawach i zebraniach, polowaniu, wojnie itp. Takie oma-

my złożone powstać mogą tylko przez równoczesne podrażnienie ośrodków należących do różnych zmysłów, i łączą się prawie zawsze ze złudzeniami zmysłowemi, tudzież złudzeniami pamięci i wyobraźni, wskutek czego zwykłe wrażenia zmysłowe zupełnie inaczej bywają odczuwane, niż w stanie prawidłowym, i dlatego bywają niewłaściwie tłumaczone.

Czyste złudzenia, jakoteż omamy zmysłowe nieokreślone i niewyraźne, bywają dość często uznawane za błędne poczucia zmysłowe, a przeto prowadzą najczęściej tylko do t. zw. urojeń wrzekomych. Omamy zmysłowe wyraźne, zwłaszcza przedmiotowe, a szczególnie omamy zmysłowe złożone jakoteż złudzenia w towarzystwie omamów, rzadko bywają uznawane za błędne poczucia i uczucia zmysłowe, i dlatego prowadzą najczęściej do wytwarzania się stałych i niezmiennych myśli błędnych, zwanych urojeniami rzeczywistemi.

Ze wszystkich rodzajów czucia gra w chorobach umysłowych największą rolę t. zw. poczucie osobiste, zapomocą którego przychodzi człowiek do poznania, czem jest w danej chwili.

Poczucie osobiste zależy od sumy otrzymywanych w danej chwili wrażeń zmysłowych, należących głównie do czucia podmiotowego; mniej zależnem jest ono od czucia przedmiotowego. Ponieważ otrzymywane wrażenia zmysłowe są różne w różnym czasie, przeto poczucie osobiste musi często się zmieniać u tej samej nawet osoby; a zmiana ta przychodzi już to łatwiej, już też trudniej do skutku, stosownie do wrażliwości danej osoby. Poczucie osobiste podnosi się, gdy dana osoba otrzymuje jakiegokolwiek przyjemne wrażenia, i obniża się w razie przeciwnym. Stopień zaś podniesienia się, względnie obniżenia się poczucia osobistego w danej chwili zależy od stopnia, tudzież od jakości otrzymywanych w danej chwili wrażeń zmysłowych. Poczucie osobiste zależy w wielkiej części od poczucia mocy mięśniowej, a w większej części od poczucia mocy płciowej. W okresie pokwitania występuje ono dlatego w najwyższym stopniu.

Na tem właśnie polega do śmieszności nieraz wygórowane poczucie potęgi duchowej i siły fizycznej u młodzieńców, zaledwie dojrzewających cieleśnie, a wcale jeszcze nie dojrzałych umysłowo, np. u słuchaczy pierwszych lat nauk uniwersyteckich, którzy często roszczą sobie prawo do kierowania losami całego narodu, a nawet całej ludzkości, wydają różne odezwy, chcą stawać na czele narodów i ośmielają się gwałtem narzucać wszystkim swoje w prędkości i bez głębszego zastanowienia się powzięte zamiary, dążności i zasady, nie bacząc wcale na to, że temu sprzeciwiają się osoby dojrzałe, wytrawni politycy i uczeni, którzy życie całe niekiedy poświęcili zgłębianiu tych zasad i dokładnej ocenie doniosłości tych zamiarów i dążności, i nauką ścisłą, tudzież doświadczeniem długoletniem doszli do zupełnie innych przekonań.

Obniżone poczucie mocy mięśniowej, a więcej jeszcze obniżone poczucie mocy płciowej, powoduje obniżone poczucie osobiste we wszystkich kierunkach.

Na tem polega obniżone poczucie osobiste u dzieci, u osób słabo rozwiniętych fizycznie, a jeszcze bardziej u osób, u których części płciowe niedostatecznie są rozwinięte, bardzo powolnie się rozwijają, lub zanikają. Dlatego osoby słabo cieleśnie lub płciowo rozwinięte, chociaż dawno doszły do wieku dojrzałego, czują się jakby dziećmi, potrzebującymi ciągłej opieki, nie okazują dążności do czynów własnowolnych i samodzielnych, ale we wszystkim ulegają osobom starszym, rodzicom lub opiekunom, są niezdecydowani, bojaźliwi i bierni. To samo widzimy u osób pozbawionych sztucznie narządów płciowych, jakoteż u starców z zanikającymi narządami płciowymi.

Każdemu wiekowi człowieka właściwem jest pewne poczucie osobiste; odpowiednio do tego każdemu wiekowi właściwe są pewne myśli i pewien sposób działania. Niejednokrotnie atoli dzieje się inaczej, i młodzieniec np. okazuje poczucie osobiste, myśli i czyny właściwe starcowi, przeciwnie zaś starzec okazuje czasem, poczucie myśli i czyny, właściwe wiekowi młodzieńczemu, itp.

Objaw ten nazwiemy dziwactwem, jeżeli okazywać się będzie w miernym stopniu, zdolnym do pewnej poprawy w kierunku, odpowiadającym stanowi prawidłowemu. Objaw ten stanie się atoli obłędem, gdy przekroczy pewną miarę, stanie się zbyt rażącym i dojdzie do tego stopnia, że poprawa jego w kierunku prawidłowym stanie się niemożliwą, chociażby przez pewien czas tylko. Ponieważ od stopnia i rodzaju poczucia osobistego zależy rodzaj myśli, jakoteż stopień i rodzaj woli każdego człowieka, przeto w razie gdy poczucie to zmieni się jakościowo, i to w dziwny nieraz sposób, myśli i wola ludzka doznać muszą, odpowiednio do tego, dziwnej zmiany w porównaniu z człowiekiem, uważanym za umysłowo zdrowego. Jeżeli ktoś ma np. poczucie, że jest psem, i odpowiednio do tego się zachowuje, np. szczeka, chodzi na czworakach, kąsa, chwyta innych zębami za członki lub za odzież, drąc ją w taki sposób, jak to psy czynią, nie siada jak człowiek, ale skręca się w kółko i tak leży pod łóżkiem lub stołem, nie je rękami i łyżką, lecz liże wszystko językiem itp., to każdemu z patrzących na to dziwną bardzo i niezrozumiałą musi ta czynność się wydawać, a jednak jest ona całkiem naturalną i wynika wprost z chwilowego lub stałego, poczucia osobistego danej osoby.

W zakładach dla umysłowo chorych spotykamy często ludzi bardzo różnymi obłędami dotkniętych i dlatego bardzo dziwacznie nieraz się zachowujących. Jeden uważa się za boga rządzącego całym wszechświatem, drugi za króla nad królami i cesarza nad cesarzami, inny uważa się za króla pewnego państwa, inny znowu za naczelnego wodza wojsk wielkich, lub za polityka najmędrszego, za najslawniejszego uczonego lub muzyka, śpiewaka, poetę, malarza, sztukmistrza itp. Inny znowu uważa się za świętego, za messyasza, proroka, anioła, ducha lub za wskrzeszonego jakiegoś wielkiego i sławnego człowieka, np. Aleksandra Macedońskiego, Cezara, Sobieskiego, Napoleona itp. Inny, przeciwnie, uważa się za Lucypera, Belzebuba, szatana, potępionego grzesznika, zbrodniarza, nędzarza pozbawionego wszystkiego, wzgardzonego od wszystkich, za opętanego przez złego ducha, za zmarłego, za trupa gnijącego,

za zwierzę, roślinę, lub rzecz jakąś itp. Odpowiednio do tego różnego poczucia osobiste, różnem też będzie myślenie i postępowanie tych ludzi; w każdym atoli razie myślenie to i postępowanie odpowiedniem będzie do poczucia osobistego, okazującego się w danej chwili.

Są chorzy, u których poczucie osobiste zmienia się co chwilę, a wtedy odpowiednio do tego myśli ich i postępowanie zmieniać się będą ciągle, wedle zmiany poczucia osobistego.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje t. zw. dwoiste i wielorakie poczucie osobiste, przyczem dane osoby czują się równocześnie tem, czem są istotnie, a obok tego czemś innem i w miarę tego, które poczucie w danej chwili przeważa, różnie się zachowują.

Jakościowa i nieraz bardzo dziwaczna zmiana poczucia osobistego występuje często u osób zdrowych we śnie, o czem wie każdy doskonale z własnego doświadczenia. Każdemu z nas śniło się nieraz, jak przemieniał się kolejno w różne osoby i rzeczy, a przytem czuł, myślał i działał odpowiednio do tych przemian. Ciekawem jest bardzo poczucie przewrotne płciowe, przyczem mężczyzna czuje się kobietą, okazuje skłonność do zajęć kobiecych, do bierności i do strojów kobiecych, jakoteż do obcowania płciowego z mężczyznami, podczas gdy kobieta czuje się mężczyzną, okazuje skłonność do zajęć właściwych płci męskiej, np. polowania itp., nie lubi nikomu ulegać i być bierną, ale sama wszystkiem rządzi, nosi krótkie włosy, przystraja się po męzku i lubi obcować płciowo z kobietami itp. Znane są nawet takie wypadki, w których kobiety, występujące zawsze w roli mężczyzn, zawierały formalne małżeństwa z kobietami. Zwykle w tych razach znajdujemy znaczny przerost lechtaczki, która niekiedy zbliża się swą wielkością do małego prącia.

Przypadki tego rodzaju zaliczone być mogą już to do dziwactwa, już to do obłądu, w miarę stopnia swego i jakości objawów towarzyszących.

Pam. Tow. Lek. T. 95, Z. III.

Bardzo ciekawem jest także zmienione poczucie wieku swego. Są niektórzy młodzieńcy, którym się zdaje, że są zgrzybiałymi starcami, są zgrzybiali starcy, którzy uważają się za dzieci; nieraz kobiety przeszło 60 lat mające, uważają się za panienki 17 letnie. Niektórzy znowu, będąc w pełnej sile wieku, mówią, że żyją tysiące lat lub żyją od początku świata itp. I w takich razach zależeć będzie od stopnia i jakości objawów, czy dane zboczenie zaliczyć mamy do dziwactwa, czy też do obłądu.

Dziwnem też bywa nieraz poczucie swej siły. Schorziali i osłabieni, nie mogący zrobić kroku o własnych siłach, ani utrzymać łyżki przy jedzeniu, uważają się często za zupełnie zdrowych, a nawet chełpią się swą mocą i siłą, i uważają się nieraz za najsilniejszych ludzi na świecie. Z drugiej strony inni, u których przedmiotowo nie można wykazać żadnej niemocy cielesnej, czują się bezsilnymi i bezwładnymi i zachowują się jak całkowicie porażeni: nie ruszają ani rękami, ani nogami, ust nawet nie otwierają, trzeba ich karmić przemocą, nosić na stolec, gdyż inaczej oddają mocz i kał pod siebie. Wielu milczy uporczywie, bo im się zdaje, że mówić nie potrafią, itp.

Przytoczone przypadki zaliczamy do obłądu, chociaż zdarzyć się mogą czasem mniejsze stopnie tego samego zboczenia, zasługujące na nazwę dziwactwa. Wygórowane poczucie osobiste stoi często w wielkiej sprzeczności z losem rzeczywiście doznawanym, a wskutek tego rodzi się poczucie zapoznania, nie należytego oceniania, upośledzenia wobec innych, krzywdzenia i prześladowania. Wytwarza to ogólną nieufność i niedowierzanie nikomu, a czasem prowadzić może do powstawania odpowiednich urojeń, dziwactw i obłądów.

Obniżone poczucie osobiste w tym samym kierunku zdarza się rzadko; a gdy się okaże, sprawia myśl, że się jest nadmiernie i niesprawiedliwie protegowanym z krzywdą innych, i to prowadzi często do nieprzyjmowania pewnych urzędów, godności i zaszczytów lub zrzekania się ich na korzyść innych osób itp. Upośledzanie takie własnej osoby na korzyść innych może dojść do istotnego obłą-

du poniżania się. Wygórowane poczucie osobiste odnosi się może także do własności i majątku, tudzież różnych prawnych wrzekomo uroszczeń. Lada pozór nic nie znaczący rodzi u takich osób myśl, że pewna własność ruchoma do nich prawnie należy, a tylko niesłusznie w obcych znajduje się rękach. Daje to powód do ciągłego dochodzenia i udowadniania swego prawa do danej własności obcej i do ciągłego procesowania się i prowadzić może w końcu do wytworzenia się t. zw. obłądu pieniadkowego.

U osób żyjących pod tymi samymi warunkami widzimy zazwyczaj takie same uczucia, myśli i czyny, u osób zaś żyjących wśród zmiennych warunków widzimy częstą zmianę w tym względzie. Jak dalece wpływa życie wśród pewnych warunków na umysł człowieka, t. j. na jego czucie, myślenie i działanie, dowodzi najlepiej ta okoliczność, że pod tym względem zachodzą bardzo rażące różnice nie tylko między pojedyńczymi narodami, szczepami i pokoleniami, ale także między różnymi warstwami tego samego narodu, i to nie tylko w różnych czasach, ale też i równocześnie. Na tem właśnie polega wielka bardzo, a często zasadnicza różnica między religią, etyką i moralnością różnych ludów w różnych czasach, jakoteż różnych warstw ludności jednego narodu w tym samym czasie. Obrzędy religijne, pojęcia zwyczaje i obyczaje różnych ludów, zwłaszcza starożytnych lub półdzikich obecnych, zdają się dlatego nieraz wielce dziwaczniemi i wprost niezrozumiałymi dla nas, podczas gdy nasze pojęcia, obrzędy, zwyczaje i obyczaje w niejednym względzie tak samo razić muszą tamte ludy.

Na tej podstawie wytwarzają się różne dziwactwa narodowe, szczepowe, plemienne, rodowe, zawodowe i społeczne.

Podobnie jak dziwactwa różnego rodzaju, mogą także pewne obłądy okazać się rozpowszechnionymi w pewnym czasie na większą ilość osób, żyjących pod tymi samymi warunkami wspólnie ze sobą, lub tylko w bliższych ze sobą będących stosunkach. Są to tak zwane obłądy nagminne, dawniej dosyć często, dziś rzadko tylko się

wydarzające. Najczęstszym powodem do wybuchu takich nagminnych obłądów są pewne złudzenia i omamy zmysłowe, pojawiające się równocześnie u całej gromady osób, żyjących pod wpływem tych samych uczuć, myśli, przekonań i dążeń.

Że złudzenie i omamy zmysłowe grają bardzo ważną rolę w powstawaniu różnego rodzaju obłądów, o tem już niejednokrotnie wspominałem. Zwracałem już niejednokrotnie uwagę na tę okoliczność, że wszelka zmiana w zakresie układu nerwowego, czuciowego, tak pod względem stopnia, jakoteż jakości, powoduje złudzenia i omamy zmysłowe; zwróciłem też na to uwagę i wykazałem w dawniejszej rozprawie¹⁾, że często nie można postawić ścisłej granicy między złudzeniami a omamami zmysłowymi i że często najpierw pojawiają się złudzenia, a dopiero później omamy zmysłowe, a więc ostatnie wytwarzają się w następstwie pierwszych.

Bardzo pouczający przykład tego rodzaju przytacza SANDER.

Pewien mężczyzna, umysłowo dosyć wysoko wykształcony, pił przez kilka dni z rzędu więcej piwa, niż to było jego zwyczajem. Z opilstwa tego, dość jednak miernego, wytworzył się obłąd obserwacyjny. Choremu zdawało się, że ludzie jakoś dziwnie i podejrzliwie na niego patrzą i tajemnie coś o nim rozprawiają, co wielce go niepokoiło i trwożyło. Poszedłszy raz do kąpieli, słyszał dziwny szelest, spowodowany przez miarowe, szybkie spadanie kropli wody z rury na podłogę. Po chwili usłyszał niezrozumiałe szeptanie, a potem wyraźną rozmowę. Przysłuchując się dokładniej, poznał głos dwóch jakichś kobiet, które o nim mówiły i z niego sobie żartowały, słyszał bowiem wyraźnie słowa: „już tam siedzi” — „patrz, patrz, jak dmucha” „patrz, jak się nadął”. Słyszając to, zapytał się łaziennego, kto tam rozmawia, a ten, nie mogąc go inaczej przekonać, iż ulega złudzeniu, zamknął szczelnie rury, poczem z ustaniem ka-

¹⁾ Przegląd lekarski r. 1893, Nr. 40—43, 44—48. O omamach i złudzeniach.

pania wody ustał wszelki szelest i owa urojona rozmowa. Gdy potem łazienny rurę trochę otworzył, tak, że woda znowu zaczęła kapać, usłyszał wspomniany ponownie dawny szelest i wrzekomą rozmowę. Teraz jednak słyszał nawet obelżywe wyrazy, uwłaszczające czci jego, gdyż jedna kobieta opowiadała drugiej, że miał z nią miłosny stosunek, że ją porzucił i nieszczęśliwą uczynił. Później występowały podobne złudzenia także przy innych szeleściach, niekiedy całkiem niewyraźnych, ledwie dosłyszalnych, a w końcu nawet i bez nich. Tak więc czyste złudzenia zmieniły się w omamy rzeczywiste.

W ten sposób powstające omamy słuchowe mogą stać się albo ograniczonymi do pewnych i to kilku tylko wyrazów, lub też przedstawiać się mogą, jako dłuższe rozmowy różnej treści. W ostatnim razie treść słyszanych wyrazów odpowiada najczęściej chwilowym myślom osób, zboczeniem tem dotkniętych, które dla tego skarżą się nieraz, iż obcy ludzie, lub jakieś nadludzkie istoty, myśli ich odgadują i publicznie głośno wyjawiają.

Że zmiana w częściach obwodowych narządów, względnie nerwów zmysłowych, może być źródłem powstawania różnego rodzaju omamów zmysłowych, zarówno rzeczywistych, jakoteż złudzeniowych, a w następstwie tego powodować najrozmaitszego rodzaju urojenia i obłądy, mamy w literaturze bardzo liczne przykłady.

Drogą tak zwanego „*sensorium commune*“ może się wszelkie silniejsze zadrażnienie jakiegokolwiek zmysłu przenieść na inne, a nawet na wszystkie zmysły, lub też powodować najrozmaitszego rodzaju odruchy, i to zarówno świadome, jak i nieświadome.

Znane są przypadki, w których podrażnienie silne w zakresie jednych zmysłów powodowało silne zaburzenia w drugich. Ból zębów powodować może np. zaburzenie w zmyśle wzroku w ten sposób, że powstaje chwilowa ślepota lub też okazują się omamy i złudzenia tego zmysłu. A to samo dotyczyć może także innych zmysłów. Bardzo ciekawe i zajmujące pod tym względem są t. zw. omamy odruchowe (*Reflexhallucinationen*), a raczej współczulne lub prze-

nośne, na które KAHLBAUM pierwszy zwrócił uwagę. Polegają one na tem, że podrażnienie jednego zmysłu powodować może omamy drugiego. ARNDT przytacza podobny przypadek z własnego doświadczenia.

Była to kobieta nerwowa, cierpiąca na bóle w krzyżu i okolicy ledźwiowej. Nasilenie tych bólów było zmienne i często występowało przy ucisku na owe okolice. W miarę stopnia nasilenia tych bólów okazywały się omamy odpowiedniego nasilenia w zakresie zmysłu wzroku, słuchu i lubieżności. Omamy te wychodziły z miejsc bolesnych, i chora ta słyszała głosy w grzbiecie, doznawała tam uczucia lubieżnego i widziała grzbietem różne osoby znajome i nieznajome. Omamy miały zwykle cechę lubieżności. Chora ta np. widziała „grzbietem“ mężczyzn, słyszała „grzbietem“, jak mówili do niej, nakłaniając ją do spółkowania „grzbietem“. Gniewało ją najwięcej to, że chciano z nią spółkować nie drogą naturalną, t. j. częściami płciowymi, ale „grzbietem“, i że tam właśnie, t. j. w grzbiecie, a nie w częściach płciowych, doznawała uczucia lubieżnego.

Inna kobieta, około 40 lat licząca, odczuwała sama wszystkie widziane dolegliwości innych. Czuła złamanie obustronne kości udowej, które widziała u osoby razem z nią mieszkającej, czuła wrzód na podudziu, gdy widziała jakąś osobę z takim wrzodem. Uczucie podobne nie występowało jednak nigdy, gdy słyszała opowiadanie o jakimś cierpieniu, a nawet gdy słyszała jęki chorych i narzekania na jakiś ból lub cierpienie; natomiast uczucie to pojawiało się zaraz, skoro tylko przedmiot cierpienia czyjś własnymi spostrzegła oczyma.

W miejsce doznawanych uczuć lub widzianych dziwnych przedmiotów słyszą często ci chorzy równocześnie różne głosy, i na tem polegają, że słyszą mowę w swoim brzuchu, w swych piersiach, w grzbiecie itp.

Powyższymi przykładami stwierdzona pewność, że omamy jednych zmysłów, np. wzroku, słuchu itp., powstać mogą także drogą przenośną przez zadrażnienie innych zmysłów, np. czucia skórniego, mięśniowego, wewnętrzno-

ściowego itp., jest bardzo ważną w tłumaczeniu różnych dziwnych i niewytłumaczonych na pozór objawów lub mniej wybitnych zбоceń w zakresie pocucia zmysłowego i powstałych stąd urojeń i obłądów najrozmaitszego rodzaju. Okoliczność ta jest zarazem dobitnym dowodem, że omamy zmysłowe przychodzą często do skutku przez jakieś podrażnienie pierwotne obwodowych, a nie ośrodkowych części narządów zmysłowych. Podrażnienie to działa zwykle wprost na pewne zmysły, w pewnych jednakże warunkach może ono przenieść się także na zupełnie inne zmysły za pośrednictwem ośrodków zmysłowych podkorowych, stanowiących t. zw. *sensorium commune*, gdzie wszystkie zmysły razem się łączą i skąd łatwo przenieść się może podrażnienie pewne z jednego zmysłu na drugi. [Porównaj КОНИ-БЕРГЕР, Wstęp do nauki o chorobach umysłowych. Przegląd lekarski Nr. 23].

Zmienione czucie, *paraesthesia*, względnie *parathymia*, występuje także często skutkiem działania różnych leków, względnie trucizn, a więc bodźców chemicznych, sztucznie do krwi wprowadzonych. Te same skutki sprawić mogą także niektóre ciała, wytworzone w samym ustroju, a więc własne, t. j. rodzime trucizny ustrojowe, jak składniki moczu, potu, żółci itp., jeżeli się w nadmiernej wytworzą ilości. Ustrój, dotknięty jakąkolwiek chorobą, zawierać może nadto nieraz bardzo wiele różnych składników nieprawidłowych i często bardzo szkodliwych, wytworzonych już to przez narządy schorzałe, już też przez różne zarazki chorobowe. Że takie nieprawidłowe składniki ustroju, dostawszy się do ogólnego biegu krwi, sprowadzić mogą zmianę pocucia zmysłowego i dać wskutek tego powód do powstawania różnych złudzeń i omamów zmysłowych, dowodzą majaczenia gorączkowe i pogorączkowe. Brak pewnych prawidłowych składników we krwi, względnie w nerwach lub ośrodkach nerwowych, może także wywołać różne zmiany pocucia i dać powód do pojawienia się złudzeń różnych i omamów zmysłowych, jak to widzimy u osób cierpiących na głód i niedostatek. Wszelkie zmiany w uczuciu wytwarzają się zwykle powolnie.

Najpierw doznają osoby, dotknięte temi zmianami, pewnych nieoznaczonych bliżej i nieokreślonych uczuć, t. j. czują, że się w nich i z nimi dzieje coś niezwykłego, nienaturalnego, a więc czują jakąś ogólną, niewyraźną i niepojętą zmianę w swoim ustroju. Czują, że cierpią, ale nie potrafią ściśle określić, co właściwie cierpią i dlaczego. Jeżeli te cierpienia są dotkliwe, skarżą się na różne, często zmienne dolegliwości i starają się wytłumaczyć je sobie odpowiednio do swego wykształcenia i nabytych wiadomości. To też tłumaczenie to bywa bardzo różnem u różnych osób, a nieraz staje się bardzo dziwaczne. Z początku choroby szukają chorzy źródła swych cierpień i dolegliwości w sobie samych, a więc uważają cierpienia swe za wynik jakichś domniemyanych lub też urojonych chorób wewnętrznych; zwiemy to dziwactwem, względnie obłędem śledzienniczym (*Paranoia hypochondrica*), albo dziwactwem, względnie obłędem cierpienniczym (*Paraphrenia autopathica*) lub też wogóle dziwactwem, względnie obłędem czuciowym podmiotowym, przygnębiającym (*Paraphrenia spuria, respective vera, parathymica subjectiva depressiva*). Błędne myśli, wypowiedane przez takich chorych, zwiemy urojeniami śledzienniczemi albo cierpienniczemi, gdyż ze śledzioną nie mają one żadnego związku. Urojenia te mogą mieć niekiedy, jak widzieliśmy, podstawę swą w rzeczywistych zmianach jakichś narządów wewnętrznych lub też ich nerwów, albo obwodowych zakończeń nerwowych; częściej atoli polegają wyłącznie na czuciu podmiotowym, spowodowanem pewnemi zmianami w głównych pniach nerwowych lub też ich ośrodkach zwojowych, rdzeniowych lub mózgowych. Ocena urojeń śledziennicznych opierać się musi przeto zawsze na bardzo dokładnem, wszechstronnem i szczegółowem badaniu, odnośnych chorych, a mimo to, może często być bardzo trudną i niepewną, a nawet mylną, a to z tego powodu, że bardzo rzadko jesteśmy w możności wyznaleźć źródło chorobowe, dające podstawę do zmiany uczucia i powodujące przez to różne urojenia i dziwactwa, względnie obłędy śledziennicze, czyli cierpiennicze. Sama śledziennica czyli cierpiennica, nie jest jednakże już cho-

robą umysłową, zasługującą na nazwę obłądu, stanie się ona dopiero wtedy, gdy odpowiednio do zmienionego uczucia zmieni się także wyobrażenia, a następnie myśli i dążności, t. j. świadomość i wola człowieka, dotkniętego śledziennicą, czyli cierpiennicą. Następuje to zwykle dosyć szybko, albowiem człowiek już od najwcześniejszego dzieciństwa przyzwyczajają się układać do wyobrażeń i myśli swych, jakoteż dążności i czynów, t. j. woli, wedle doznawanych zmysłami uczuć. Stąd pochodzi, że chorzy szukają najpierw źródła swych dolegliwości w sobie samych, sądzą, że są dotknięci jakimiś chorobami i celem ich usunięcia szukają wszelkiej możliwej i dostępnej im pomocy lekarskiej—nachodzą kolejno różnych lekarzy, opowiadają im rozwlekłe i szczegółowo o swych cierpieniach i chętnie poddają się wszelkim, chociażby najuciążliwszym i najtrudniejszym do wykonania, poleceniom i zarządzeniom lekarzy. Gdy atoli wszystko to nie odnosi pożądanego skutku i mimo ciągłego, latami nieraz trwającego leczenia się, dawne dolegliwości nie ustępują, a częstokroć nawet się wzmagają, zaczynają chorzy badać coraz dokładniej stan swój i okoliczności, wśród których żyją i poczynają szukać źródła swych cierpień już nie w sobie samych, lecz w różnych wpływach zewnętrznych. Wskutek tego wytwarza się z pierwotnego, czysto podmiotowego dziwactwa, względnie obłądu przygnębiającego, t. j. śledzienniczego albo cierpienniczego, przedmiotowy obłąd prześladowczy (*Paraphrenia spuria, respective vera, parathymica objectiva persecutoria*). Zazwyczaj najpierw łączą chorzy w związek przyczynowy ze swemi cierpieniami wydarzenia i zjawiska czysto przypadkowe i przychodzą do przekonania, że cierpią wskutek działania pewnych niekorzystnych i zdrowiu szkodliwych wpływów różnych ciał i sił przyrody, jak np. słońca, księżyca, gwiazd, ziemi, wiatrów, wilgości, zimna, gorąca, przeciągów, prądów elektrycznych i magnetycznych itp. Jest to tak zwane dziwactwo, względnie obłąd prześladowczy fizyczny lub wogóle przyrodniczy. *Paraphrenia spuria, respective vera persecutoria physicalis* (*Physikalischer Verfolgungswahn*). Później zaczynają chorzy przypisywać

podobny wpływ na swe ciało różnym przedmiotom swego otoczenia, jak np. pewnym pokarmom i napojom lub odzieniu i mieszkaniu, albo też tylko pewnym częściom składowym odzienia i mieszkania, np. wełnie, bawełnie i płótnu, metalom, drzewu, kamieniom, cegłom, podłogom, sufitom, piecom, oknom, storom, firankom, farbom, lakierom, lustrom, obrazom, różnym meblom itp. Jest to tak zwane dziwactwo, względnie o b ł ę d p r z e ś l a d o w c z y r z e c z o w y, *Paraphrenia spuria respective vera, persecutoria realis*.

Niekiedy znowu chorzy szukają przyczyny swych cierpień we wpływie różnych istot nadziemskich na swe ciała, jak np. Boga, aniołów, świętych, dobrych jakichś duchów, pewnych osób zmarłych albo jakichś złych duchów, np. szatana i jego pomocników. Zwiemy to dziwactwem, względnie o b ł ę d e m p r z e ś l a d o w c z y m z e s t r o n y i s t o t n a d z i e m s k i c h [duchowych] *Paraphrenia spuria, respective vera persecutoria daemonalis (vel daemonomania)*. Wreszcie zdarza się nierzadko, że chorzy posądzają pewne osoby o wywieranie niekorzystnego lub zgubnego wpływu na swą osobę. Jest to powszechnie znane dziwactwo, względnie o b ł ę d p r z e ś l a d o w c z y o s o b o w y, *Paraphrenia spuria, respective vera, persecutoria personalis*.

Bardzo częstą postacią dziwactwa, względnie obłądu tego, ale prawie wyłącznie u kobiet występującą, jest dziwactwo, względnie o b ł ę d m i ł o s n e g o p r z e ś l a d o w a n i a t u d z i e ż d z i w a c t w o, względnie o b ł ę d g w a ł c e n i a l u b s p ó ł k o w a n i a m i m o w o l n e g o. Obłąd ten ma zazwyczaj źródło swe w podrażnieniu części płciowych. Na tej samej podstawie tworzy się także uczucie zapłodnienia i ciąży. Uczucie to powstaje niekiedy u osób, które dozują pewnego drażnienia w częściach płciowych zewnętrznych, mimo, że części płciowe wewnętrzne, jak macica i jajniki, są u nich zanikłe, nierozwinięte albo nawet wcale nie istnieją.

Wielkie znaczenie sądowo-lekarskie mają wspomniane uczucia i obłądy, występujące nieraz u kobiet starych, niedołęgów umysłowych, a szczególnie u dzieci i podlotków,

liczących niżej lat 14-tu wieku. Zanikające z jakiegokolwiek powodów życie płciowe u mężczyzn rodzi niekiedy u ich żon mniemanie, iż dzieje się to skutkiem tego, iż mają stosunek płciowy z innymi kobietami, i tem się tak wycieńczają, że żon swych nie mogą zaspakajać tak, jak dawniej. Myśl ta, raz powstała z powodu jakiegokolwiek pozoru, prowadzić może do dziwactwa, a w końcu do rozwinięcia się całkowitego obłądzenia niewiary małżeńskiej. Obłąd ten spotykamy także nieraz u kobiet w okresie zaniku płciowego (*climacterium*), a z drugiej strony zanikanie w tym czasie życia płciowego u kobiet, zmniejszając znacznie dawniejszą namietność płciową, rodzić może u mężów ich obłąd niewiary małżeńskiej.

Zdarza się często, że różne niemiłe uczucia podmiotowe nie sprawiają żadnych wybitnie przykrych cierpień lub dolegliwości, lecz dają tylko powód do nieokreślonego lęku, t. j. uczucia, że ciało znajduje się w jakimś nieoznaczonym bliżej niebezpieczeństwie, zagrażającym zdrowiu lub nawet życiu. Osoby lękiem takim dotknięte starają się wszelkimi siłami poznać źródło i jakość grożącego im niebezpieczeństwa, zaczynają pilnie zwracać uwagę na otoczenie, badają wszystko wokoło, bo we wszystkim widzą coś niezwykłego i podejrzanego, a nawet groźnego. W ten sposób tworzy się z nieokreślonego dziwactwa, względnie obłądzenia podmiotowego, dziwactwo, względnie obłąd przedmiotowy, zwracanie uwagi, badania, szpiegowania itp. wreszcie wybitny obłąd prześladowczy z początku niejasny i nieokreślony, słabo się uwidoczniający, a w dalszym rozwoju choroby coraz bardziej się potęgujący. Pierwotny obłąd zwracania uwagi przeobraża się potem w obłąd prześladowczy drogą naturalnego rozumowania. Nadmierna drażliwość podmiotowa wytwarza łatwo uczucie niebezpieczeństwa dla własnej osoby, a więc uczucie lęku i trwogi. Człowiek zdrowy umysłowo doznaje tego uczucia wtedy tylko, gdy istotnie doznaje wrażeń i spostrzeżeń zmysłowych, które wskazują, że grozi mu jakieś niebezpieczeństwo ze strony osób, zwierząt lub martwych jakichś żywiołów i sił przyrody. Przeciwnie dzieje się u chorych, o ja-

kich mowa; ci bowiem z nieokreślonego uczucia lęku i trwogi wnoszą, że grozi im jakieś niebezpieczeństwo, widząc je wszędzie koło siebie i czują się dlatego prześladowanymi. Obłąd prześladowczy tworzy się więc u tych chorych w podobny sposób, jak obłąd wielkości u szalonego lub obłąd małości u zadumczego. Szalony z uczucia błogości i zadowolenia wnosi, że jest wielkim człowiekiem, uposażonym niezwykle potęgą duchową i siłą cielesną, obfitującym w zaszczyty, majątek, dostatki itp. Dotknięty obłądem wnosi z uczucia lęku i wytwarzających się później na tej podstawie różnych urojeń prześladowczych, że jest niezwykłym człowiekiem, pochodzącym z jakiejś zamożnej, wielce wpływowej, a może uawet panującej rodziny, że jest przeznaczonym do spełnienia ważnych czynności i do zajęcia wpływowego stanowiska w świecie, i dlatego wszyscy na niego zwracają uwagę, jedni go podziwiają, a drudzy z zazdrości prześladowają, jedni chcą mu być pomocnymi, drudzy dążą do jego zguby, a nawet usiłują go zgładzić ze świata w jakikolwiek sposób, nie przebierając w środkach. Stąd pochodzi urojenie trucia, czyhania na życie itp.

Dotknięty obłądem wielkości czuje, że jest wielkim człowiekiem, ale widzi zarazem, że niema odpowiedniej po temu potęgi ani mocy, niema należytej godności i władzy. Urojenie wielkości u dotkniętego obłądem wielkości cechuje się przeto uczuciem smutku, niezadowolenia, nieszczęścia i przygnębienia; podczas gdy urojenia wielkości u szalonego cechują się właśnie uczuciem wesołości, błogiego zadowolenia, szczęścia i podniecenia. Szalony więc jest dla wszystkich otwarty i wylany, ufający każdemu i tylko dla upornych chwilowo nieprzyjaźny; dotknięty obłądem jest, przeciwnie, skryty i w sobie zamknięty i prawie dla wszystkich nieprzyjaźnie usposobiony, bo nikomu niedowierza i nie ufa, nawet najbliższym swym krewnym i najlepszym znajomym. Zachowanie się więc, dążności i czynności człowieka obłądem dotkniętego będą też zupełnie inne, niż szalonego, chociaż obaj okazują niekiedy podobne zupełnie urojenia wielkości.

Ściśle rzecz biorąc, moglibyśmy wedle jakości uczuć rozróżnić czworaki rodzaj obłądu, a mianowicie: 1) obłąd ściśle podmiotowy, przyczem chory szuka w sobie samym źródła do wyjaśnienia swych uczuć czysto podmiotowych; 2) obłąd podmiotowo-przedmiotowy, przyczem chory szuka wyjaśnienia swych uczuć podmiotowych w zjawiskach świata zewnętrznego, który uważa już to za przyjazny, już też za nieprzyjazny sobie. W ostatnim razie tworzy się obłąd prześladowczy; 3) obłąd przedmiotowo-podmiotowy, przyczem chory łączy wrażenia czysto przedmiotowe w ściśle związek ze swą własną osobą i wszystko, co spostrzega, odnosi do siebie w korzystnym lub niekorzystnym znaczeniu (*Beziehungswahn*). Zdarzyć się może, że, oprócz do siebie, odnosi chory także do innych osób lub rzeczy zjawiska świata zewnętrznego w korzystnym lub niekorzystnym znaczeniu, z czego z czasem wytworzyć się może 4) obłąd czysto przedmiotowy, który tem się odznacza, że zjawiska świata zewnętrznego bywają błędnie i niewłaściwie odczuwane i oceniane, ale nie są wcale łączone z własną osobą chorego, lecz z innymi osobami lub nawet rzeczami. Tu należy np. obłąd ostrzegania różnych osób obcych ze strony chorego o grożącym im wrzekomo jakimś niebezpieczeństwie, odkrywanie urojonych spisków na osoby panujących itp. Takie czysto przedmiotowe obłądy są bardzo rzadkie i łączą się zazwyczaj z obłądami podmiotowo-przedmiotowymi i przedmiotowo-podmiotowymi. Dlatego też wszystkie te trzy rodzaje, chociaż wielce różne co do swej jakości, łączę razem pod nazwą obłądu przedmiotowego, a to z tych powodów, że każdy z nich rzadko kiedy istnieje odrębnie w czystej swej postaci, zazwyczaj zaś wszystkie razem łączą się ze sobą i mieszają tak, że ta sama osoba wszystkie je razem przedstawia, chociaż w niejednakowym stopniu, a często spostrzedz można, że w pewnym czasie przeważa jeden, a w innym znowu czasie drugi, lub trzeci rodzaj. Oprócz uczuć podmiotowych przykrych i przygnębiających, tudzież cierpienniczych, czyli śledzienniczych, mogą pojawiać się także czysto podmiotowe uczucia przyjemne, dające powód do tworzenia się różnych uro-

jeń, względnie dziwactw i obłądów podmiotowych podniosłych. Podniosłe uczucie osobiste główną zazwyczaj gra tutaj rolę, zwłaszcza gdy się w pewnym kierunku ustali.

Obłąd podniosły czysto podmiotowy wytwarza się rzadko samoistnie, lecz powstaje zazwyczaj następowo, jako pozostałość pewna po przebytych szale ogólnym. Tak samo może się wytworzyć czysto podmiotowy obłąd przygnębiający z pierwotnej zadumy. Rzadko istnieje pierwotny, a więc nie z zadumy powstały obłąd przygnębiający czysto podmiotowy, powstały wyłącznie na tle upośledzonego, względnie obniżonego poczucia osobistego. Często łączy się taki obłąd z obłądem śledzienniczym, czyli cierpienniczym. Częstość dosyć jest natomiast obłąd czysto śledzienniczy, czyli cierpienniczy, przy którym poczucie osobiste zazwyczaj wcale nie bywa zmienionem, tylko innego rodzaju uczucia podmiotowe bywają drażnione w sposób nie miły, przykry, a często nawet dotkliwie bolesny. Czucie wnętrzościowe, a zwłaszcza płciowe, bywa najczęściej dotknięte w tej chorobie. Niekiedy znowu czucie skórne gra tu główną rolę. W każdym razie obłąd cierpienniczy, czyli śledzienniczy, połączonym bywa z wybitnem jakimś cierpieniem, a przynajmniej z uczuciem cierpienia cielesnego. Dlatego też obłąd śledzienniczy, czyli cierpienniczy, można by najodpowiedniej nazwać obłądem czuciowym podmiotowym cierpienniczym. O różnicy, zachodzącej między szalem a obłądem podniosłym czysto podmiotowym z jednej strony, a zadumą i obłądem przygnębiającym czysto podmiotowym, nie śledzienniczym, z drugiej strony, później mówić będę.

Z tego wszystkiego, co wyżej przytoczyłem, wynika, że najczęstszem źródłem powstawania różnych urojeń, t. j. stałych błędnych myśli, jest zmiana w poczuciu, czy to przedmiotowem, t. j. ściśle określonym zmysłowem, czy też podmiotowem, t. j. ogólnem, nieokreślonym należycie.

Zmiana taka powoduje błędne spostrzeganie już to na tle złudzeń, już też na tle omamów. Urojenia mogą mieć atoli niekiedy swe źródło w zboczonej czynności wyobraźni i pamięci, a więc w czynności czysto duchowej. W tych ra-

zach powstają także różne złudzenia, które jednakże mają inną zupełnie cechę, niż złudzenia zmysłowe, gdyż z jednej strony nie odznaczają się tą pewnością i wyrazistością przedmiotową, co złudzenia zmysłowe, a z drugiej strony okazują się zawsze bardzo złożonymi i ciągle zmieniami zarówno pod względem treści, jak i postaci, podczas gdy złudzenia, a szczególnie omamy zmysłowe bywają zazwyczaj bardzo ograniczone w tym względzie. Złudzenie pamięci i wyobraźni spostrzegamy zwykle dopiero w późniejszych okresach pewnych chorób umysłowych, podczas gdy złudzenia, względnie omamy, zmysłowe spotykamy często już w początku, a najczęściej na szczycie rozwoju tych chorób. Na tle złudzeń pamięci i wyobraźni tworzą się głównie t. zw. obłądy myślnie. Najczęściej powstają one skutkiem zatrucia przewłocznego wysokiem, rzadziej jakimiś innymi ciałami odurzającymi, np. morfiną, kodeiną, kokainą, atropiną, daturyną itp. Jeżeli urojenia, powstałe na tle zboczonego czucia przedmiotowego, zwiemy przedmiotowymi, to i obłądy, na tem tle powstałe, można także nazwać przedmiotowymi. Jeżeli urojenia, powstałe na tle zboczonego czucia podmiotowego, zwiemy podmiotowymi, to i obłądy z nich powstałe nazwać możemy podmiotowymi. Urojenia i obłądy, powstałe na tle złudzeń pamięci i wyobraźni, będą wedle treści swej już to przedmiotowymi, już też podmiotowymi, już też zmiennymi, lub—co najczęściej się zdarza—mieszanymi. Urojenia i obłądy, powstałe na tle złudzeń pamięci i wyobraźni, nie mają atoli nigdy takiego znaczenia, jak urojenia i obłądy, powstałe na tle zboczonego czucia, czy to przedmiotowego, czy też podmiotowego.

Obłąd powstaje bardzo często na tle dziedziczności i występuje niekiedy już w bardzo wczesnym wieku. W przypadkach takiego już od wczesnego wieku nieznaczenie i powolnie rozwijającego się obłądu przewłocznego pierwotnego, *Frimärer chronischer Wahnsinn*, *Paranoia*, względnie *Paraphraenia chronica originaria*, okazują się prawie stale najpierw pewne nieokreślone przykre uczucia podmiotowe, względnie śledziennicze, czyli cierpiennicze, potem uczucie nieokreślonego lęku, następnie złudzenia,

niekiedy omamy zmysłowe, później obłąd odnoszenia wszystkich zjawisk świata zewnętrznego do siebie, dalej kolejno obłąd badawczy i obłąd prześladowczy w najrozmaitszej postaci, a w końcu obłąd wielkości, zazwyczaj w połączeniu ze złudzeniami pamięci i wyobraźni. Obłąd wielkości wyradza się zwykle z obłądu prześladowczego; w niektórych jednak wypadkach może on powstać pierwotnie i samoistnie, a wtedy przedstawia się zazwyczaj stale w jednej tylko postaci. I tak jedni uważają się za wielkich polityków, drudzy za wielkich poetów lub artystów, inni znowu chwalą się ustawicznie jakimiś doniosłymi wynalazkami, a t. zw. samoruch (*perpetuum mobile*) jest dotychczas jeszcze ciągle na porządku dziennym, mimo iż nauka już od dawna wykazała jego bezcelowość. Obłąd pierwotny przewłoczny stanowi swoistą i zupełnie dla siebie odrębną chorobę umysłową.

Wyleczenie zupełne powolnie i systematycznie w sposób wyżej przytoczony rozwijającego się obłądn tego jest bardzo rzadkie; natomiast często widzimy znaczne zmniejszenie się, a nawet czasowe zniknięcie objawów chorobowych, które jednak w pewnych, lecz zwykle nieregularnych odstępach czasu znowu się pojawiają, i to niekiedy nagle i napadowo, pod wpływem mało znaczących okoliczności zewnętrznych. Dlatego też MEYNERT uważa wogóle wyleczenie obłądu przewłocznego za pozorne tylko i nie radzi usuwać kurateli z nad tych chorych, chociażby nawet przez dłuższy czas zupełnie zdrowymi się wydawali.

W napadowych formach obłądu spotykać się można niekiedy z przelotnem pomieszaniem umysłu, z zadumą, szałem lub nawet z szaleństwem gwałtownem. Niekiedy choroby te uważać należy za odrębne ostre choroby umysłowe, występujące niezależnie od opisanego obłądu pierwotnego przewłocznego. Typowy obłąd taki rzadko bardzo prowadzi do ogłupienia następowego lub do pomieszania ogólnego, ale zdarzyć się może, że ogłupiali od urodzenia nabędą z czasem obłądu i potem jeszcze bardziej głupieją. Zdarza się również, że osoby, dotknięte obłądem t. zw. pierwotnym przewłocznym, niezależnie od swej choro-

by umysłowej, dostają porażenia postępującego i przytem naturalnie głupieją; ogłupienie to nie stoi atoli w związku przyczynowym z obłędem pierwotnym.

Streszczając pokrótce to, co powiedziałem o obłędzie i dziwactwie, przypominam, że dziwactwo jest względnem, obłęd zaś bezwzględnem zboczeniem umysłu, a oba te zboczenia umysłu tę mają wspólną cechę, iż w obu zachowanym jest należyty związek między pojedynczymi władzami umysłowymi, a, co najważniejsza, zachowana jest dokładna, chociaż spaczona i zmieniona jakościowo świadomość podmiotowa i przedmiotowa i zachowaną jest zdolność logicznego myślenia, tudzież rozmyślnego, dowolnego działania. Zarówno dziwactwo, jak obłęd, cechują się tem, że okazują się zazwyczaj w pewnym tylko stałym kierunku, w którym atoli zajmują zazwyczaj równocześnie wszystkie zakresy życia umysłowego, a więc także czucie, jakoteż świadomość i wolę zarazem. Niekiedy jednakże zdarza się, i to częściej w dziwactwie, niż w obłędzie, że zboczenie umysłowe głównie w pewnym tylko zakresie się objawia. Na tej podstawie rozróżnić możemy: I. dziwactwo, względnie obłęd częściowy, *Paraphrenia spuria, respective, vera partialis*, a mianowicie:

1) dziwactwo, względnie obłęd czucia, *Paraphrenia parathymica*;

2) dziwactwo, względnie obłęd myśli, *Paraphrenia paranoica*.

3) dziwactwo, względnie obłęd czynów, *Paraphrenia parergatica*.

Najczęściej okazują się te zboczenia umysłu we wszystkich zakresach życia umysłowego, a wtedy możemy je nazwać II. dziwactwem, względnie obłędem ogólnym, *Paraphrenia spuria, respective vera totalis*.

Co się tyczy jakości zboczenia czuciowego i treści stąd powstałych urojeń, rozróżnić możemy następujące rodzaje dziwactwa, względnie obłędu czuciowego:

I. Dziwactwo, względnie obłęd czuciowy podmiotowy, *Paraphrenia spuria, respective vera parathymica subjectiva*:
Pam. Tow. Lek. T. 95. Z. II.

1) podniosły (*expansiva*), 2) przygnębiający (*depressiva*), 3) z cierpieniem cielesnem połączony, t. j. cierpienniczy albo śledzienniczy, *autopathica s. hypochondrica*.

II. Dziwactwo, względnie obłąd czuciowy przedmiotowy, *Paraphrenia spuria, respective vera parathymica objectiva*.

1) Podmiotowo-przedmiotowy, odnoszący wszelkie uczucia osobiste do świata zewnętrznego. A) w przyjaznem lub B) nieprzyjaznem znaczeniu.

2) Przedmiotowo-podmiotowy, odnoszący wszelkie uczucia przedmiotowe do własnej osoby i to A) w przyjaznem, lub B) nieprzyjaznem znaczeniu.

3) Obłąd ściśle przedmiotowy, *Paraphrenia spuria, respective vera, stricte objectiva*.

Wymienione właśnie postaci obłądu czuciowego mogą być: a) złudzeniowe, b) omamowe, c) złudzeniowo-omamowe. *Paraphrenia vera parathymica*: a) *illusoria*, b) *hallucinatoria*, c) *illuorio hallucinatoria*.

Dziwactwo, względnie obłąd czuciowy przedmiotowy przygnębiający, względnie prześladowczy, odnoszący wszystkie wogóle uczucia podmiotowe do działania świata zewnętrznego, a przedmiotowe uczucia do własnej osoby w niekorzystnem, względnie nieprzyjaznem, czyli prześladowczem znaczeniu, *Paraphrenia spuria, respective vera parathymica objectiva depressiva, persecutiva*, uależy do najczęstszych zboczeń umysłowych. Dziwactwo to, względnie obłąd, objawić się może pod kilku postaciami, a mianowicie jako:

1) Dziwactwo, względnie obłąd prześladowczy przyrodniczy [fizyczny] *Paraphrenia spuria, respective vera, persecutoria physicalis*.

2) Dziwactwo, względnie obłąd prześladowczy rzeczowy—*realis*.

3) Dziwactwo, względnie obłąd prześladowczy nadprzyrodzony, t. j. powodowany wrzekomo ze strony dobrych lub złych duchów—*daemonalis*.

4) Dziwactwo, względnie obłąd prześladowczy osobowy—*personalis*.

Ostatni rodzaj dziwactwa, względnie obłądu, może znowu w różnej okazać się postaci, i to bardzo, dziwnej jako dziwactwo, względnie obłąd

- a) badania,
- b) szpiegowania,
- c) zapozdawania,
- d) upośledzenia,
- e) gardzenia,
- f) znieważania,
- g) lżenia,
- h) przeklinania i złorzeczenia,
- i) wyszydzania i wyśmiewania,
- k) obmawiania i oczerniania,
- l) dokuczania w różny sposób i robienia na złość,
- m) krzywdzenia,
- n) napastowania,
- o) szkodenia zdrowiu i życiu,
- p) zasadzania się skrytobójczego,
- r) trucia,
- s) niszczenia majątku i dobytku w różny sposób, np. przez kradzież, oszustwo, sprzeniewierzenie się itp.
- t) miłości natrętnej,
- u) mimowolnego nawiedzania,
- w) płciowego obcowania mimowolnego, względnie gwałcenia,
- z) niewiary małżeńskiej itp.

Zazwyczaj rozwijają się wymienione rodzaje dziwactwa, względnie obłądu, kolejno i stopniowo wedle pewnego stałego prawidła i istnieją potem równocześnie w postaci dziwactwa, względnie obłądu mieszanego typowego, *Paraphrenia spuria, respective vera mixta typica*. Często takie mieszane typowe dziwactwo, względnie obłąd, przechodzi kolejno we wszystkie możliwe rodzaje. I tak najpierw okazuje się jako dziwactwo, względnie obłąd czuciowy, ściśle podmiotowy, potem podmiotowo-przedmiotowy, czyli jako dziwactwo, względnie obłąd odnoszenia wszystkich uczuć osobistych do świata zewnętrznego w korzystnym lub niekorzystnym znaczeniu, wreszcie jako dziwactwo,

względnie obłąd przedmiotowo-podmiotowy prześladowczy, odnoszący wszystko w niekorzystnym znaczeniu dla swej osoby, i to w różnych kolejno postaciach jako dziwactwo, względnie obłąd prześladowczy, przyrodniczy, rzeczowy, nadprzyrodzony, w końcu osobowy i to kolejno od a)—s) lub z). Takie dziwactwo, względnie obłąd złożony, typowy okazuje się najpierw w zakresie czucia, potem myśli, a w końcu czynów i staje się bardzo prędko ogólnym. Dziwactwo, względnie obłąd czuciowy przedmiotowy, podniosły, odnoszący wszystkie, zwykle przyjemne, uczucia podmiotowe do korzystnego, względnie przyjaznego działania przedmiotów zewnętrznych na własną osobę, rzadko powstaje samoistnie i pierwotnie, lecz najczęściej wytwarza się z obłądu prześladowczego. Czasami silniejsze złudzenia lub nawet omamy zmysłowe przedmiotowe powodują, że w dalszym przebiegu choroby rozwija się przedmiotowy obłąd wielkości w różnych postaciach, jak:

- a) obłąd pochodzenia ze znakomitego, lub panującego rodu;
- b) obłąd przeznaczenia do odegrania ważnej roli w świecie;
- c) proroczy;
- d) obłąd reformatorski;
- e) obłąd przemieniania się w inną wznioślejszą osobę lub rzecz itp.

Obłądy te mogą niekiedy rozwinąć się samoistnie i istnieć oddzielnie, same dla siebie; częściej atoli łączą się razem, tak że ta sama osoba może kolejno okazywać wszystkie wymienione właśnie rodzaje obłądu wielkości. Niekiedy znowu wytwarza się na tej samej podstawie przedmiotowy obłąd przynębiający, względnie obłąd małości lub przemiany w inną, pogardy godną osobę lub rzecz.

Z urojeń nieokreślonych, czuciowych, podmiotowych, tudzież cierpiennicznych, czyli śleziennicznych, może się niekiedy wytworzyć przedmiotowy obłąd opętania przez złych duchów. W takich razach obłąd prześladowczy osobowy albo wcale się nie rozwija, albo też bywa słabo tylko uwi-

towy unikania, gardzenia i [słusznego] w wyobraźni chorych poniżania; niekiedy zaś powstaje na tle urojeń śle dziennicznych, czyli cierpiennicznych, lub wogóle czuciowych podmiotowych, tylko zmiana poczucia osobistego z odpowiednimi obłędami czysto, podmiotowymi, bez żadnych obłędów przedmiotowych. Tu należy obłęd przemieniania się jakichś osób lub przedmiotów zewnętrznych w inną osobę lub w jakieś zwierzę, roślinę, rzecz, w trupa, ducha itp.

Często z obłędu przemieniania się pierwotnie czysto podmiotowego wytwarza się obłęd przedmiotowy, przemiany tej pod wpływem jakimś obcym, np. na rozkaz Pana Boga, anioła, świętego lub, przeciwnie, na rozkaz szatana, albo też pod wpływem pewnych potężnych i wpływowych osób itp.

Wszystkie przytoczone postaci obłędu prześladowczego od a do z, tudzież obłędu wielkości od a do e mogą być:

α) złudzeniowe, β) omamowe, lub γ) złudzeniowo-omamowe.

Każda z przytoczonych wyżej postaci obłędu lub dziwactwa może być nadto — podobnie jak szal lub zaduma:

A. Wedle przebiegu swego:

1) ostrą *paraphrenia acuta*,

2) przewłoczną " *chronica*,

a w takim razie:

a) ciągle jednostajną " *continua*,

b) zwalniającą " *remittens*,

c) przepuszczającą " *intermittens*

d) powrotną " *recurrens*

seu recidivans,

e) okresową " *periodica*,

f) naprzemienną w połączeniu " *alternans*,
ze szalem i zadumą — *complicata cum hyper-et hypo*

phrenia,

g) kolejną — *paraphrenia chronica circularis*,

B. Wedle sposobu pojawiania się:

1) swoistą albo samoistną, *Paraphrenia idiopathica*,

2) powikłaną " *complicata*,

a w takim razie:



a) powikłaną luźnie i przypadkowo, *Paraphrenia casualiter*,

b) powikłaną ściśle i przyczynowo, *Paraphrenia complicata causaliter*,

c) powikłaną objawowo, *Paraphrenia complicata symptomatologica*,

d) powikłaną współczulnie, *Paraphrenia complicata sympathica*.

e) powikłaną następowo, *Paraphrenia complicata consecutiva sive secundaria*.

Obłęd następowy, tudzież dziwactwo następowe, pojawiają się w przeróżnych swych postaciach dosyć często, a mianowicie:

a) po szale, *Paraphrenia post (maniam) hyperphreniam*.

b) po zadumie *Paraphrenia post (melancholicam) hypophreniam*.

c) po obłędzie ostrym, który zwolna i nieznacznie przechodzi w przewłoczny, rzadko

d) po pomieszaniu ostrem, *Paraphrenia post dysphreniam*.

Ze szału i zadumy wytwarza się obłęd w takim zwyczaj razie, jeżeli do chorób tych przyłączą się znaczniejsze zboczenia w zakresie czucia, a mianowicie złudzenia lub omamy zmysłowe. Ostro i nagle powstały obłęd, początkowo niezupełnie określony, ustala się czasem w pewnej postaci i zmienia się w przewłoczny. W przebiegu pomieszania umysłu ostrego nie rzadko powstaje obłęd przemijający ostry, z którego później wytwarza się obłęd przewłoczny w pewnej stałej postaci. Dziwactwo, ostro powstające i ustępujące po pewnym krótszym lub dłuższym czasie, należy do nadzwyczajnych rzadkości i zazwyczaj bywa w takim razie tylko zapowiedzią mającego się wkrótce rozwinąć obłędu ostrego. Dziwactwo przewłoczne, tak pierwotne, jak i następowe, jest częstym dosyć zboczeniem umysłowem. Pierwsze objawia się zwykle już w bardzo wczesnym wieku; drugie rozwija się po tych samych chorobach, co obłęd następowy. Często także po ustąpieniu

obłądu—zwłaszcza ostrego—utrzymuje się następowo przez krótszy lub dłuższy czas, albo nawet stale, pewne dziwactwo.

Podobnie jak szal i zaduma—ale nierównie częściej, niż obie te choroby umysłowe—może też obłąd powstać z zatrucia różnego rodzaju i na tej podstawie rozróżnić możemy:

1) Obłąd z zatrucia własnego, *Paraphrenia ex intoxicatione autochtona*.

2) Obłąd z zatrucia obcego, *Paraphrenia ex intoxicatione aliena*.

3) Obłąd z zatrucia pasorzytniczego, *Paraphrenia ex intoxicatione parasitica*.

Każdy z tych trzech działów możemy nadto jeszcze szczegółowiej podzielić na różne odpowiednie poddziały.

V.

IV. Niezborność, t. j. bezład, czyli pomieszanie umysłu (*Dysphrenia*, *Perturbatio mentis*, *Verwirrheit*, *Amentia* MEYNERT'a) jest jedną z najczęstszych chorób umysłowych.

Cechą tej choroby jest, jak już sama nazwa wskazuje, niezborność, t. j. bezład, a więc brak związku i łączności odpowiedniej w różnego rodzaju objawach życia umysłowego. Niezborność ta może okazywać różny stopień, stosownie do stopnia rozwoju choroby, i w różnych objawiać się może zakresach i kierunkach życia umysłowego, odpowiednio do rozmiarów, jakie choroba przybrała. Pod tym względem możnaby rozróżnić pomieszanie umysłu ogólne, *Dysphrenia totalis*, i pomieszanie umysłu częściowe, *Dysphrenia partialis*.

Pierwsze zajmuje równomiernie wszystkie zakresy i kierunki życia umysłowego; drugie objawia się głównie w pewnym tylko jednym jakimś zakresie lub kierunku.

Pomieszanie umysłu, tak ogólne, jako też częściowe, wytworzyć się może z różnych powodów i bywa bardzo często objawem samego tylko osłabienia, t. j. niedomogi,

czynności umysłowych, powstającej niekiedy skutkiem niedokrewności ogólnej lub też wyłącznie mózgowej, tak ostrej, jakoteż przewłocznej, lub umysłowego tylko, wycieńczenia i wyczerpania się po nadmiernej i wysiłającej pracy, zwłaszcza wśród braku wzruszeń umysłowych i bezsenności, a nierzadko także skutkiem zbyt rozwiniętych namiętności i powstałych stąd nadużyć w różnych kierunkach, a szczególnie w kierunku płciowym, przy czym samogwałt, w okresie pokwitania nadmiernie używany, pierwszorzędne zajmuje miejsce.

Na tle ogólnego osłabienia i wycieńczenia rozwija się pomieszanie umysłu stosunkowo dosyć często u kobiet w czasie ciąży, połogu i karmienia.

W życiu umysłowym rozróżniamy zazwyczaj trzy główne działy, a mianowicie: I) dział zmysłowy, czyli czuciowy, II) dział duchowy, czyli myślny, t. j. dział świadomości, czyli wiedzy, III) dział ruchowy dowolny, do którego należą wszystkie objawy t. zw. woli. Gdy skutkiem wymienionych wyżej przyczyn dojdzie osłabienie i wycieńczenie ogólne człowieka do zbyt wysokiego stopnia, wówczas powstać musi ogólna niedomoga, t. j. niemoc umysłowa, cechująca się osłabieniem i upośledzeniem wszystkich wogóle czynności umysłowych, a w szczególności także osłabieniem i upośledzeniem lub też zupełnem zniesieniem zdolności należytego łączenia, t. j. kojarzenia w pewną harmonijną całość treściwą różnych objawów życia umysłowego, należących do wspomnianych właśnie trzech działów, a przeto powstanie niezborność, t. j. bezład, czyli pomieszanie umysłu.

Człowiek, dotknięty tą chorobą, odczuwa wprawdzie zapomocą zmysłów swoich różne wrażenia, pochodzące z różnych części jego własnego ciała, tudzież ze świata zewnętrznego, atoli nie potrafi porównać i połączyć odpowiednio, t. j. skojarzyć, tych chwilowo odczuwanych wrażeń zmysłowych z podobnemi wrażeniami, dawniej odczuwanemi i ustalonemi w swym umyśle. Z powodu tego nie zdoła człowiek taki wytworzyć sobie odpowiednich wyobrażeń i myśli, a przeto nie potrafi wyrobić sobie należytej świadomości podmiotowej i przedmiotowej, co okazuje się bra-

kiem należytego poznawania samego siebie i całego świata zewnętrznego, a więc brakiem oryentowania się pod względem stanu osobistego, tudzież otoczenia, przestrzeni i czasu.

Stan taki umysłu powodować musi brak należytego oddziaływania nazewnątrz i sprawia niewłaściwość i dziwaczność ruchów dowolnych, które, skutkiem tego wszystkiego, pozbawione są należytej i świadomej, t. j. umiejętnej, rozumnej i rozważnej podstawy, kierującej je ku pewnemu ściśle określonemu i obmyślonemu celowi. W ten sposób na tle ogólnego osłabienia powstać może ogólna niezborność, t. j. całkowity bezład, względnie zupełne pomieszanie umysłu niedomogowe (*Dysphrenia totalis asthenica*). Chorobę tę nazwać możemy także pomieszaniem umysłu ogólnem, czystem (*Dysphrenia totalis pura*), albowiem, oprócz braku należytej łączności wzajemnej w różnych objawach i czynnościach życia umysłowego, nie znajdujemy w tej chorobie żadnego innego zboczenia. Choroba ta cechuje się brakiem powstawania jakiegokolwiek ściśle określonego i należyście uzasadnionego czucia, jakiegokolwiek ściśle określonej i należyście wyrażonej myśli, tudzież jakiegokolwiek rozmyślnego i celowego działania. Człowiek dotknięty taką chorobą okazuje dlatego niewyraźny, t. j. nieokreślony wyraz twarzy, tak dalece, że nie można po nim poznać, czy się chce cieszyć, czy smucić, śmiać, czy płakać, gniewać się lub lękać itp. Stąd też w obliczu takiego człowieka maluje się zazwyczaj ciągle niepewność, a w minie i w całym zachowaniu się jego uwidocznia się bardzo nieraz dobitnie ciągle wahanie się i niemożność zdecydowania się na wykonanie jakiegokolwiek czynu lub nawet jakiegokolwiek ruchu pewnego i stanowczego. Zobaczywszy np. jakąś osobę, przygląda się jej, ale nie wie, czy ma się do niej zbliżyć, czy też od niej cofnąć, względnie oddalić; czy ma ją przywitać, jako znajomą, czy uważać za nieznaną; czy ma okazać względem niej uprzejmość, czy obojętność, zadowolenie, czy niechęć albo obawę itp. Na widok osób przychodzących robi chory taki zazwyczaj w pierwszej chwili ruch, jakby się chciał do nich zbliżyć i powitać je uprzejmie, i usiłuje nawet wyciągnąć rękę na przywitanie; ale

zanim jeszcze wykona ruch jakiś, odpowiedni ku temu celowi, już zaczyna się cofać, a potem rozgląda się wokoło siebie i w niemem zakłopotaniu spogląda na obecnych, jakby w niepewności swojej żądał od nich wskazówki, co ma zrobić, i jak się zachować w danym wypadku i w danej chwili. Tak samo niepewnie zachowuje się na widok pewnych rzeczy: wyciąga ręce na widok podawanych pokarmów, ale boi się wziąć je do rąk; albo też, wziąwszy je, nie wie, co z nimi robić, i trzyma je przez czas dłuższy z wyrazem niepewności i zakłopotania. Dlatego też często chorego takiego trzeba karmić, sprowadzać i sadzać na stolec, myć, czesać, ubierać i wogóle postępować z nim tak, jak z malutkiem dzieckiem, gdyż on sam tak się zachowuje, jak malutkie dziecko, i wogóle, jak istota pozbawiona zupełnie nie tylko rozumu i rozsądku, ale także wszelkiej świadomości i woli. W tym stopniu choroby okazywać więc będzie pomieszany zupełne prawie podobieństwo do niemowlęcia, względnie małego dziecka kilkumiesięcznego, które przyjmuje wprawdzie i odczuwa różne wrażenia, pochodzące ze świata zewnętrznego, tudzież z różnych części swego własnego ciała i działające na jego zmysły, ale wrażeń tych zrozumieć i pojąć jeszcze nie potrafi.

Różnica między niemowlęciem, względnie małym dzieckiem, a człowiekiem, okazującym przedstawione pomieszanie umysłu, leży w tem, że pierwsze nie mają jeszcze dosyć zebranych i w umyśle ustalonych obrazów zmysłowych, t. j. niemają treścido kojarzenia, i dlatego nie potrafią zrozumieć tego, co w danej chwili przez zmysły odczuwa; drugi zaś nie potrafi zrozumieć chwilowych wrażeń zmysłowych z tego powodu, że nie zdoła ich złączyć w jedną całość treściową z różnymi, obficie w ciągu życia swego nagromadzonymi i ustalonymi w umyśle obrazami zmysłowymi, jakoteż wyobrażeniami, pojęciami i myślami, wytworzonymi przez siebie w różnym czasie, wśród różnych okoliczności. Pierwszym tłoczą się w umyśle naraz rozliczne w danej chwili odczuwane, ale nieznane jeszcze i dlatego niezrozumiałe obrazy zmysłowe; drugiemu, obok niepojętych na razie obrazów zmysłowych, tłoczą się nadto jeszcze równocześnie róż-

norodne, niezliczone, dawniej odczute, ale luźnie i bez związku odpowiedniego się przedstawiające obrazy zmysłowe w ciągu życia nagromadzone i w umyśle ustalone, t. j. zapamiętane, co powoduje, że człowiek dotknięty pomieszaniem umysłu okazuje większy jeszcze zamęt uczuć, wyobrażeń, myśli i czynów, aniżeli niemowlę, względnie małe dziecko.

Z obrazami zmysłowymi łączy się zawsze pewne uczucie, które u niemowlęcia przedstawia się już to jako uczucie obojętne, już to jako uczucie przyjemne, wywołujące uśmiech, już też jako uczucie nieprzyjemne, wywołujące płacz.

U człowieka, dotkniętego pomieszaniem umysłu, budzą się równocześnie z odczuwanymi obrazami zmysłowymi najrozmaitsze uczucia, w ciągu życia otrzymywane, jak uczucie zadowolenia, przyjaźni, miłości, lub też niezadowolenia, nieprzyjaźni, nienawiści albo gniewu, złości, oburzenia, bojaźni, lęku, trwogi itp., a, co jest rzeczą najważniejszą, powstaje także poczucie choroby umysłowej, i dlatego chory taki sam o sobie mówi, że jest wariatem, „ma umysł pomieszany”, „stracił rozum”, „mąci mu się w głowie” itp., gdyż chory taki czuje, że świata zewnętrznego i siebie samego nie poznaje, nie pojmuje i nie rozumie. Zapytany o cokolwiek, albo patrzy zdziwionym i niepewnym wzrokiem na pytającego, jakby go wcale nie rozumiał, i nie odpowiada, albo sili się widocznie na jakąś odpowiedź, lecz nie może się na nią zdobyć, bo nie potrafi myśli swych złączyć odpowiednio i ułożyć w jakieś zdanie. Dlatego nieraz zaczyna coś mówić, lecz nagle urywa w połowie zdania i milczy, albo powtarza ciągle zadane pytanie, zamiast odpowiedzieć na nie, albo nawet powtarza bezmyślnie wyrazy i zdania, wypowiedziane przez inne osoby otaczające, a nie mające żadnego zupełnego związku z zadaniem pytaniem, lub też bredzi bez sensu, wymawiając wyrazy, które mu przypadkowo na myśl przyjdą; niekiedy znowu szepcze coś niezrozumiale lub też zbywa wszystkie zadawane pytania jedną stereotypową odpowiedzią: „nie wiem”, „nie pamiętam”, dodając nieraz przytem wyrazy: „ja nic nie

wiem, nie nie pamiętam, nie mam rozumu, straciłem pamięć i rozum" itp. Chory taki nie potrafi często podać swego nazwiska, nie wie, czy jest żonatym, czy nie, czy ma dzieci, skąd jest, czym jest; nie potrafi podać imion swych dzieci ani nazwisk najbliższych swych krewnych, przyjaciół, znajomych itp.

Niekiedy nie poznaje ich nawet, gdyż z obrazem zmysłowym tych osób nie kojarzą się w umyśle jego te uczucia, jakich dawniej zawsze doznawał, przy tej sposobności, t. j. na widok tych osób.

Poczucie stanu chorobowego swego umysłu i niemożność oryentowania się w otoczeniu powoduje często przykre bardzo niezadowolenie i smutek, połączony nie rzadko z płaczem, tudzież wielką lęklivością nieokreśloną, która nie pochodzi, wedle MEYNERT'a, od połączenia licznych obrazów kory mózgowej, potęgującego się aż do wywołania uczucia trwogi, bo to w tej chorobie, cechującej się niemożnością tworzenia należytych wyobrażeń i myśli jest rzeczą niemożliwą. Lęklivość ta pochodzi od czynności ośrodków podkorowych mózgu i jest skutkiem podrażnienia naczynioruchowego, a przeto jest wynikiem zwężenia się naczyń w rdzeniu przedłużonym i wywołania w ośrodku oddechowym zatrważającej duszności, t. j. dyspnoetycznej fazy. Lęklivość taka pochodzi też często stąd, że chory czuje, iż stracił rozum i dawną świadomość i popadł w ciężką chorobę umysłową, która nie pozwala mu zrozumieć tego, co się dzieje z nim i około niego, a to uczucie napawa go obawą, że go spotkać może jeszcze coś gorszego i straszniejszego. Z tych powodów, obok ogólnej niepewności i niemożności zdecydowania się na cośkolwiek, okazuje się często w tej chorobie ciągła płaczliwość i lęklivość. Niekiedy, obok niepewności, widzimy wyraźny lęk i obawę przed wykonaniem jakiegokolwiek czynu, a nawet ruchu, nie tylko czynnego, ale też biernego. Chorzy tacy stoją zazwyczaj na jednym miejscu mniej lub więcej skuleni i, spoglądając trwożliwie wokoło siebie, nie chcą sami i nie pozwalają innym ruszyć się z miejsca i nie dają się ani posadzić, ani położyć, ani ubrać, ani rozebrać, ani prowadzić gdzie-

kolwiek itp. Gdy się je przemocą posadzi albo położy, stawiają potem podobny opór przy wszelkiem biernem usiłowaniu wyprowadzenia ich z tego położenia w jakiegokolwiek inne.

Chorzy tacy nie chcą zazwyczaj nie jadać i stawiają silny opór przy karmieniu ich przemocą; często też zatrzymują w sobie mocz i kał przez czas dłuższy i oddają go potem pod siebie, bo na stolec nie dają się prowadzić, a, zaprowadzeni przemocą, nie oddają tam swoich potrzeb. Tę postać chorobową można nazwać pomieszaniem umysłu z lękiem upornym, *Dysphrenia anxiosa resistans*. Przechodzi ona często po krótszym lub dłuższym czasie w osłupienie (*stupor*). Zamiast skreślonych właśnie objawów, t. j. ogólnej niepewności i widocznego braku, powstawania jakiegokolwiek wyraźnych uczuć prócz lęku nieokreślonego i jakiegokolwiek wyraźnych myśli tudzież czynów celowych, widzimy niekiedy w przebiegu pomieszania umysłu ciągłą zmienność w zachowaniu się chorego, co dochodzi często do tego stopnia, że ten sam chory co chwilę inny przedstawia nastrój, inny przybiera wyraz twarzy, inne wyjawia myśli, inne okazuje ruchy i czyny; a zmiany te tak szybko po sobie następują, że nie tylko osoby otaczające nie mogą zrozumieć tego wszystkiego, co się w umyśle chorego dzieje, ale on sam także siebie nie pojmuje, gdyż zaledwie jakieś poczucie, względnie uczucie, zaczęło się w umyśle jego wyraźniej objawiać, już tworzy się inne, często wprost sprzeczne z poprzednim, a to samo dzieje się też i z wyobrażeniami, myślami, żądzami, dążnościami, popędami i czynami.

Tę postać niezdolności, czyli bezładu umysłowego, która cechuje się wspomnianą właśnie ciągłą zmiennością uczuć, wyobrażeń, myśli, żądz, dążności, popędów i czynów tudzież ogólnego nastroju, zwiemy pomieszaniem umysłu pojedynczem, ogólnem, zmiennem, nieregularnem (*Dysphrenia simplex, totalis, mutans, irregularis*).

W chorobie tej następuje często po przelotnym uśmiechu nagle krótki płacz, który zazwyczaj nie ma żadnej zewnętrznej podstawy, tak samo, jak wybuchający potem nagle gniew lub niezwykła czułość albo też lęk nieuzasad-

niony. Uczucie ma wogóle rzadko bardzo rzeczywistą podstawę, lecz występuje bez powodu, chory sam nie wie dlaczego; natomiast płacz powstaje często z tego powodu, że chory czuje, iż umysł jego jest pomieszany, co nawet na szczycie choroby daje się zauważyć, i chory, jak to już wspomniałem, sam często mówi, że ma pomieszanie umysłu, bo nie pojmuje tego, co się z nim i około niego dzieje, a wszystko, co widzi i słyszy, i wogóle, co zmysłami swymi spostrzega, bardzo dziwnem i niezrozumiałem mu się wydaje.

Objawy lęku i trwogi mieszają się bezładnie z obojętnym, a nawet wesołym i uszczęśliwionym wyrazem twarzy, a za chwilę przechodzą bez widocznego powodu w wybuchy niezadowolenia, oburzenia i gniewu, łączącego się niekiedy nawet z popędem do czynów gwałtownych i żądzę niszczenia wszystkiego wokoło siebie, aby zaraz potem zmienić się w płaczliwość lub obraz rozpaczcy lub też innego jakiegoś uczucia, albo nawet w chwilowe odrętwienie i osłupienie. Czasem bardzo ruchliwi i gadatliwi chorzy stają się nagle nieruchomymi i milczącymi, albo powtarzają ciągle przez dłuższy czas pojedyncze zdania lub wyrazy pojedyncze, nie mające żadnego związku ze sobą; niekiedy nawiązują mowę do wyrazów przelotnie lub chwilowo, słyszanych, zmieniają je czasem lub dobierają do nich rymów; albo też rozmawiają tylko na migi i przyjmują najdziwaczniejsze postawy i miny. Za chwilę—niekiedy zaś dopiero po dłuższym czasie—znowu całkowicie w swem zachowaniu się zmieniają. Raz siedzą lub leżą beczynn timer, obojętni na wszystko, co ich otacza, to znowu zrywają się bez powodu i rzucają się na osoby otaczające albo na jakieś rzeczy, potem wykrzykują, wyśpiewują, śmieją się, płaczą, tańczą, skaczą weseli i pewni siebie, a po chwili stają się trwożliwymi, kryją się po kątach, włączają pod łóżka i stoły, by stamtąd znowu znienacka wyskoczyć. Niekiedy wykonywują chorzy bardzo liczne i różnorodne ruchy zupełnie bezmyślnie i bezcelowo, np. wskakują na ławki, krzesła, stoły i inne sprzęty domowe, wspinają się na drzwi i okna, szafy, piece, względnie drzewa, płoty, parkany, mury;

chwyatają i odrzucają lub przewracają różne przedmioty, albo je obejmują, całują i ściskają lub gryzą, szarpią, rozrywają, łamią i druzgocą, skaczą na jednej nodze, lub obracają się w kółko, stojąc na jednym miejscu, albo też wywracają kozły, stają dęba na głowie, tarzają się po podłodze w różnych kierunkach i w najrozmaitszy sposób wśród najróżnorodniejszej i najdziwaczniejszej mimiki i gestykulacyi. Niekiedy znowu ryczą, wyją, jęczą, szczekają, klaszczą godzinami w dłonie lub biją rękami i nogami o drzwi, ściany, podłogi lub sprzęty domowe itp. itp., albo też je całują i liżą lub dotykają palcami swymi różnych przedmiotów, a potem palce te liżą i całują. Niekiedy okazują więcej złożone ruchy, np. otwierają nagle drzwi, idą kilka kroków naprzód, potem tyleż w tył, wykręcają się na progu lub kłaniają się, obracają się w kółko przez pewien czas, a potem znowu drzwi zamykają i robią co innego. Wogóle nie zachowują się jak ludzie, kierujący się jakąkolwiek myślą i zdążający w czynach swych do jakiegokolwiek celu, lecz robią wszystko bezmyślnie i bezcelowo. I tak np. odrzucają naczynia stołowe, pokarmy wyrzucają na stół lub nawet na podłogę, a potem kładą się obok nich i, leżąc, wprost ustami je zbierają i zjadają, podobnie jak zwierzęta, lub jedzą pokarmy palcami zamiast łyżką, nożem lub łyżką, zamiast widelcem; albo też, zamiast zwykłych przyrządów, sporządzają sobie inne z drzewa, grubego papieru itp. lub używają do jedzenia zwykłych patyków i trzasek, często powalanych brudem, błotem lub kałem itp. Często chorzy tacy przyozdabiają się łachmanami, papierkami, piórkami, liśćmi, kwiatami; smarują się węglem, popiołem, kałem kurzym, śmieciem, pokarmami lub mieszają to wszystko razem i tem się nacierają, albo nawet mieszaninę taką zjadają; niekiedy sypią śmieci, sieczkę, trociny, piasek lub dodają najrozmaitszych i często najobrzydliwszych rzeczy do pokarmów i tak razem to wszystko potem spożywają itp. itp.

Wszystko to robią więc chorzy ci bezmyślnie i czysto popędowo, sami nie wiedząc dlaczego. Niekiedy naśladują zachowywanie się osób otaczających, a szczególnie obłąka-

nych, wśród których chwilowo się znajdują, ale w naśladownictwie tem zdradzają zupełną bezmyślność, gdyż naśladowują—nieraz równocześnie prawie—zachowywanie się kilku różnych osób, z których każda w danej chwili odmiennie się przedstawia.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje ta okoliczność, że w pomieszaniu umysłu ogólnem, zmiennem, nieregularnem bywa zmiennem także nasilenie chorobowe, i dlatego zdarza się w tej chorobie nieraz, że chorzy, zachowujący się w pewnej chwili rażąco bezmyślnie i niedorzecznie, mogą wkrótce potem zachowywać się, a nawet rozmawiać dość rozsądnie przez czas pewien, a następnie popadają znowu w bezmyślność i dziwactwo niedorzeczne i ani w danej chwili, ani też później, w czasie odzyskania częściowo lub całkowicie swego rozsądku i rozumu, nie potrafią wyjaśnić i uzasadnić swego poprzedniego rażąco dziwaczного i niedorzecznego postępowania, co dowodzi, że robią wszystko bezmyślnie i popędowo, sami nie wiedząc dlaczego. Niekiedy można od niektórych chorych otrzymać na pytanie, dlaczego tak się zachowują, odpowiedź: „Bóg tak chce“, lub wyznanie, że jakaś nieprzeczwyciężona moc i siła prze ich do wykonywania tych czynów, mimo ich chęci i woli, albowież oświadczenie, że, straciwszy rozum, muszą postępować nierozumnie; lub, że będąc między waryatami, muszą zachowywać się po waryacku. Ostatnią odpowiedź otrzymuje się najczęściej od chorych, którzy naśladowają bezmyślnie zachowywanie się otaczających ich osób obłąkanych.

W mniejszym stopniu nasilenia chorobowego nie widzimy u chorych, cierpiących na pomieszanie umysłu, zupełnego braku łączności między różnymi objawami życia umysłowego, ale tylko upośledzenie tej łączności, względnie łączność niedostateczną lub nienależytą i niewłaściwą, co powoduje, że chorzy ci nie pojmują należycie przymiotów zewnętrznych osób i rzeczy otaczających i biorą je dlatego za całkiem inne osoby lub rzeczy, których znaczenia chorzy albo wcale nie pojmują, albo też je sobie przedstawiają błędnie, t. j. niezgodnie z rzeczywistością. Niejeden chory np. na widok stetoskopu, z którym lekarz do nie-

go się zbliża, zaczyna krzyczeć i chce uciekać, a przytrzymany wyrywa się gwałtownie, bijąc, kopiąc i kłusując osoby przytrzymujące go, przyczem okazuje tak silny niepokój i lęk i broni się tak rozpaczliwie, jak gdyby znajdował się w jakimś wielkiem, życiu jego zagrażającym niebezpieczeństwie, a więc, jak gdyby uważał ten stetoskop za jakieś straszne narzędzie mordercze.

Z powodu takiego niepokoju i lęku rozpaczliwego, występującego nieraz już na samo zbliżenie się którejś z osób otaczających do chorego, bywa zbadanie jego dokładniejsze często rzeczą niemożliwą. Lęk taki, w przeciwieństwie do wspomnianego wyżej lęku nieokreślonego, zwiemy lękiem prześladowczym, albowiem równocześnie z tym lękiem powstaje uczucie grożącego jakiegoś wielkiego niebezpieczeństwa ze strony otoczenia, które choremu wydaje się nieprzyjaznem i wrogiem, a przeto groźnem w wysokim stopniu dla jego osoby. Niekiedy zauważyć można, że chorzy tacy okazują niepokój i lęk prześladowczy, a więc niechęć i odrazę tylko na widok pewnych osób, i dlatego stronią i uciekają od nich, podczas gdy na widok innych, chociaż zupełnie obcych osób, okazują nawet pewną radość i zadowolenie, czują do nich dziwny i niewytłómaczony pociąg i usiłują zaprzyjaźnić się z nimi, a nawet tulą się do nich, jakby szukali u nich pomocy i opieki przed możliwem niebezpieczeństwem, zagrażającym im wrzekomo ze strony innych osób. Czasami znowu okazują widoczną ciągłą zmianę swych uczuć i stronią od tych osób, do których przed chwilą się tulili, a uciekają się pod opiekę tych, których poprzednio się lękali. Niekiedy znowu zachowują się ci chorzy tak, jak gdyby uważali wszystkie lub tylko niektóre osoby otaczające za jakieś istoty nadzwyczajne, i dlatego klękają przed nimi, oddają im niezwykle hołd i szacunek, całują je po rękach i nogach lub po szatach, biją przed nimi pokłony, kładą się krzyżem u ich stóp, twarzą zwróconą ku ziemi itp.

Po chwili okazują to samo względem innych osób, a względem pierwszych coś innego i często wprost przeciw-

nie wobec nich się zachowują, niż poprzednio; np. plują na nie, miotają obelgi, przekleństwa i złorzeczenia, usiłują bić, kopać lub kasać itp.

W podobnie zmienny i często rażąco dziwaczny i niewłaściwy sposób zachowują się także względem zwierząt różnego rodzaju, a nawet względem rzeczy martwych, do których nieraz zwracają się z jakąś mową lub prośbą itp.

Zachowanie się takie chorych, cierpiących na pomieszanie umysłu, dowodzi, że ulegają oni różnym, zmiennym ciągle złudzeniom zmysłowym i skutkiem tego wyobrażają sobie co chwilę inaczej to, co spostrzegają, a zawsze błędne i niewłaściwe tworzą sobie pojęcia o świecie zewnętrznym. To samo tyczyć się może także wyobrażeń i uczuć czysto osobistych, odnoszących się do ich własnej osoby, i dlatego mogą sobie samych co chwilę uważać za zupełnie inną osobę, a nawet za rzecz jakąś żywotną lub nawet martwą i stąd co chwilę inaczej się zachowywać, odpowiednio do chwilowo i przelotnie występującego w nich uczucia, względnie poczucia osobistego. Zmiany te w uczuciach, wyobrażeniach, myślach, żądзах, dążnościach i czynach chorych następują zazwyczaj tak szybko po sobie, że nie dadzą się ująć w żaden związek treściwy. Pochodzi to stąd, że z powodu niemożności należytego łączenia czyli kojarzenia wrażeń świeżo odczuwanych z wrażeniami dawniej odczutymi i ustalonymi w umyśle, t. j. zapamiętanymi, tworzą się wyobrażenia i myśli nowe zbyt szybko na podstawie zbyt pobieżnego spostrzegania i bardzo niedostatecznej rozważi, pozbawionej wszelkiej krytyki i rozsądku. Ta pobieżność i ten zbyt pośpiech w ocenianiu siebie samego i całego świata zewnętrznego, obok ciągle nowych wrażeń podmiotowych i przedmiotowych, sprawiają, że zaledwie jakieś uczucie lub wyobrażenie, względnie myśl jakaś, wyraźniej zacznie się przedstawiać w umyśle tych chorych, powstaje już nowe jakieś uczucie i wyobrażenie, często nie licujące, nawet sprzeczne z poprzednim, i to właśnie daje powód do ciągłej zmiany w żądзах, dążnościach, czynach, a więc w całym zachowaniu się, które nigdy nie może dojść do tego stopnia jednolitości, by mogło

być skierowaniem do jakiegoś ściśle określonego celu. Zbyt pobieżne i zbyt powierzchowne spostrzeganie bywa nieraz powodem pojawiania się złudzeń zmysłowych nawet u osób zdrowych na umyśle, co tem łatwiej powstać może u osób chorych, pozbawionych wszelkiej rozważki, krytyki i rozsądku.

Dlatego też złudzenia zmysłowe najrozmaitszej treści i najrozmaitszego rodzaju są bardzo częstem zjawiskiem u osób cierpiących na pomieszanie umysłu i okazywać się mogą w zakresie różnych, niekiedy nawet wszystkich prawie zmysłów, już to równocześnie, już też kolejno, a to daje powód do większej jeszcze zmiany w zewnętrznych objawach chorobowych, niż się to okazuje w pomieszaniu umysłu bez złudzeń zmysłowych.

Zbyt częste i liczne złudzenia zmysłowe nadają tej chorobie zupełnie odrębną cechę, i dla tego postać tę wyróżnić można od innych i oznaczyć nazwą pomieszania umysłu złudzeniowego (*Dysphrenia illusoria*). Postać ta chorobowa cechuje się tem, że zdolność kojarzenia umysłowego nie jest w niej tak całkowicie zniesioną, jak to zazwyczaj bywa w czystym pomieszanu umysłu niedomogowem, ale okazuje się tylko upośledzoną w wyższym lub niższym stopniu. Dlatego też myślenie nie jest w tej chorobie zniesieniem całkowicie, lecz tylko upośledzonym mniej lub więcej. Zauważyć można nawet chwilami pewien związek między czuciem, myśleniem i działaniem, jakkolwiek czucie to, myślenie i działanie jest błędne i nie odpowiada rzeczywistości. Z tego powodu choroba ta okazuje niekiedy pewne podobieństwo do obłądu (*Paraphrenia*), a różni się od niego głównie nadzwyczaj wielką niestałością i zmiennością. Obłąd może być wprawdzie także zmiennym, ale zmienność ta występuje rzadko i okazuje pewną prawidłowość i podstawę, a w każdym razie między czuciem, myśleniem i działaniem widzimy w obłądzie zawsze bardzo ścisły i należyty związek, podczas gdy w pomieszaniu umysłu złudzeniowym związek ten jest zawsze upośledzonym w mniejszym lub większym stopniu tak dalece, że niezborność,

czyli bezład umysłowy, stanowi zawsze główne tło chorobowe i przeważa znacznie nad innymi objawami.

Jeżeli obok miernej nieźorności, t. j. bezładu niezbyt wielkiego, okazywać się będą głównie zmienne obłądy różnego rodzaju, wówczas nazwać możemy tę chorobę obłądem złudzeniowym, nieźornym, czyli bezładnym (*Paraphrenia illusoria dysnoica*). Gdy zaś obok zmiennych obłądów różnego rodzaju istnieć będzie nieźorność, czyli bezład umysłowy w tak wysokim stopniu, że górować będzie nad wszystkimi innymi objawami w ciągu całego przebiegu choroby, wówczas oznaczyć ją możemy mianem pomieszania umysłu złudzeniowego obłądowego (*Dysphrenia illusoria paranoica*). MEYNERT nazywa tę chorobę pomieszaniem umysłu złożonym (*zusammengesetzte Amentia*) i zwraca szczególniejszą uwagę na wielką zmięność i różnorodność objawów zewnętrznych, występujących zawsze w ciągu jej przebiegu. Nieźorność umysłu łączyć się może nie tylko z obłądem, ale z innymi jeszcze chorobami umysłowymi, a przeto t. zw. pomieszanie umysłu złożone w różnej bar-dzo okazywać się może postaci, o czem później jeszcze mówić mi wypadnie. Tu wspomnieć jednak muszę, że największa zmięność i różnorodność objawów chorobowych występuje w pomieszaniu umysłu, tak pojedynczym, jakoteż złożonym, wówczas gdy, obok złudzeń zmysłowych, wystąpią na jaw i omamy zmysłowe, z którymi dosyć często spotkać się można w przebiegu różnych chorób umysłowych.

Omamy zmysłowe okazują się niekiedy tylko przelotnie, a wtedy opisane wyżej objawy chorobowe nieznacznej tylko ulegają zmianie. Inaczej rzecz się przedstawia, jeżeli omamy zmysłowe stale w ciągu całego przebiegu choroby okazywać się będą lub, co ważniejsza, jeżeli przeważać będą nad wszystkimi innymi objawami chorobowymi. Złudzenia powstają skutkiem mylnie zrozumianych rzeczy w istnych wrażeniach zmysłowych, podczas gdy omamy są wyłącznym płodem schorzonego umysłu i dają powód do tworzenia się wyobrażeń, nie mających nic wspólnego z rzeczywistością i wcale od niej niezależnych, a mimo to

uważanych przez chorych za rzeczywistość i ściśle, chociaż zupełnie niewłaściwie, z nią łączonych. Dlatego też omamy zmysłowe zmieniają często zasadniczy obraz pomieszania umysłu i nadają mu zupełnie odrębną cechę, na której podstawie możemy chorobę taką wyłączyć od innych i osobno wyróżnić pod nazwą pomieszania umysłu omamowego (*Dysphrenia hallucinatoria*).

Omamy zmysłowe jednakowej postaci i tej samej treści, okazujące się nieraz przy zupełnie utrzymanej świadomości podmiotowej i przedmiotowej, prowadzą zawsze do błędnych wyobrażeń i myśli w pewnym, jednym tylko kierunku się okazujących. Przeto powodują one tworzenie się pewnych stałych urojeń i obłądów. Omamy różnego rodzaju i różnej, a zwłaszcza zmiennej, treści dają zawsze powód do wytwarzania się niezborności, czyli bezładu umysłowego w mniejszym lub większym stopniu, a to dlatego, że na ich podstawie tworzą się liczne i różnorodne, a przy tem często zmienne wyobrażenia, nie licujące, a często nawet sprzeczne zupełnie z rzeczywistością równocześnie spostrzeganą, co sprawiać musi wielki zamęt w uczuciach, wyobrażeniach i myślach, a w następstwie tego zamęt w żądzach, dążnościach i czynach. W ocenianiu różnych objawów chorobowych należy zawsze to mieć na uwadze, że w pomieszaniu umysłu jest zachowaną - chociaż niekiedy mniej lub więcej upośledzoną - przytomność umysłu, t. j. zdolność odbierania i odczuwania różnych wrażeń zmysłowych, pochodzących ze świata zewnętrznego i z różnych części własnego ciała chorych, a przeto człowiek, znajdujący się w takim stanie umysłu, chociażby nawet miał należyłą świadomość i należycie utrzymane wszystkie swe władze umysłowe, a więc chociażby zdolnym był myśleć i rozważać należycie wszystko, co zmysłami swymi spostrzega, jednakże nie zdoła zrozumieć tego, co się z nim i dokoła niego dzieje, jeżeli, obok zwykłych wrażeń zmysłowych, doznawać będzie także równocześnie tak samo wyraźnych i silnych, a bardzo licznych i ciągle zmiennych uczuć omamowych, nie będących w żadnym związku z wrażeniami, pochodzącymi ze świata zewnętrznego.

Gdy omamy będą chwilowo mniej nasilonemi i rzadko, albo też w jednej i tej samej postaci przez dłuższy czas będą występowały, wówczas dadzą powód do wytwarzania się pewnych urojeń i obłądów, dłuższy czas stale się utrzymujących. To samo się okaże też, gdy chorzy ulegać będą nie omamom, lecz złudzeniom miernym tej samej treści.

Pomieszanie umysłu omamowe może przeto mieć podobieństwo do pomieszania umysłu złudzeniowego, a niekiedy obie te postaci chorobowe łączą się razem, tworząc pomieszanie umysłu złudzeniowo-omamowe (*Dysphrenia illusorio-hallucinatoria*). Gdy omamy lub złudzenia zmysłowe będą bardzo liczne i często zmienne, wówczas staną się dla chorego niezrozumiałemi i wytworzą niezborność umysłu większego lub mniejszego stopnia, czyli wywołają pomieszanie umysłu omamowe, względnie złudzeniowe lub złudzeniowo-omamowe.

Z tego wynika, że, w miarę nasilenia choroby, okazywać się mogą czasami tylko pewne urojenia, względnie obłądy, utrzymujące się stale przez krótszy lub dłuższy czas albo też zmieniające się co chwilę i potęgujące się aż do zupełnej niezborności umysłowej, która znowu, w miarę nasilenia choroby, może być tylko chwilową i przemijającą, albo też przez dłuższy czas się utrzymującą. Pomieszanie umysłu złudzeniowo-omamowe przedstawiać przeto będzie większą jeszcze różnorodność i zmienność objawów, niż zwykle lub złudzeniowe tylko pomieszanie umysłu, albowiem łączyć będzie niezborność umysłu z obłądami najrozmaitszymi, ciągle zmiennymi, częścią pochodzącymi ze źle zrozumianej rzeczywistości, częścią zaś z rzeczywistością nie wspólnego nie mającymi, bo od niej wcale niezależnymi.

Jeżeli w chorobie tej obok miernej niezborności, t. j. bezładu niezbyt wielkiego, okazywać się będą głównie zmienne obłądy różnego rodzaju, wówczas nazwać możemy tę chorobę obłądem złudzeniowo omamowym niezbornym, czyli bezładnym (*Paraphrenia illusorio-hallucinatoria dysnoica*). Gdy zaś, obok zmiennych obłądów różnego rodzaju, istnieć będzie niezborność, czyli bezład umysłowy w tak

wysokim stopniu, że górować będzie nad wszystkimi innymi objawami, wówczas chorobę tę nazwać możemy pomieszaniem umysłu obłądowem złudzeniowo-omamowem (*Dysphrenia paranoica illusorio-hallucinatoria*).

O obłądzie zbornym złudzeniowo-omamowym, tak stałym, jakoteż zmiennym, mówiłem już wyżej na innem miejscu; tu muszę zwrócić jeszcze uwagę na tę okoliczność, że obłąd złudzeniowo-omamowy zborny stały, utrzymujący się przez czas dłuższy ciągle w jednej i tej samej postaci, może stać się zmiennym, nie tracąc pierwotnej zborności, gdy treść złudzeń i omamów zacznie się zmieniać. Zmienny zaś obłąd złudzeniowo-omamowy zborny może następnie łatwo wyrodzić się w niezborny, a nawet przejść w pomieszanie umysłu obłądowe, gdy złudzenia i omamy staną się zbyt silne, liczne i zmienne. Z drugiej strony może na tej samej podstawie pomieszanie umysłu złudzeniowo-omamowe obłądowe przejść w obłąd zmienny bezładny, t. j. niezborny, później zborny, zmienny, a wreszcie w obłąd zborny stały, gdy zmienność i nasilenie złudzeń i omamów się zmniejszy i gdy one w końcu zaczną się okazywać w jednej tylko jakiejś stałej postaci.

Złudzenia i omamy zmysłowe wystąpić mogą niekiedy chwilowo i przemijająco u osób zupełnie zdrowych na umyśle skutkiem jakichś chwilowych i przemijających zaburzeń w ustroju, wywołanych silnem wzruszeniem umysłowem, nadmierną i wycieńczającą pracą umysłową lub cielesną, zwłaszcza przy równoczesnem złem i niedostatecznem odżywianiu się, ostrą niedokrewnością, powstałą po krwotokach, zatruciem własnem, obcem lub pasorzytniczem itp. Częściej jeszcze występować mogą złudzenia i omamy zmysłowe z tych samych powodów u osób umysłowo chorych, cierpiących na szal, zadumę, obłąd lub zwykłe pomieszanie umysłu. Niekiedy pojawiają się złudzenia i omamy zmysłowe przemijająco samoistnie bez żadnej widocznej i wy badać się dającej przyczyny, a w takich razach, w miarę nasilenia, stałości lub zmienności tych złudzeń i omamów, powstanie przemijający obłąd zborny stały lub zmienny, albo też obłąd niezborny lub nawet przemijające po-

mieszanie umysłu obłądowe złudzeniowo-omamowe. Tak samo przemijająco wystąpić może niekiedy czysta niezborność umysłu, względnie czyste, jakoteż złudzeniowe pomieszanie umysłu, a nawet czysty lub złudzeniowy — nie o m a m o w y — obłąd zborny stały lub zmienny. Takie przemijające, t. j. bardzo krótko, niekiedy zaledwie kilka godzin lub kilka dni trwające choroby umysłowe, czy to samoistnie, czy też objawowe lub współczulne, albo też z jakiegoś zatrucia lub z innej przyczyny pochodzące, mają bardzo ważne znaczenie, zwłaszcza w medycynie sądowej, gdyż pojawiają się niekiedy nagle u osób dotychczas zupełnie zdrowych na umyśle i mają skłonność do nawrotów, t. j. okazują się potem kilkakrotnie u tej samej osoby, już to w nieregularnych, już też regularnych odstępach czasu.

Pomieszanie, czyli niezborność, t. j. bezład umysłu łączyć się może, jak już zaznaczyłem, z różnemi chorobami umysłowemi. O pomieszaniu umysłu, połączonem z obłądem, mówiłem wyżej; obecnie wspomnieć muszę, że często bardzo łączy się pomieszanie umysłu już to z podnieceniem, względnie szaleem, już też z przygnębieniem, względnie zadumą, a nawet z obydwojema temi chorobami naprzemian, a, oprócz tego, jeszcze z obłądem. W takim, wielokrotnie złożonem, pomieszaniu umysłu widzieć możemy raz bardzo wielki nadmiar najrozmaitszego rodzaju ruchów bezładnych, bezmyślnych i bezcelowych, a więc nadmierną ruchliwość t. j. bezmyślną i bezcelową, a równocześnie takąż gadatliwość, pozbawioną wszelkiego związku logicznego, potem znowu umiarkowaną ruchliwość i gadatliwość obok różnych i zmiennych obłądów, przeważnie niezbornych; a po pewnym czasie upośledzenie, a nawet większy lub mniejszy zastój wszystkich prawie czynności umysłowych, dochodzący do tego stopnia, że życie umysłowe zewnętrznie wcale prawie objawiać się nie będzie. W ostatnim razie otrzymamy obraz t. zw. osłupienia (*Stupor*), przyczem wstrzymane bywają wszelkie ruchy dowolne, a więc i mowa przez czas krótszy lub dłuższy, do tego stopnia, że chorzy leżą bezwładni i odrętwiali w niemem ciągle pograżeni milczeniu

całemi tygodniami i miesiącami, a w wyjątkowych razach nawet całemi latami.

W tym stanie nawet i wrażliwość zmysłowa jest wielce upośledzoną, a tworzenie wyobrażeń i myśli bywa często prawie całkiem wstrzymane. Ten stan nazywamy pomieszaniem umysłu z osłupieniem (*Dysphrenia stuporosa*), które dojść może w końcu do zupełnego zastoju wszelkich czynności umysłowych, t. j. do bezmysłu, *Aphrenia*.

Dawniejsi autorowie zaliczali ten stan do zadumy i nazywali go zadumą z osłupieniem lub zadumą odrętwiałą albo bezsilną, *Melancholia cum stupore, vel Melancholia attonita*.

Z braku ruchów dowolnych większego lub mniejszego stopnia musimy wnosić o braku większym lub mniejszym odpowiednich myśli. Chorzy po wyzdrowieniu sami często przyznają, że w czasie osłupienia żadnych myśli nie mieli. Osłupienie nazwaćby można ogólnem porażeniem umysłowem; jest to odrętwienie ogólne, jakby od rażenia piorunem pochodzące. Nie chodzi tu jednak o wybitne zmiany anatomiczne, lecz tylko o zaburzenia odżywcze w komórkach mózgowych, które przez to utraciły zdolność do sprawowania swej czynności. Osłupienie w przebiegu pomieszania umysłu jest zupełnie czem innem, jak podobne objawy zupełnego wstrzymania myśli i odpowiednich ruchów dowolnych w zadumie. Jeżeli w osłupieniu, okazującym się w przebiegu pomieszania umysłu, przychodzi do jakichś objawów ruchowych, to spostrzegać się daje najczęściej lekkie uśmiechanie się. W prawdziwej zadumie nigdy uśmiechu nie widzimy, a tembardziej widzieć go nie możemy, gdy chorzy są w stanie tak silnego przynębienia, że występuje u nich stan odrętwienia, t. j. zupełne wstrzymanie mowy [rzadko także i myśli] i odpowiednich ruchów dowolnych.

Osłupienie wystąpić może niekiedy odrazu zaraz z początku choroby, częściej jednakże jest ono wynikiem wyczerpania się sił po poprzednim napadzie silnego podniecenia z ciągłym bredzeniem i nieustannem gwałtownym wykonywaniem najdziwaczniejszych ruchów bezmyślnych, i to

często wśród uporczywego jadłowstrętu i uporczywej bezsenności. Wraz ze wstrzymaniem wykonywania ruchów idzie zazwyczaj w parze brak należytego przewodnictwa w zakresie czucia umysłowego, które dlatego okazuje się często w tej postaci chorobowej upośledzonym w mniejszym lub większym stopniu. Częstym dosyć objawem przy osłupieniu jest bierna sztywność mięśni, *katalepsia*, zwana także podatnością woskową, *flexibilitas cerea*; rzadszym czynną sztywność mięśni, t. j. katatonia większego, lub mniejszego stopnia. Niekiedy zaś widzimy zupełny bezwład mięśni, które pozbawione są czasowo całkowicie swej kurczliwości. Objaw ten możemy nazwać bezsilnością mięśni, *atonia*, przyczem chorzy okazują się biernymi w całym tego słowa znaczeniu.

Ustanie myślenia w osłupieniu nie zawsze bywa zupełnem, a w ślad zatem i wykonywanie ruchów nie zawsze dochodzi do tego stopnia, w którym chorzy leżą zupełnie odrętwiali nieruchomo i bezwładnie na grzbiecie lub też na boku, lekko skuleni, jedzenia sami nie przyjmują, moczu i kału oddają pod siebie itd. Myśli i ruchy mogą tylko uleżeć wielkiemu ograniczeniu i dojść do ciągłego powtarzania tych samych zdań lub wyrazów, co zwiemy *Verbigeratio*, lub do wykonywania tych samych, ciągle powtarzających się ruchów, np. kiwania się, chodzenia tam i napowrót itp.

Rzadko się zdarza, żeby pomieszanie umysłu przez cały ciąg choroby łączyło się z samem tylko podnieceniem, lub samem tylko przygnębieniem, potęgującym się aż do osłupienia. Częściej zdarza się, że obie te złożone postacie pomieszania mieszają się i łączą razem ze sobą, tworząc obraz chorobowy, który najodpowiedniej nazwać by można pomieszaniem umysłu złożonem zmiennem (*Dysphrenia composita mutans*). W tem zmiennem pomieszaniu umysłu złożonem spostrzegać się dają niekiedy wszystkie możliwe objawy chorobowe: raz zamieszanie z lękiem i trwogą, to znowu podniecenie bezmyślne takiego stopnia, że je możemy nazwać szaleństwem gwałtownem (*Dysphrenia furiosa*); a z drugiej strony przygnębienie, dochodzące aż do osłu-

pienia; objawy te zmieniać się mogą co kilka dni, a nawet częściej, bez żadnego widocznego powodu.

Różnorodność objawów chorobowych w pomieszaniu umysłu ogólnem, złożonem, zmiennem, może być tak wielką, jak ilość chorych, a nawet znacznie większą jeszcze, bo ci sami chorzy w różnych okresach choroby różnie się przedstawiają i często co chwilę się zmieniają pod względem swego nastroju i sposobu zachowywania się i postępowania, zwłaszcza, że, oprócz podniecenia i przygnębienia, łączyć się może z tą chorobą także zmienny obłęd złudzeniowy, omamowy i złudzeniowo-omamowy. W ten sposób powstać może pomieszanie umysłu wielokrotnie złożone (*Dysphrenia composita multiplex*), które może być zmiennem prawidłowo, t. j. przechodzącym kolejno różne zmiany, lub też zmiennem nieprawidłowo, t. j. bezładnie się zmieniającem.

Na wstępie już zaznaczyłem, że niezborność, czyli bezład, t. j. pomieszanie umysłu, może być ogólnem albo częściowem, i że pierwsze zajmuje równomiernie wszystkie zakresy i kierunki życia umysłowego, a drugie objawia się głównie w pewnym tylko, jednym jakimś zakresie lub kierunku.

Odpowiednio do tego rozróżnić możemy w pomieszaniu umysłu częściowem, *Dysphrenia partialis*:

- a) pomieszanie umysłu czuciowe, *Dysphrenia dysthymica*,
- b) pomieszanie umysłu myślnie, *Dysphrenia dysnoica*,
- c) pomieszanie umysłu czynne, *Dysphrenia dysergatica*.

Pierwsze objawia się głównie pewnym stałym nastrojem, np. wesołym, lub smutnym albo gniewnym itp., lub też zmiennym co chwilę (*Dysphrenia dysthymica hilaris, tristis, iracundia etc. aut mutans*).

Drugie objawia się głównie bredzeniem różnego rodzaju bez należytego albo bez żadnego związku logicznego (*Dysphrenia dyslogica*), trzecie objawia się głównie niewłaściwymi czynami różnego rodzaju, niekiedy niewinnymi, niekiedy gwałtownymi i wielce niebezpiecznymi, już to dla własnej swej osoby — tu należą czyny, zmierzające do samo-

bójstwa, a częściej jeszcze do uszkodzenia swego ciała w różny, czasem straszliwy nawet sposób dokonywanego—już też względem osób albo rzeczy otaczających—tu należy popęd do niszczenia wszystkiego wokoło siebie, do rzućcia się na osoby otaczające, czasem nawet z pomocą różnych narzędzi morderczych, będących pod ręką w danej chwili itp.

Tę postać pomieszania umysłu można nazwać szaleństwem gwałtownem (*Dysphrenia dysergatica furiosa*). Bezład myślny, objawiający się jako bredzenie bez związku, może okazywać się tylko w mowie, podczas gdy w piśmie tych chorych nie uwidocznia się on wcale. Niekiedy dzieje się wprost przeciwnie, i bezład myślny uwidocznia się tylko w piśmie, a znika w mowie.

Pierwszą postać chorobową nazwać możemy pomieszanieniem umysłu mownem, *Dysphrenia dysphrasica*, drugą pomieszanieniem umysłu piśmiennem, *Dysphrenia dysgraphica*. Pierwsze może się przedstawiać, jako ciągły i cichy szepc, *Dysphrenia dysphrasica mussitans*, lub jako ciągle głośne, krzykliwe i hałaśliwe bredzenie bez związku, *Dysphrenia vocifera*. Za odrębną postać pomieszania umysłu mownego uważać można opisane przez MEYNERT'a pomieszanienie umysłu mowne wrzekome (*Dysphrenia pseudo-dysphrasica*, *Amentia pseudo-aphasica Meynerti*), pochodzące stąd, że chorzy mówią bez związku, albowiem nie mogą wymówić, względnie dobrać t. j. przypomnieć sobie, słów odpowiednich celem wyrażania swych myśli. Niektórzy znowu chorzy wynajdują sobie sami jakieś niezrozumiałe i często dziwaczne wyrazy dla wyrażenia swych myśli, które w takich przypadkach bywają zazwyczaj dla nich samych niejasnemi i niepojętymi. Niekiedy używają niezwykle znaków, zamiast pisma pospolitego.

Zdarza się niekiedy, że chorzy, mówiący i piszący bardzo rozsądnie i logicznie, zachowują się rażąco dziwacznie i niedorzecznie, zwłaszcza wtedy, gdy się na nich nie zwraca uwagi; albo, przeciwnie, wtedy, gdy się na nich uważa. Z drugiej strony zdarza się także, że chorzy, mówiący bez związku logicznego i piszący bez sensu, zachowują się

przyzwoicie, roztropnie i rozsądnie, a nawet pracują odpowiednio i korzystnie w swym zawodzie z należytą świadomością rzeczy. Ta postać chorobowa stanowi prawdziwe, częściowe, słowne tylko pomieszenie umysłu (*Dysphrenia partialis, dyslogica*).

W pomieszeniu umysłu czuciowem spotkać się można niekiedy z zupełną nieczułością i obojętnością na wszystko (*Dysphrenia athymica*), która dochodzi niekiedy do tego stopnia, że chorych tych nie wzrusza widok najstraszniejszych i najprzykrzejszych rzeczy ani wiadomość o najboleśniejším wypadku, np. śmierci najbliższych osób itp., pomimo że w mowie i w zachowaniu się chorzy ci nie okazują zbyt rażących niedorzeczności i mają dostateczną świadomość osobistą, t. j. podmiotową, tudzież świata zewnętrznego, t. j. przedmiotową.

Częściowe pomieszenie umysłu, okazujące się w jakimkolwiek kierunku lub zakresie, rzadko tylko występuje, jako samoistna pierwotna choroba, lecz rozwija się zazwyczaj następczo po przebyciu pomieszenia umysłu ogólnego, które nie przeszło w całkowite wyleczenie, lecz pozostawiło stałe zboczenie w pewnym kierunku. Niekiedy przemija ono po dłuższym czasie i przechodzi w końcu w wyleczenie całkowite; czasem jednakże pozostaje niezmiennem długie lata, a nawet aż do końca życia danej osoby.

Wszelkie wogóle pomieszenie umysłu, jakiegokolwiek by ono było stopnia lub rozmiaru i w jakiegokolwiek okazywałoby się postaci, trwać może stale przez czas dłuższy w tem samym lub zmiennem nasileniu albo też występuje chwilowo i przemijająco tylko wśród pewnych warunków i okoliczności, poczem dane osoby zupełnie żadnego zboczenia umysłowego nie okazują. Niekiedy powtarza się pomieszenie umysłu w pewnych nieregularnych lub regularnych odstępach czasu u osób, które w czasie międzynaпадowym są zupełnie zdrowe. Takie pierwotne, tudzież okresowe pomieszenie umysłu (*Dysphrenia recurrens seu recidivans, respective periodica*) występuje zazwyczaj u osób, mających skłonność dziedziczną do chorób umysłowych, i rzadko bywa należycie rozwiniętem. Niekiedy występuje po-

mieszanie umysłu naprzemian z innymi chorobami umysłu, jako t. zw. pomieszanie umysłu naprzemienne lub kolejne.

Pomieszanie umysłu powstaje niekiedy w czasie lub skutkiem przebycia pewnych chorób, szczególnie ostrych zakaźnych, z gorączką połączonych; niekiedy powstaje ono także w czasie lub skutkiem różnych chorób przewłocznych, powodujących ogólne wycieńczenie ciała lub znaczną niedokrewność albo też połączonych z nieprawidłową przemianą materii w ustroju. Pomieszanie umysłu występuje też skutkiem ostrego lub przewłocznego zatrucia pewnymi ciałami, już to w samym ustroju wytworzonymi, już też obcymi, a szczególnie wysokiem, morfiną i różnymi innymi t. zw. ciałami odurzającymi itp.

Z tego wszystkiego, co powiedziałem o niezborności, t. j. bezładzie, czyli pomieszaniu umysłu, wynika, że choroba ta przedstawić się może pod następującymi różnymi postaciami:

A. Pomieszanie umysłu pojedyncze ogólne, *Dysphrenia simplex totalis*.

1) Pomieszanie umysłu pojedyncze ogólne czyste *Dysphrenia simplex totalis pura*.

2) Pomieszanie umysłu pojedyncze ogólne z niepewnością i lękiem nieokreślonym lub z lękiem upornym, *incerta et anxiosa passiva aut resistens*.

3) Pomieszanie umysłu pojedyncze ogólne, zmienne, nieprawidłowe, *mutans, irregularis*.

4) Pomieszanie umysłu pojedyncze ogólne złudzeniowe, *illuforia*.

5) Pomieszanie umysłu pojedyncze ogólne omamowe, *hallucinatoria*.

6) Pomieszanie umysłu pojedyncze, ogólne, złudzeniowo-omamowe, *illutorio-hallucinatoria*.

B. Pomieszanie umysłu pojedyncze częściowe, *Dysphrenia simplex partialis*.

1. Pomieszanie umysłu pojedyncze częściowe czuciowe, *Dysphrenia simplex dysthymica*.

a) Pomieszanie umysłu pojedyncze, częściowe, czuciowe, jednostajne, *uniformis*.

b) Pomieszanie umysłu pojedyncze, częściowe zmienne, *mutans*.

2. Pomieszanie umysłu pojedyncze, częściowe myślnie, *dysnoica*.

a) Pomieszanie umysłu pojedyncze, częściowe słowne z ciągłym cichym szeptem niezrozumiałym, *Dysphrenia dyslogica mussitans*.

b) Pomieszanie umysłu pojedyncze częściowe słowne z ciągłym głośnym bredzeniem bez związku, *Dysphrenia dyslogica vociferans*.

c) Pomieszanie umysłu pojedyncze, częściowe słowne z powtarzaniem tych samych wyrazów, *Dysphrenia dyslogica verbigerans*.

d) Pomieszanie umysłu pojedyncze, częściowe mowne rzeczywiste, *Dysphrenia dysphrasica*.

C. Pomieszanie umysłu pojedyncze, częściowe mowne wrzekome, *Dysphrenia pseudo-dysphrasica*.

f) Pomieszanie umysłu pojedyncze częściowe piśmienne, *Dysphrenia dysgraphica*.

g) Pomieszanie umysłu pojedyncze częściowe myślnie zmienne, *Dysphrenia simplex, partialis, dysnoica, mutans*.

3. Pomieszanie umysłu pojedyncze, częściowe czynne, *Dysphrenia simplex, partialis, dysergatica*.

a) jednostajne, *uniformis*,

b) zmienne, *mutans*.

C. Pomieszanie umysłu złożone, *Dysphrenia composita*,

1. z podnieceniem miernym „ *exaltiva*,

2. „ gwałtownym „ *furiosa*,

3. z przygnębieniem miernym „ *depressiva*

4. z osłupieniem „ *stuporosa*,

a) „ bezsilnym „ *attonita*,

b) „ sztywnym czynnym „ *catatonica*,

c) „ „ biernym „ *cataleptica*

5. naprzemienne (z podnieceniem potem przygnębieniem) *alternans (exaltativa et depressiva)*.

6. z obłądem zmiennym [niezbornym] *Dysphrenia composita paranoica*,

a) zwykłym, *simplex*,

- b) złudzeniowym, *illusoria*,
- c) omamowym, *hallucinatoria*,
- d) mieszanym, t. j. złudzeniowo-omamowym, *mixta id est illusorio-hallucinatoria*.

D. Pomieszanie umysłu wielokrotnie złożone, *Dysphrenia composita multiplex*.

1. oblęd. z podniec. miern., *Dysphr. paranoica exaltiva*,
2. „ „ gwałt., „ „ *furiosa*,
3. „ przygęb. miern. „ „ *depressiva*
4. „ z osłupieniem „ „ *stuporosa*,
- a) bezsilnem „ „ *attonita*;
- b) sztywnem czynnem „ „ *catatonita*,
- c) „ biernem „ „ *cataleptica*
5. naprzemienne „ „ *alternans*,

E. Pomieszanie umysłu wielokrotnie złożone, zmienne prawidłowe, *Dysphrenia composita multiplex mutans regularis*.

F. Pomieszanie umysłu wielokrotnie złożone zmienne nieprawidłowe, *Dysphrenia composita multiplex mutans irregularis*.

Każda z przytoczonych właśnie postaci pomieszania umysłu może być wedle przebiegu swego:

1) ostrą, t. j. krótkotrważącą, względnie szybko przebiegającą, *Dysphrenia acuta*. Odmianą tego rodzaju choroby jest pomieszanie umysłu przemijające (*Dysphrenia transitoria*).

2) przewłoczną, t. j. długi czas trwającą, *Dysphrenia chronica*,

a w takim razie:

- a) ciągle jednostajną, *Dysphrenia chronica continua*,
- b) zwalniającą, t. j. okazującą coraz słabsze nasilenie choroby, *Dysphrenia chronica remittens*;
- c) przemijającą, t. j. okazującą naprzemian raz znaczne nasilenie, a potem znaczne osłabienie objawów chorobowych, dochodzące nieraz aż do objawów pozornego zdrowia, *Dysphrenia chronica intermittens*.

d) powrotną, t. j. pojawiającą się kilkakrotnie w różnym czasie, *Dysphrenia chronica recurrens seu recidivans*.

e) okresową, t. j. pojawiającą się kilkakrotnie, ale zawsze regularnie, po upływie tego samego czasu, *Dysphrenia periodica*.

f) naprzemienną, t. j. pojawiającą się naprzemian z inną jakąś chorobą umysłową, *Dysphrenia alternans cum altera phrenopathia*.

g) kolejną, t. j. pojawiającą się naprzemian z kilku różnemi po sobie następującemi chorobami umysłowemi, *Dysphrenia circularis*.

Wedle sposobu pojawiania się może być każda postać pomieszania umysłu:

1) swoistą, a raczej samoistną, *Dysphrenia idiopathica*,

2) powikłaną „ *complicata*,

a w takim razie:

a) powikłaną luźnie i przypadkowo, *Dysphrenia complicata casualiter*,

b) powikłaną ściśle i przyczynowo, *Dysphrenia complicata causaliter*,

c) powikłaną objawowo, *Dysphrenia complicata symptomatice*,

d) powikłaną współczulnie, *Dysphrenia complicata sympathica*,

e) powikłaną następowo, *Dysphrenia complicata consecutiva*.

Pomieszanie umysłu powstać może także z zatrucia, a mianowicie:

1) z zatrucia własnego, t. j. ustrojowego, *Dysphrenia ex intoxicatione autochtona*,

2) z zatrucia obcego, *Dysphrenia ex intoxicatione aliena*.

3) z zatrucia pasorzytniczego, *Dysphrenia ex intoxicatione parasitica*.

Każdy z tych trzech działów możemy nadto jeszcze szczegółowiej rozdzielić na różne odpowiednie poddziały. O innych jeszcze przyczynowych rodzajach pomieszania umysłu będę miał sposobność pomówić później.

Pam. Lek. Tow. T. 95, Z. III.

Niezborność, czyli bezład, względnie pomieszanie umysłu, może być niekiedy pozornem tylko, polegającym na niedostatecznej uwadze wogóle lub niedostatecznej uwadze w pewnym tylko kierunku.

Wiadomą jest ogólnie rzeczą, że umysł człowieka może w danej chwili zajmować się należycie tylko jednym przedmiotem i chociaż zazwyczaj równocześnie wielu doznaje wrażeń zmysłowych, w pewnej chwili jedno tylko może mieć wyobrażenie, które atoli niekoniecznie musi być pojedyńczem, ale może być bardzo złożonem.

Jeżeli bowiem jedno jakieś wyobrażenie bardzo silnie zajmie cały umysł człowieka, wówczas nie zwraca on uwagi na inne równoczesne, chociaż dość silne wrażenia. Przedmiot, który całkowicie i w wysokim stopniu umysł w danej chwili zajmuje, może być zmysłowym albo czysto myślnym. Wrażenia zmysłowe, tak silnie na umysł działające, że nie pozwalają przyjścia do świadomości poczucia innych wrażeń równoczesnych, zowią się wzruszeniami umysłu. Wzruszenie jest więc uczuciem wysokiego stopnia, zajmującym w danej chwili całkowicie umysł człowieka. KANT dzieli wszelkie uczucia wogóle, a więc i wzruszenia, na silne, t. j. steniczne, i bezsilne, t. j. asteniczne. Pierwsze wpływają na wolę dodatnio, i dlatego można je nazwać czynnymi lub zaczepnymi; drugie wpływają na wolę ujemnie, i dlatego możnaby je nazwać biernymi albo odpornymi.

Do pierwszych należą: uniesienie się, miłość, nienawiść, oburzenie, gniew, złość. Do drugich: smutek, zmartwienie, bojaźń, lęk, trwoga, przestach, przerażenie, zdumienie, zachwyty, osłupienie.

Nadto są pewne uczucia i wzruszenia pośrednie, czyli obojętne, jak: nadzieja, życzenie, pragnienie, oczekiwanie, tęsknota, żal, wstyd. Objawem każdego silniejszego uczucia, a więc i wzruszenia, jest powstrzymanie zwykłego biegu wyobrażeń i myśli, a skierowanie go nagle na jakiś inny zupełnie przedmiot, który tak dalece zająć może cały umysł człowieka, że tenże w danej chwili nie jest zdolnym zająć się jakimkolwiek innym przedmiotem i nie potrafi należycie odczuć i zrozumieć bardzo silnych nawet stosunkowo

wrażeń zmysłowych, może atoli niekiedy oddziaływać na nie czysto odruchowo, a więc bezwiednie i bezwolnie, a w takich razach działać czysto popędowo i nieświadomie. Widzimy to szczególnie w zachwycie, jakoteż w głębokiem zamyśleniu się nad pewnym przedmiotem. Natomiast w t. zw. uniesieniu się, jakoteż we wszystkich t. zw. czynnych uczuciach, działa zazwyczaj człowiek dowolnie wprowadzie i pozornie rozmyślnie, ale zbyt jednostronnie, bez należytej rozważki i zastanawiania się nad znaczeniem i doniosłością swych czynów, które dlatego nieraz noszą w takich przypadkach wybitne piętno bezmyślności, chociaż zmierzają stanowczo do pewnego celu.

Jeżeli umysł człowieka zajęty jest w danej chwili w miernym tylko stopniu pewnym przedmiotem, czy to zmysłowym, czy myślącym, a działają na niego równocześnie inne silne dość wrażenia zmysłowe lub tłoczą się mimowolnie myśli jakies, z danym przedmiotem nie będące w związku, wówczas umysł zajmować się musi kolejno to jednym, to drugim przedmiotem i nie może skupić należytej uwagi nad żadnym przedmiotem, a więc żadnym wyłączyć się zajmować. Stan ten zwiemy roztargnieniem.

Zajmowanie się pobieżne i przelotne coraz to innymi przedmiotami tak, że właściwie umysł żadnym przedmiotem dokładniej się nie zajmuje i o żadnym nie ma należytego wyobrażenia, zwiemy rostrzepaniem. Stan ten widzimy często u dzieci, tudzież u t. zw. osób lekkomyślnych.

Że tak w roztargnieniu, jak i w rostrzepaniu, okazać się nieraz musi przemijająca niezborność umysłu, objawiająca się czynami bezmyślnymi bezcelowymi lub dziwaczными, jest rzeczą łatwą do zrozumienia. Natomiast czyny, wykonane pod wpływem silnych bardzo uczuć i wzruszeń, bywają zazwyczaj zborne i celowe, ale, mimo to, noszą nieraz cechę bezmyślności i braku należytej świadomości podmiotowej i przedmiotowej.

Przy zamyśleniu, *contemplatio*, tudzież przy zachwycie, *extasis*, umysł tak dalece zajęty jest pewnym przedmiotem, że na rzeczy, nie będące z nim w ścisłym związku, wcale nie zwraca uwagi. Przy silnem zamyśleniu, tudzież

przy zachwycie bywa to czucie zmysłowe, które nie odnosi się do przedmiotu, zajmującego w danej chwili całkowicie umysł, znacznie upośledzonym, a upośledzenie to dochodzi niekiedy do tego stopnia, że osoby zamyslane i zachwyczone nie odczuwają silnych nawet wrażeń zmysłowych, przyczem niektóre czynności odbywają czysto odruchowo i prawie całkiem nieświadomie albo też ze świadomością niepełną i niedostateczną. Stąd też czynności te często bywają rażąco niewłaściwe i niestosowne. Stan taki porównaiby można do snu częściowego, w którym pozostaje na jawie tylko pewna, mała stosunkowo i bardzo ograniczona część umysłu, podczas gdy cały zresztą umysł jest w uśpieniu, z którego trudno tylko wyprowadzić się daje. Dlatego też stany te prowadzą nieraz do okazywania się objawów, należących istotnie do snu, a mianowicie do okazywania się złudzeń i omamów, podobnych do sennych i półsennych, będących w ścisłym związku z przedmiotem zamyślenia i zachwyty. Niekiedy tak zamyślenie, jak i zachwyt, przechodzą powolnie i nieznacznie w istotny sen zwyczajny, a więc możnaby je uważać za stany pośrednie między snem a życiem na jawie.

W niektórych razach względna zborność umysłu, będąca cechą tych stanów, przejść może zwolna i nieznacznie w zupełną niezborność umysłu. Niezborność umysłu wystąpić może przemijająco u najzdrowszego nawet człowieka, po silnem znużeniu pracą umysłową, lub w czasie bardzo silnego zajęcia się umysłu jakimś przedmiotem, od którego człowiek uwagi swej odwrócić nie chce lub nie może.

Zdarza się też często, że po dłuższej i nużącej pracy umysłowej czynność umysłu tak jest wyczerpaną, że występuje niezdolność do najprostszych czynności umysłowych. Człowiek w tym stanie nie jest zdolnym rozwiązać najprostszych zagadnień rachunkowych i nie potrafi myśli zebrać nawet na tyle, by na najzwyklejsze rzeczy odpowiedzieć. Niekiedy nie potrafi skleić jednego zdania, nie potrafi przypomnieć sobie najważniejszych rzeczy ze swego życia lub nazwisk, miejscowości, tudzież osób, wśród których żył przez czas dłuższy, miesiące i lata.

W wyższym stopniu znużenia umysłowego może się okazać brak oryentowania się w czasie, przestrzeni i otoczenia, a więc okazuje się zupełna niezdolność umysłu. To samo widzieć się daje niekiedy wśród częstego zamyślenia się nad pewnym przedmiotem, dającym powód do ciągłych trosk, kłopotów, zgryzoty i zmartwienia lub wyrzutów sumienia. To samo też sprawić mogą pewne silne uczucia i wzruszenia, czy to czynne, czy bierne, czy też obojętne. Dlatego często okazuje się niezdolność umysłu wśród uczucia obawy, oczekiwania i niepewności albo strachu np. przy egzaminach, popisach itp. i w tych razach nieraz okazują niektóre wrażliwe osoby tak silną niedomogę umysłową, że zdumiewają nią osoby otaczające.

Ludzie wysoko wykształceni i uczeni, znani z tego, że znają znakomicie przedmiot swego zawodu, okazują w takich razach zupełną nieudolność i rażącą nieświadomość najprostszych nawet rzeczy, odnoszących się do najzwyklejszych ich zajęć. Niekiedy widzieć się daje wśród tych warunków niezdolność umysłu tak dalece posunięta, że występują czyny bezmyślne i bezcelowe, a mowa traci wątek logiczny myśli.

VI.

V. B e z m y ś ł z u p e ł n y (*Aphrenia completa*), t. j. zupełne zniesienie życia umysłowego, może powstać wśród pewnych warunków u każdego człowieka przemijająco lub stale, a nawet może być sztucznie wywołanym mechanicznie lub chemicznie.

Pierwszy sposób zwie się powszechnie ogłuszeniem, *Betaubung*. Lepiej nazwać go otumanieniem. Stan ten przychodzi do skutku po nagłym jakimś, bardzo silnym urazie mózgowym, np. przez spadnięcie z wielkiej wysokości na czaszkę lub po silnym uderzeniu w czaszkę jakimś ciężkim i twardym tępym narzędziem, np. obuchem siekierzy, kołem, wałkiem itp.

Rzeźnicy często sprowadzają w ten sposób bezmysł u zwierząt, które mają być zabite, aby nie wiedziały, co się z nimi, dzieje i nie stawiały żadnego oporu przy zabijaniu.

Bezmysł taki, objawiający się jako zniesienie wszelkich władz i czynności umysłowych, powstać może, nawet bez naruszenia kości czaszki, skutkiem silnego wstrząśnienia mózgu, a więc wskutek jakichś niezbadanych jeszcze dokładnie dotychczas zmian drobnowidzowych w istocie mózgu.

Taki czysto wstrząsowy bezmysł przemija zazwyczaj po pewnym, krótszym lub dłuższym czasie. Częściej bywa przyczyną bezmysłu urazowego nadwężenie istoty mózgowej, skutkiem zmiążdżenia pewnej jej części—przyczem, naturalnie, inne części doznają wstrząśnienia lub też skutkiem krwotoku, który może zniszczyć pewne części mózgu, a inne wynieść i pozbawić możności prawidłowej czynności przez uniemożliwienie prawidłowego w nich krążenia i odżywiania.

To samo stać się może także bez urazu zewnętrznego, skutkiem krwotoku mózgowego, powstałego po pęknięciu jakiegoś większego, chorobowo zmienionego naczynia krwionośnego mózgu, lub skutkiem gwałtownego nawału krwi do mózgu, powstałego, czy to przez czynne, czy przez bierne przekrwienie, albo wskutek nagle powstałego ucisku śródczaszkowego znaczniejszego stopnia, z powodu jakichś szybko lub nagle wytwarzających się wysięków surowiczych, wypocin zapalnych, nadzwyczaj szybko wzrastających nowotworów w mózgu, powstrzymania odpływu, cieczy mózgowej, względnie mózgowo-rdzeniowej itp.

Bezmysł, powstały z przytoczonych właśnie, czysto wewnętrznych powodów, okazuje zupełne podobieństwo do bezmysłu urazowego i zaliczyć go należy do bezmysłu mechanicznego.

Bezmysł wystąpić może także wskutek nagle powstałej niedokrewności mózgu, wynikłej już to z silnego upustu krwi z którejkolwiek części ciała, już też z nagłego osłabienia czynności serca, jakie widzimy np. w omdleniu (*Syncope*), w zachwacie, t. j. śmierci pozornej (*Lethargus*), i w zmartwicy (*Carus*). Przyczyną takiego bezmysłu,

z niedokrewności powstałego, jest nagły brak należytego odżywiania mózgu, czyli brak potrzebnych mózgowi składników chemicznych. Bezmyśl ten, z niedokrewności mózgu powstały, zaliczyć więc należy do bezmysłu chemicznego, który powstać może nie tylko z powodu braku, ale też i z powodu nadmiaru wszystkich lub pewnych tylko składników, prawidłowo we krwi się znajdujących, lub też z powodu obecności pewnych składników, nieprawidłowo w ustroju człowieka wytworzonych, albo przypadkowo lub umyślnie do krwi wprowadzonych. Będzie to więc bezmyśl chemiczny, powstały z zatrucia samoistnego lub też obcego.

Bezmyśl z zatrucia samoistnego powstaje wskutek różnych chorób cielesnych, zarówno ostrych, jakoteż przewłocznym, i widzimy go często w czasie konania; bezmyśl z zatrucia obcego wytwarza się zazwyczaj sztucznie, i to przypadkowo lub rozmyślnie wskutek działania pewnych trucizn, a zwłaszcza tak zwanych środków odurzających, które zażyte w pewnych dawkach sprawić mogą szal, obłęd lub nieźborność, czyli pomieszanie umysłu, w większych zaś dawkach użyte mogą spowodować bezmyśl zupełny, zwany powszechnie *o d u r z e n i e m*. Bezmyśl zupełny występuje także w głębokim uśpieniu, czy to naturalnem, czy też sztucznym, np. po zażyciu odpowiedniej ilości alkoholu, eteru, chloroformu itp. Cechą bezmysłu zupełnego jest, jak już wyżej powiedziałem, zniesienie wszystkich czynności umysłowych, a więc zniesienie poczucia, świadomości i woli. Człowiek, znajdujący się w tym stanie, pozbawionym jest przeto świadomego czucia, myślenia i ruchów dowolnych, leży więc bezładnie w każdym nadanym mu położeniu, które zmienia się tylko na mocy działania siły ciężkości i bezwładności. Bezmyśl taki nazwać można bezmysłem zupełnym, bezwładnym, czyli porażennym *Aphrenia completa paralytica*.

W niektórych przypadkach nie widzimy bezwładu, albowiem pojedyncze członki ciała nie dają się biernie w każdym możliwym kierunku poruszać i nie układają się wyłącznie wedle działania siły ciężkości i bezwładności,

gdyż pewne mięśnie okazują większe lub mniejsze napięcie, *Tonus*, albo też skurcz stały, *Tetanus*, lub przerywany, *Clonus*; niekiedy zaś okazują mniejszy lub większy skurcz naprzemian z rozkurczem, a w niektórych razach spostrzegać się dają nawet pewne ruchy złożone, mniej lub więcej rozległe, i to albo jednakowe zawsze, albo też różne i zmienne. Ruchy te nie są atoli wcale świadomymi i nie są też czystymi i nieświadomymi odruchami, ale przychodzą do skutku na mocy bezpośredniego mechanicznego lub chemicznego zadrażnienia, odpowiednich ośrodków ruchowych w mózgu [przy zniesionej zupełnie świadomości]. Mówiąc o ruchach nieświadomych, okazujących się w bezmyślnie, mam na uwadze wyłącznie ruchy mięśni dowolnych, a więc ruchy, będące w stanie prawidłowym zawsze prawie objawem rozmyślnego i dowolnego oddziaływania człowieka na zewnątrz.

Prócz tych ruchów, występować mogą także inne, zależne tylko pośrednio lub niezależne wcale od świadomości i woli człowieka.

Aby należycie ocenić znaczenie ruchów, które spostrzegamy u człowieka, dotkniętego bezmyśłem, musimy koniecznie zastanowić się nieco nad ruchami, jakie wykonywa człowiek, przedstawiający prawidłowy stan umysłu.

Objawy życia, należące do zakresu ruchowego wogóle, okazywać się mogą w następujących kierunkach:

- 1) jako ruch mięśniowy *Kinesia*, i to
 - A. jako ruch mięśni dowolnych [prążkowanych],
 - B. „ „ „ mimowolnych [gładkich].

Z mięśni prążkowanych jeden tylko mięsień sercowy nie zależy wcale od woli i zachowuje się w tym względzie zupełnie tak, jak mięśnie gładkie;

2. jako ruch wydzielniczy *eccresia*,
3. „ „ odżywczy *trophia*,
4. „ „ tworzywczy *plasia*.

Ruch wydzielniczy może tylko pośrednio być zależnym od woli, ruch zaś odżywczy i tworzywczy są od woli zupełnie niezależne.

- a) ruch działalności, *praxia*, względnie *ergasia*,
- b) ruch mowy *phrasia*,

Mowa składa się z wyrazów łączonych razem w pewną myśl. Zdolność wymawiania pojedynczych wyrazów nazywa się *lalia*; zdolność łączenia ze sobą różnych wyrazów celem tworzenia pewnych myśli zwie się *logia*. Do należytego i wyraźnego wymawiania pojedynczych wyrazów koniecznym jest prawidłowy stan odpowiedniego narządu ruchowego, t. j. narządu nerwowo-mięsnego mowy, i to zarówno obwodowego, co zwiemy *arthria*, jakoteż ośrodkowego, a więc mózgowego, co zwiemy *phasia*. Mowa objawiać się może nie tylko wymawianiem wyrazów, ale też i innymi ruchami mięśni: można np. rozmawiać na migi, co zwie się *mimio*; można też mówić zapomocą pisma, co nazywamy *graphia*, a tu znowu rozróżnić można pisanie głosek, *graphia litteralis*, i pisanie słów *graphia verbalis*, pisanie myśli *graphia sententialis*.

Jakkolwiek ruchy działalności (*praxia*) i wymienione właśnie ruchy mowy najrozmaitszego rodzaju—jak *lalia*, *logia*, *arthria*, *phasia*, *mimia*, *graphia*—zależą głównie od woli i nazywano je dawniej ruchami ściśle dowolnymi, to jednakże nauka wykazała, że mogą one pojawiać się w niektórych warunkach nie tylko mimowolnie, chociaż świadomie, ale też i bezwolnie, nieświadomie, a w takim razie okazać się mogą także w bezmyśle zupełnym.

Bezmyśl, któremu towarzyszą pewne objawy ruchów mięśni dowolnych, możnaby nazwać bezmysłem ruchowym *Aphrenia kinetica* lub *ergatica*. W bezmyśle takim można niekiedy widzieć nawet znaczny nadmiar tych ruchów, a wtedy nazwiemy to bezmysłem z nadmierną ruchliwością, *aphrenia hyperkinetica* lub *hyperergatica*.

Nadmiar ruchu mięśniowego, *Hyperkinesis* przedstawić się może w postaci silnego kurczenia się już to pojedynczych mięśni, już to pewnych grup mięśniowych, już też wszystkich mięśni, należących do jednej połowy lub do całego ciała. Nadmierne kurczenie się takie zwiemy *spasms*, jeżeli odnosi się do jednego tylko mięśnia, albo małej grupy mięśniowej, a jeżeli połączonem jest z bolesnością,

zwiemy je kurczem, *Crampus*. Nadmierne kurczenie się znaczniejszych grup mięśniowych albo też mięśni, należących do jednej połowy lub do całego ciała, zwiemy kurczami ogólnymi (*Convulsiones*). Dłuższy czas trwające, względnie ciągle powtarzające się lekkie i zwykle nieregularne kurczenie się i rozkurczanie się pojedynczych włókien mięśniowych zwiemy drżeniem, *tremor*; miarowe naprzemienne kurczenie się i rozkurczanie całych mięśni, pojedynczych lub całych grup mięśniowych zwiemy drgawką, *clonus*; skurczenie się mięśni, trwające długi czas bez przerwy, zwiemy napięciem lub stężeniem mięśniowym, *tonus*, gdy okazuje mierny stopień, gdy zaś skurcz taki okazuje bardzo silny stopień, zwiemy go tężcem *tetanus*. Tężec taki obejmować może pojedyncze mięśnie, pewne grupy mięśniowe, a niekiedy obejmuje prawie wszystkie mięśnie ciała, i wtedy zwie się tężcem ogólnym. Stałe skurczenie się pewnych mięśni zwiemy przykurczem, *contractura*. Wszystkie wymienione właśnie ruchy pojawić się mogą w bezmyślne ruchowym. Kurcze ogólne okazują się w pewnych tylko warunkach; natomiast kurcze pojedynczych mięśni lub pewnych grup mięśniowych występują bardzo często; najczęściej widzieć się dają skurcze przerywane naprzemian z rozkurczem. Często widzimy ruchy więcej złożone i przez dłuższy czas nieustannie się powtarzające, np. otwieranie i zamykanie ust, wystawianie i chowanie języka, poruszanie miarowe głową naprzód i w tył lub w prawo i w lewo albo też różne ruchy tułowiem i kończynami lub mięśniami twarzy po jednej stronie lub po obu stronach itp., szczególnie częstym bywa szczękoscisk, jako też zgrzytanie zębami.

Niekiedy słyszymy charczenie, jęczenie, stękanie i kaszlanie, co można uważać za czysty odruch, niekiedy atoli zauważyć możemy, że chorzy wydobywają przytem ze siebie bezwiednie i bezwolnie różne niezwykle lub do zwierzęcych podobne głosy, nie mające nic wspólnego z odruchami, np. wyją, ryczą, syczą itp., albo też wyszeptują lub wymawiają głośno, a nawet wykrzykują mniej lub więcej wyraźnie, lub wybełkotują niewyraźnie i nieudolnie pewne

oderwane głoski, zgłoski, pojedyncze wyrazy lub krótkie zdania z ojczystego lub obcego języka, albo też z kilku różnych języków prawie równocześnie, niekiedy zaś wymawiają jakieś wyrazy niezwykle i niezrozumiałe dla otoczenia, bo nienależące do żadnej mowy ludzkiej, lecz wytworzone bezwiednie i bezwolnie, a więc czysto mechanicznie, w ośrodkach mózgowych mowy.

We wszystkich tych razach zauważyć można prawie zawsze powtarzanie nieustanne tych samych wyrazów godzinami, a nawet dniami całymi. Niekiedy okazywać się może w beżmyśle zupełnym pewne, chociaż bardzo upośledzone, bo zupełnie bezwiedne i bezwolne, czysto mechaniczne łączenie, czyli kojarzenie różnych ruchów, które skutkiem tego okazują pewien związek ze sobą, i dlatego mają pozór ruchów rozmyślnych, dowolnych i celowych.

Aby objaw ten, dziwny na pierwszy rzut oka, należyście zrozumieć i ocenić, musimy uprzytomnić sobie dokładniej sposób, w jaki przychodzi do skutku kojarzenie, czyli łączenie wszelkich wogóle składników naszej świadomości, gdyż tylko należyte poznanie tej doniosłej rzeczy może nas pouczyć o sposobie kojarzenia się, czyli łączenia się wzajemnego tychże jednostek przy zniesionej świadomości.

W prawidłowym stanie umysłu przyjmuje człowiek łatwo różne wrażenia, pochodzące ze świata zewnętrznego, tudzież od różnych części swej własnej osoby i odczuwa je odpowiednio, t. j. tworzy sobie pewne obrazy zmysłowe. Porównywa je z podobnymi obrazami zmysłowymi, dawniej wytworzonymi i ustalonymi w umyśle, t. j. zachowanymi w pamięci, i tworzy pewne ściśle określone wyobrażenia o doznawanych w każdej chwili wrażeniach zmysłowych.

Nadto posiada człowiek zdolność łączenia ze sobą pojedynczych części obrazów zmysłowych ustalonych w pamięci i tworzenia z nich nowych pozornie myślnych obrazów, które znowu może odrębnie ustalić w pamięci.

Gdy pewne myśli, sprzeczne z dawniejszemi, często się powtarzają, nabierają coraz większego znaczenia i z czasem mogą tak dalece przeważać nad innemi, że staną się

przekonaniem, i w ten sposób doświadczenie zmusza nieraz człowieka do zaparcia się dawnych przekonań, a wyznawania innych zasad, często wprost sprzecznych z dawniejszemi.

Aby wszystkie te rozliczne, wielce złożone i wielorako powikłane ze sobą czynności umysłowe mogły należycie się odbywać, potrzebne są niezbędnie pewne warunki, a mianowicie; 1) możność należytego odczuwania różnych wrażeń zmysłowych, t. j. odpowiednia rażnia; 2) możność należytego tworzenia obrazów zmysłowych, t. j. odpowiednia obrażnia; 3) możność należytego odtwarzania podobnych obrazów dawniej odczutych w umyśle ustalonych, tudzież możność należytego ich porównywania z obrazami zmysłowemi świeżo w danej chwili odczuwanemi, co razem zowiemy należytą wyobrażnią; 4) zdolność należytego ustalania w umyśle obrazów zmysłowych, każdym razem odczuwanych, jako też obrazów, samoistnie w umyśle wytwarzanych za pomocą wyobraźni. Zdolność tę zwiemy pamięcią. Dla należytej wyobraźni niezbędną jest należyta pamięć, a odpowiednia czynność wobec tych władz jest wtedy tylko możliwą, gdy odczuwane i ustalone w umyśle obrazy są tak ze sobą połączone, że odtworzenie jednego obrazu lub pewnej tylko jego części odtwarza zaraz cały obraz odpowiedni, a następnie cały szereg dalszych, podobnych, połączonych w jakikolwiek sposób ze sobą obrazów. Łączenie się to, czyli kojarzenie ze sobą różnych obrazów w całości lub częściowo polega na tem, że w umyśle ustalają się obok siebie i wchodzą w ścisły związek, a więc łączą się razem ściślej ze sobą: a) wrażenia różnych zmysłów równocześnie odczute, b) wrażenia różnych zmysłów, odczuwane bezpośrednio po sobie, c) wrażenia tych samych zmysłów, odczute w różnym czasie, ale w podobny lub wprost przeciwny sposób. Tak więc główną podstawą do kojarzenia, czyli ścisłego wzajemnego łączenia się ze sobą różnych obrazów zmysłowych, są: a) równoczesność, b) bezpośrednie następstwo i c) podobieństwo lub sprzeczność, co tyczyć się może tak postaci, jako też treści, a nadto tak całości, jako też pewnych tylko części. Aby kojarzenie się

pewnych obrazów było dość trwałem, potrzebnem jest niezbędnie częstsze ich powtarzanie się w ten sam lub wielce zbliżony i podobny sposób. Jeżeli odczuwanie całego szeregu obrazów zmysłowych bardzo często, a zawsze w ten sam sposób, się powtarza, wówczas następuje tak silne ich skojarzenie się, że odtworzenie pierwszego obrazu prowadzi do odtworzenia natychmiastowego całego danego szeregu. Na tej podstawie polega wyuczenie się na pamięć pacierza i bardzo wielu innych rzeczy. Ponieważ wszystko, co tylko potrafimy odczuć, możemy w umyśle ustalić, a różne odczucia ustalone następnie skojarzyć ze sobą, i ponieważ przy wszelkich ruchach mięśni dowolnych doznajemy równocześnie odpowiedniego uczucia o sile skurczu i o położeniu wzajemnem pojedynczych mięśni i pęczków, a nawet może i włókien mięśniowych; przeto ustalić się mogą w umyśle i te poczucia mięśniowe, a z nimi poczucia pewnych ruchów, które potem z łatwością kolejno odtworzyć możemy.

Na tem polega biegłość w wykonywaniu pewnych ruchów złożonych, służących do pewnego ściśle określonego celu, a powtarzających się zawsze niezmiennie i stereotypowo.

Pierwsze ruchy człowieka przy każdej rozpoczynanej po raz pierwszy czynności są, jak wiemy, bardzo nieudolne, niezgrabne i często bardzo nieodpowiednie; z czasem stają się one coraz dokładniejszymi na podstawie ćwiczenia, t. j. częstego powtarzania i należytego kojarzenia się i ustalenia w pamięci.

Ponieważ z biegiem czasu przez ciągłe, a przynajmniej bardzo częste, powtarzanie tych samych ruchów wykształcą się odpowiednie mięśnie tudzież ich części pomocnicze, jak ścięgna, kości itp., a, co najważniejsza, odpowiednie nerwy i ośrodki nerwowe rdzeniowe i mózgowie, i ponieważ wszystkie te udoskonalenia nerwowo-ruchowe drogą dziedzictwa udzielić się mogą znowu potomstwu; przeto zdarza się często, że pewne ruchy, często w ten sam sposób powtarzane, stają się nawykowymi i nie tylko przechodzą, jako takie, na potomstwo, ale przez dalsze w tym kierunku

ćwiczenie i większe nawykanie jeszcze bardziej się w nim rozwijają, wykształcają i udoskonalają, tak iż w końcu w dalszych pokoleniach bardzo łatwo przychodzą do skutku bez poprzedniego ćwiczenia się w tym względzie, a niekiedy nawet bezwiednie i bezwolnie, t. j. czysto popędowo. Ruchy takie nazywają się dla tego ruchami popędowymi, czyli instynktowymi.

Do takich ruchów popędowych, czyli instynktowych, należy: ssanie u zwierząt ssących, płacz u ludzi, miauczenie u kotów, szczekanie, warczenie i wycie u psów, śpiew u ptaków śpiewających i wszelkie wydobywanie pewnych szczególniejszych głosów u różnych rodzajów zwierząt, dalej tworzenie nor u zwierząt w ziemi żyjących, tworzenie gniazd u ptaków i zwierząt ssących, pływanie u zwierząt pływających, przyczajanie się, pelzanie i skakanie na zdobycz u kotów i innych zwierząt drapieżnych, gonienie zwierzyny u psów gończych itp. itp.

Zwierzęta dzikie, żyjące zazwyczaj wiekami całymi niezmiennie wśród jednych i tych samych warunków, małą tylko okazują różnicę w sposobie życia; działają więc przeważnie bezmyślnie i popędowo, a więc instynktownie, i często nie potrafią sobie dać rady, gdy się znajdują przypadkowo wśród jakichś warunków niezwykłych. Zwierzęta domowe, przeznaczone do różnych czynności, np. psy, działają już więcej rozmyślnie i umieją sobie dawać radę nawet w trudniejszych warunkach i szczególniejszych okolicznościach. Nieraz też wzbudzają podziw swym sprytem i zmyślnością. Człowiek, żyjący wśród najrozmaitszych warunków, a nadto rozwinięty wysoko pod względem umysłowym, wykonywa stosunkowo mało ruchów popędowych, a nadto uczy się, od dzieciństwa począwszy przez cały czas życia swego, panować nad swymi popędami i ruchami popędowymi; działa przeto przeważnie rozmyślnie, a nawet wbrew popędom swoim. W niektórych atoli razach, zwłaszcza gdy rozwaga i wola okazuje z jakichkolwiek powodów pewne osłabienie lub upośledzenie, nie może człowiek kierować się rozwągą i wolą, nie może więc kierować się pewną myślą i wykonywa różne ruchy bezmyślnie i popędo-

wo. Człowiek postępuje rzadko celowo bez rozmysłu; przeto gdy u człowieka braknie pewnej myśli przewodniej celowej, ruchy jego stają się często bezcelowymi, a nawet niezbornymi. Niezbornosć ruchów stanowić więc musi bardzo częsty objaw tam, gdzie pojawi się upośledzenie lub zniesienie świadomości w całości lub częściowo, w jakimkolwiek kierunku.

Dużo jednakże ruchów celowych, a więc zbornych, może człowiek wykonywać bezmyślnie, jeżeli się do nich przyzwyczaił z biegiem czasu. Tu należy np. bezmyślnie, a często bezwiednie nakręcanie zegarka o pewnej godzinie, zamykanie drzwi na klucz w czasie opuszczania mieszkania, żegnanie się przed krzyżami, figurami świętych i kościołami, a szczególnie pewne ruchy nawykowe zawodowe, jakie widzimy np. u żołnierzy i u różnych rzemieślników itp. Ruchy takie mogą być wykonywane niekiedy w stanie półsennym, a nawet w czasie zupełnej nieprzytomności.

Ruchy popędowe przychodzą zazwyczaj do skutku pośrednio, drogą czucia, i uważane być mogą za ruchy czysto odruchowe; niekiedy powodem ich bywa atoli bezpośrednie zadrażnienie pewnych ośrodków ruchowych. Ruchy popędowe odruchowe bywają zazwyczaj zborne, chociaż niekiedy wykonywane bywają nieświadomie i bezwolnie, i są bardzo złożone; dlatego też zazwyczaj noszą cechę ruchów celowych i rozmyślnych. Ruchy, powstałe skutkiem bezpośredniego zadrażnienia pewnych ośrodków ruchowych, bywają przeważnie niezborne i noszą wybitną cechę bezmyślności i bezcelowości, i dlatego niezrozumiałe bywają dla otoczenia.

I tak np. zapach krwi, wydzielającej się u samicy zwierząt w czasie gonienia się, podrażnia we właściwy i szczególnie sposób te właśnie ośrodki mózgowe powonienia u samców, które są połączone, czyli skojarzone z ruchami, wykonywanymi przez nich w czasie spółkowania. Ruchy te bezsprzecznie odziedziczają się, i dla tego zwierzę młode, które nigdy jeszcze nie spółkowało, ani spółkowania nie widziało, podrażnione węchem pewnego rodzaju, wskakuje

we właściwy sposób, chociaż bezmyślnie i bezwolnie na samice i tak samo bezmyślnie i bezwolnie poczyną wykonywać ruchy takie, jakich przodkowie jego używali przy spółkowaniu. Niekiedy samo wspinanie się na jakikolwiek przedmiot, ale w taki sam sposób wykonane, jak wspinanie się na samicę, bezpośrednio przed spółkowaniem, powoduje dalsze ruchy służące do spółkowania. W ten sposób kojarzone ze sobą i drogą dziedzictwa przekazane potomkom ruchy odtwarzają się bezwolnie, bezwiednie i bez poprzedniego jakiegokolwiek ćwiczenia się. Przypadkowo przez młode zwierzęta wykonywano ruchy podobne do spółkowania wytwarzają następnie, a więc pośrednio, poczucie lubieżności, dlatego że nerwy odpowiednich mięśni są skojarzone na podstawie dziedzictwa z nerwami, służącymi do przewodzenia czucia lubieżnego. W ten sposób powstaje u młodych zwierząt przypadkowe poczucie lubieżne, chociaż nigdy dotychczas nie odczuwane, a to poczucie pobudza ze swej strony czysto odruchowo powstanie żądzy i dążności zaspokojenia popędu płciowego we właściwy sposób, t. j. przez gonienie za samicą i usiłowanie spółkowania z nią itp. To samo zdarzyć się może także u człowieka.

U osób umysłowo chorych widzimy też niekiedy nagle powstanie popędu płciowego i dążność zaspokojenia go natychmiast, w sposób czysto zwierzęcy, bez oglądania się na zasady przyzwoitości, a więc np. żądę i dążność spółkowania wobec licznie zebranego towarzystwa lub na ulicy i miejscu publicznem. Sam widok osoby płci drugiej, chociaż niezuaniej zupełnie, wzbudza niekiedy u takich osób popęd płciowy i rodzi żądę i dążność do natychmiastowego zaspokojenia tego popędu. To samo dzieje się także z innymi popędami, jak z popędem do kradzieży, morderstwa, podpalania itp.

Jeżeli przeto zobaczymy nieraz u człowieka cały szereg ruchów, t. j. dążności i czynności, zmierzających wybitnie do pewnego ściśle oznaczonego celu, to z tego jeszcze nie wynika, że ruchy te są rozmyślne, dowolne i celowe, lecz mogą być świadomymi wprawdzie, ale mimowolny-

mi, a niekiedy bywają całkiem bezmyślnymi, bezwolnymi i czysto popędownymi, względnie odruchowymi, a często nawet nieświadomymi. Takie właśnie ruchy widzimy bardzo często w różnych rodzajach bezmysłu zupełnego. Do ruchów nawykowych człowieka, które stać się mogą wśród pewnych warunków czysto popędownymi lub odruchowymi, a nawet bezwolnymi i nieświadomymi, należy też i mowa. Dlatego zdarzyć się może niekiedy, że osoby, dotknięte bezmysłem zupełnym, wymawiają bezwiednie i bezwolnie nie tylko pojedyncze wyrazy i krótkie zdania, ale zdania długie i całe ustępy, których się kiedyś dawniej na pamięć wyuczyły lub które, czytając, zapamiętały, t. j. ustaliły w swym umyśle.

Z tego wynika, że same wymawianie pojedynczych lub całego szeregu zdań, mających pewien związek myślny ze sobą, nie jest jeszcze dowodem rozmyślnego mówienia, gdyż objaw ten okazać się może w różnych zaburzeniach umysłowych, a nawet wtedy, gdy niezawodnie istnieje zupełne zniesienie wszelkiej świadomości i woli, ale istnieją równocześnie warunki, na których podstawie mogą być czysto mechanicznie lub chronicznie odtworzone w umyśle człowieka różne zapamiętane i skojarzone ze sobą w jakikolwiek sposób wyrazy i krótsze lub dłuższe zdania.

Z tych samych powodów może też człowiek, dotknięty niezbornością, czyli bezładem, t. j. pomieszaniem umysłu, wymawiać całe zdania i ustępy, mające pewien związek myślny, chociaż, zapytany o cokolwiek, okazuje, że nawet pytania nie rozumie lub, zrozumiałwszy je, mimo widocznych wysiłków swej woli, nie potrafi rozmyślnie i własnowolnie skleić najprostszego zdania, a nawet nie zdoła powtórzyć tego, co sam przed chwilą powiedział, a to najlepszym jest dowodem, że zdania całe i ustępy, które przed chwilą wygłaszał, wyrzekł bezmyślnie i bezwolnie, czysto mechanicznie lub odruchowo. Często też zdarza się, że człowiek, dotknięty niezbornością, t. j. bezładem, czyli pomieszaniem umysłu, usłyszawszy pewien wyraz, lub pewne zdanie, powtarza je najpierw bezmyślnie kilka razy, a po-

tem zaczyna wypowiadać również bezmyślnie całe zdania, z wyrazem tym związek mające. Zazwyczaj atoli następuje w takich razach tylko wymawianie pojedynczych zdań lub wyrazów, nie mających ściślejszego związku myślnego, ale skojarzonych ze sobą, na podstawie bezpośredniego następstwa lub podobieństwa; stąd też często jest u tych chorych rymowanie i wymawianie wyrazów podobnie brzmiących, podobnie się zaczynających lub podobnie się kończących.

Osoby, dotknięte bezmysłem zupełnym, mogą także wymawiać wyrazy podobnie brzmiące lub podobnie się zaczynające albo kończące, a przeto mogą także wymawiać różne rymy; nigdy jednakże nie mogą nawiązywać mowy do wyrazów wymawianych przez osoby otaczające, albowiem to przemawiałoby za pewną przytomnością umysłu, która w bezmyśle zupełnym jest zawsze całkowicie znieśiona.

Na podstawie odpowiedniego skojarzenia mogą okazać się w bezmyśle zupełnym bardzo różnorodne i wielce złożone, a nawet pozornie rozmyślnie i celowe ruchy, jak np. ogryzanie paznokci lub opuszek palców, drapanie i raniecie skóry, wyrywanie włosów z głowy, brody, krwi, rzęsów, ruchy naśladujące usiłowanie oberwania pręcia, moszen, jąder, warg ustnych lub warg sromnych i sutek u kobiet, albowież języka, nosa, uszu, powiek, palców, wyłupienia oczu, poszarpania pewnych członków ciała itp. itp.

Bezpośrednie podrażnienie ośrodków ruchowych mózgowych w takim stopniu, że okażą się odpowiednie ruchy, może nastąpić także mimowolnie, przy utrzymanej zupełnie świadomości, a wtedy będą to ruchy mimowolne, świadome, nie należące do bezmysłu, lecz do innych chorób umysłowych, a mianowicie niedomogi umysłowej albo też do pomieszania umysłu.

Do bezmysłu zaliczone być mogą te tylko ruchy, które okazują się przy zupełnej utracie świadomości. Ruchy te mogą być niekiedy bardzo silne i gwałtowne, a objaw ten możemy nazwać bezmysłem gwałtownym albo szaleń-

stwem gwałtownem, bezwolnem i nieświadomem, *Hyperphrenia anoica*.

Niektórzy lekarze chorób umysłowych uważają bezmyśl gwałtowny za zupełnie odrębną, swoistą chorobę umysłową i oznaczają go mianem majaczenia albo bredzenia ostrego gwałtownego (*Delirium acutum furibundum*); inni—jak MEYNERTH—są tego zdania, że objawu tego nie można uważać za odrębną, a tem mniej za swoistą chorobę, gdyż już SCHULZE przyznaje, że ta postać chorobowa nie da się ściśle określić, i nawet w najciężej i najostrzej występujących przypadkach nie zawsze znalazł FUERSTNER w oględzinach pośmiertnych mózgów jakieś zmiany, któreby je odróżniały od mózgów zupełnie prawidłowych.

Jeżeli w niektórych przypadkach znaleźć można zanik i inne zmiany anatomiczne w mózgu samym lub w jego oponach, to wynika z tego, że objawy takie, jakie okazują się w bezmyśle gwałtownym, t. j. w szaleństwie gwałtownem, bezwolnem i nieświadomem, względnie w t. zw. majaczeniu lub bredzeniu ostrem, przedstawić się mogą także często powikłane z omamami zmysłowymi najrozmaitszego rodzaju—w przebiegu najrozmaitszych chorób mózgowych, a nawet czysto cielesnych, gdyż widzimy je nieraz w różnych chorobach zakaźnych gorączkowych i w zatruciach różnego rodzaju, a niekiedy nawet w niedokrewnościach ogólnych i w charłactwie, powstającym z najrozmaitszych przyczyn, a nawet w konaniu, t. j. agonii, gdyż skubanie i różne inne ruchy umierających nie są niczem innym, jak chwytniem różnych widziadeł omamowych.

Choroby ze zmianami anatomicznymi w mózgu, jak ogłupienie z porażeniami, opilstwo przewłoczne itp., powodują nieraz rozpoznanie majaczenia, czyli bredzenia ostrego, *Delirium acutum*, stanowią jednak najczęściej ostre zapalenie opon i kory mózgu, *Meningo periencephalitis acuta*. Napady podobne do płasawicy, *Chorea*, padaczki, *Epilepsia*, i macinnicy, *Hysteria*, pojawiają się nieraz w przebiegu różnych chorób umysłowych i nadają im obraz, który ze swych objawów zasługiwałby może czasem na nazwę bredzenia, czyli majaczenia ostrego, *Delirium acutum*, nie nadają im

jednak przez to odrębnej cechy i nie wpływają na trudniejszą wyleczalność. Objawy bezmysłu gwałtownego bezwolnego i nieświadomego, opisywane jako odrębna choroba umysłowa pod nazwą bredzeuia albo majaczenia ostrego (*delir. acut.*), mogą być bardzo różne i okazywać wielką bardzo zmienność objawów i raz przedstawiać się jako najdziksze szaleństwo, innym zaś razem jako osłupna nieruchomości. Cechą rozpoznawczą, odróżniającą tę chorobę od pomieszania umysłu z podnieceniem tak silnem, że okazuje się obraz szaleństwa gwałtownego, jest całkowite zniesienie świadomości i przytomności w bezmyśle, a utrzymanie jej w mniejszym lub większym stopniu w pomieszaniu umysłu. Od szału gwałtownego różni się ta choroba tem, że w szale utrzymaną jest zawsze zupełna świadomość wszelkich dokonywanych czynów, chociaż przychodzą one zazwyczaj do skutku przy upośledzonej mniej więcej rozwadze i woli.

Celem należytego rozróżnienia tych zewnętrznie dosyć podobnych, w istocie rzeczy zaś zupełnie i zasadniczo różnych stanów umysłu, możemy nazwać objawy szaleństwa gwałtownego w szale szaleństwem gwałtownem rozmyślnem i często nawet dowolnem, *Hyperphrenia furiosa eunoica*; podobne objawy w pomieszaniu umysłu—szaleństwem gwałtownem bezmyślnem, świadomem (częściowo) *Hyperphrenia furiosa dysnoica*; w bezmyśle zaś—szaleństwem gwałtownem nieświadomem, *Hyperphrenia furiosa anoica*.

Objawy szaleństwa gwałtownego nieświadomego, a przeto także bezwolnego, pochodzące z jakichkolwiek przyczyn, należy też z tego powodu odróżniać ściśle od innych podobnych stanów umysłu, albowiem przedstawiają one zawsze bardzo groźne niebezpieczeństwo dla chorego, gdyż sprowadzają często, przez szybkie wyczerpanie się sil jego, nagłe osłabienie ogólne i śmierć wśród objawów ogólnego zapadu i porażenia serca, a nadto powodowane są zawsze bardzo poważnemi i groźnemi zaburzeniami w czynnościach mózgowych najrozmaitszego rodzaju.

Ruchy podobne, jakie się okazują w przebiegu szaleństwa gwałtownego bezwolnego i nieświadomego, mogą

być więcej jeszcze złożonemi i pozornie zupełnie celowymi, a więc pozornie dowolnymi, gdy, obok zniesionej zupełnie świadomości istnieje, utrzymanie czucia, chociaż nieświadomego; w takim bowiem razie okazują się bardzo liczne odruchy nieświadome. Doświadczenie naukowe uczy, że odruchy różnego rodzaju wzmagają się znacznie, gdy nastąpi z jakiegokolwiek powodu znaczne upośledzenie lub nawet całkowite zniesienie świadomości i przychodzą do skutku przez pośrednie podrażnienia ośrodków ruchowych mózgowo-rdzeniowych.

Jeżeli przeto jakiekolwiek odruchy pojawiają się przy zniesionej świadomości, możemy objaw ten nazwać bezmysłem odruchowym, *Aphrenia reflexiva*. Tu należą wszystkie dopiero co wyżej wymienione ruchy, jeżeli powodem ich było nie bezpośrednio, ale pośrednie zadrażnienie, wywołane jakimś poczuciem—zawsze w takich razach ogólnem tylko i nieokreślonem—np. w skórze swędzeniem, lechtaniem, bólem, klóciem, gniecieniem, ciśnieniem itp.

Na tej podstawie przychodzi do skutku bezmysłne i bezwolne, czysto odruchowe drapanie się po skórze, rozdrapywanie pryszczów, strupów i różnych wyrzutów skórnych; dalej zdejmowanie odzienia i obnażanie się, targanie, przeciąganie, skręcanie odzienia i pościeli w różny sposób, zbieranie go w kupę lub rozrzucanie, odrywanie guzików i różnych wyniosłości na odzieniu i pościeli, rozdzieranie ich ząbków, usiłowanie wyciągnięcia ze ściany lub skądinąd wystających przedmiotów, których chorzy przypadkowo się dotknęli, chwytanie ich i odrzucanie lub gniecienie i łamanie itp.

Takie czysto odruchowe, a przytem zupełnie bezwolne i nieświadome ruchy mogą być niekiedy bardzo licznymi i gwałtownymi i tworzyć obraz szaleństwa gwałtownego, bezmyślnego, które w tym razie możnaby nazwać odruchowem (*Hyperphrenia anoica reflexiva*).

Do bezmysłu zaliczonym być może także ten stan umysłu, w którym zniesioną jest zupełnie tylko rzeczywista świadomość świata zewnętrznego tudzież rzeczywista świadomość o własnej osobie, a więc zniesioną jest świado-

mość rzeczywista, zarówno przedmiotowa, jak i podmiotowa, a natomiast istnieje bezładna wyobraźnia bezwiedna i bezwolna, polegająca na samoistnem odtwarzaniu się różnych obrazów zmysłowych, ustalonych w umyśle (w wyobraźni). Takie samoistne, bezładne i bezmyślne odtwarzanie się obrazów zmysłowych, ustalonych w umyśle, przychodzi do skutku pod wpływem bezpośredniego podrażnienia odpowiednich ośrodków mózgowych korowych na tej samej zasadzie i z tych samych powodów, na których mocy przychodzi do skutku bezpośrednio podrażnienie ośrodków mózgowych ruchowych, powodujące bezwiedne i bezwolne ruchy różnego rodzaju, jak to widzimy w bezmyśle ruchowym. Jeżeli równocześnie także ośrodki zmysłowe podkorowe są zadrażnione, nabierają odtworzone w wyobraźni obrazy zmysłowe siły i wyrazistości takiej, jaką dają rzeczywiście spostrzegane przedmioty, i skutkiem tego okażą się omamy zmysłowe. Bezmyśl taki możnaby nazwać o m a m o w y m, *Aphrenia hallucinatoria*. Zazwyczaj nazywamy stan ten o d u r z e n i e m, albowiem pojawia się on najczęściej skutkiem pewnych zmian chemicznych w mózgu. W stanie takim okazują się zazwyczaj jedno i te same obrazy omamowe, czasem jednakże bywają one bardzo różnorodne i zupełnie bezładnie się ze sobą mieszające. Stan ten nazwaćby można bezmyśłem omamowym niezbornym, *Aphrenia hallucinatoria dysnoica*.

Niekiedy okazuje się w tym stanie łączenie się bezwolne i bezwiedne obrazów zmysłowych w sposób dość zwięzły, co ogarnąć może znaczniejszy zakres kory mózgowej, tak że przychodzi do skutku odtwarzanie się całego szeregu ustalonych w umyśle wrażeń i wyobrażeń pozornie wedle pewnej myśli przewodniej i chory doznawać może przytem nawet pewnych uczuć, które nie mają żadnej podstawy zewnętrznej, t. j. rzeczywistej, czyli zmysłowej, a powodowane są samą tylko błędną myślą, jaką dane omamy wytwarzają. Choremu może się np. zdawać na podstawie obrazów i uczuć czysto omamowych, że jest w niebie lub w piekle wśród odpowiedniego otoczenia, że odbywa jakąś wycieczkę lub podróż lądową, morską albo napowietrzną.

na, że jest napadniętym przez zbójców albo prowadzi jakąś wojnę itp.

Stan ten możnaby nazwać bezmyśłem omamowym zbornym obłądowym, *Aphrenia hallucinatoria paranoica*.

W bezmyśle omamowym, zarówno niezbornym, jakoteż zbornym, obłądowym, przedstawia się choremu zupełnie to samo, co niekiedy w śnie zwyczajnym się zdarza, stan ten jest więc w wielu względach do snu podobnym. W bezmyśle omamowym nie ma rzeczywistych omamów, ale tylko omamy wrzekome, do sennych podobne, i dlatego możnaby je nazwać omamami sennymi. Wiadomą jest wszystkim rzeczą, że niekiedy śnią się nam najrozmaitsze rzeczy i że obrazy senne okazywać mogą przy tem większą lub mniejszą zborność. t. j. pewien ład i porządek lub też bywają niezborne, t. j. nie okazują żadnego ładu i porządku i żadnego związku ze sobą. Sen może być przeto, podobnie jak odurzenie, zbornym, obłądowym i niezbornym. Wiadomą jest też rzeczą, że we śnie przychodzić mogą, skutkiem samego tylko odtwarzania różnych obrazów zmysłowych, różne, niekiedy nawet bardzo silne uczucia, związane, t. j. połączone, czyli skojarzone z niemi w wyobraźni. Niekiedy uczucia te są tak silne, że przenoszą się na zakres ośrodków ruchowych, a, drażniąc je odpowiednio, powodują pewne ruchy, z uczuciami temi związane, t. j. połączone czyli skojarzone. W takim razie mówimy, że sen jest niespokojnym i wśród snu takiego wykonywują ludzie różne ruchy, niekiedy nawet bardzo gwałtowne, np. zrywając się z pośłania, rzucając się na różne strony, uderzając rękami i nogami o pośłanie, ściany lub otaczające przedmioty. wykrzykują, rozmawiają sami ze sobą itp. Jeżeli wśród takiego snu utrzymanem jest czucie zmysłowe, chociaż w wysokim stopniu upośledzone. wówczas poczucie nieokreślone łączy się z obrazami sennymi i powoduje pewne nowe wyobrażenia, stosowne do treści snu. W takich razach bywają zazwyczaj i odruchy utrzymane, a niekiedy nawet podwyższone, i osoby śpiące mogą w tym stanie wykonywać bardzo złożone i pozornie obmyślane, celowe ru-

chy, podobne do czynów dowolnych, rozmyślnych. Mogą np. wstać z łóżka, opuścić mieszkanie i przechadzać się około domu lub udać się gdzieś w dalszą drogę i przytem różne wykonywać czynności. Objaw ten zwiemy senną obłądzeniem (*somnambulismus*, *hypnophrenia ambulatoria*).

Zdarzyć się może, że czucie zmysłowe jest w takich razach częściowo tylko uśpionem, że zatem osoby, w tym stanie będące, odczuwają silniejsze wrażenia, działające na każdy zmysł z osobna, lecz nietylko że nie mają o nich dokładnego wyobrażenia, ale nie mają wcale o nich świadomości lub też mają świadomość niewłaściwą, zastosowaną wyłącznie do treści omamów sennych, zajmujących całkowicie umysł w danej chwili. Osoby, znajdujące się w takim stanie, widzą pewne przedmioty, ale przedstawiają je sobie całkiem inaczej, niż one są w istocie; słyszą różne głosy, słyszą różne wyrazy i zdania, ale ich treści nie rozumieją należycie, lecz całkiem inaczej odczuwają. To samo tyczy się też innych zmysłów.

Osoby, znajdujące się w tym stanie, ulegać będą przeto różnym złudzeniom zmysłowym, zastosowanym głównie do treści omamów sennych, jakim chwilowo ulegają. I tak np. gdy na podstawie tych omamów sennych zdawać się im będzie, że znajdują się w niebie, wówczas osoby otaczające uważać będą za mieszkańców nieba, a więc za świętych, aniołów itp., i, rozmawiając z ludźmi, sądzić będą, że rozmawiają ze świętymi, aniołami itp., i będą się starali oddawać im odpowiedni hołd, będą się do nich modlili itp. Gdy zdawać się im będzie, że są w piekle, uważać będą osoby otaczające za szatanów i odpowiednio do tego zachowywać się będą. Świat zewnętrzny przedstawiać się im będzie przeto bardzo rozmaicie, stosownie do treści chwilowych omamów sennych. Gdy jakoś i treść tych omamów ulegać będzie zmianie, zmieniać się także będzie odpowiednio wyobrażenie o świecie zewnętrznym i oddziaływanie na zewnątrz. Dlatego też chorzy tacy będą się okazywali rozpromienionymi i upojonymi błogiem szczęściem i zadowoleniem, gdy treść omamów sennych, a więc i złudzeń zmysłowych, będzie miłą i wzniosłą, a, przeciwnie, staną się płaczącymi,

lęklivymi, trwożliwymi, przerażonymi, a nawet gwałtownymi, gdy treść omamów sennych, a więc i złudzeń zmysłowych, stanie się przykrą, straszną, niepokojącą i groźną. Takie właśnie stany umysłu, w których, obok silnych omamów sennych, istnieją odpowiednie złudzenia zmysłowe z odpowiednią działalnością nazewnątrż, zwiemy z a m r o c z e n i e m s e n n y m z ł u d z e n i o w o o m a m o w e m, *Hypnophrenia-illusorio-hallucinatoria*.

Zamroczenie senne może być zupełnem, jeżeli chorzy nie są wcale w możności odczuwać należycie wrażeń zewnętrznych, i w takim razie nie pamiętają zazwyczaj tego, czego w stanie sennym doznawali, co czuli, co myśleli i robili.

Zamroczenie senne zupełne połączone przeto bywa zazwyczaj ze zniesieniem świadomości i pamięci doznanego stanu, co zwiemy bezpamięcią (*Amnesia*). Niekiedy zamroczenie senne bywa tylko częściowem, a wtedy chorzy nie są pozbawieni całkowicie świadomości i pamięci o tem, czego w swym stanie chorobliwym doznawali. W tym atoci razie świadomość i pamięć bywa bardzo niedostateczną i niewyraźną albo błędną (*Dysmnesia*). Stan taki zwiemy zamroczeniem niezupełnem, czyli półsennem (*Hypnophrenia incompleta*).

Stan podobny do zamroczenia sennego zupełnego lub niezupełnego, t. j. półsennego, da się u niektórych osób wśród pewnych warunków rozmyślnie i sztucznie wytworzyć, a wtedy można osobom tym różne poddawać myśli i wyobrażenia i rozmyślnie i sztucznie różne wytwarzać u nich złudzenia zmysłowe, np. dawać jeść surowe kartofle, a wmawiać i sprawiać odpowiednie uczucie, że jedzą doskonale jabłka itp.

Stan ten zwiemy usennieniem (*Hypnotismus*). Tak zamroczenie senne zupełne i niezupełne, tudzież usennienie może być zbornem, albo niezbornem, t. j. bezładnem, stosownie do tego, czy treść wyobrażeń okazuje pewien ścisły ład i związek, czy nie. Należyte poznanie i ocena różnego rodzaju zamroczenia umysłu ma bardzo wielkie znaczenie w medycynie sądowej, daje się ono bowiem dość

często spostrzegać, szczególnie u osób padaczkowych lub zatrutych jakimiś ciałami odurzającymi. Objawy, podobne do opisanych, okazać się mogą także w stanie półsen-
nym naturalnym, w jakim znajduje się człowiek zupełnie
zdrowy na umyśle w czasie rozpoczynającego się lub koń-
czącego snu prawidłowego. W tym bowiem razie obrazy
omamowe sennie mieszają się z obrazami zmysłowymi rze-
czywistymi, a nadto z powodu nadmiernej drażliwości
ośrodków zmysłowych podkorowych, a upośledzonej—bo
uśpionej częściowo—równocześnie czynności ośrodków móz-
gowych korowych, łatwo bardzo przychodzą do skutku
złudzenia zmysłowe najrozmaitszego rodzaju, nawiązujące
się zazwyczaj do treści omamów i wyobrażeń sennych. Są
ludzie, którzy bardzo łatwo budzą się ze snu, choćby naj-
mocniejszego, i bardzo prędko, bo w ciągu jednej minuty,
a nawet i prędzej jeszcze, zaczynają należycie pojmować
otoczenie i cały świat zewnętrzny, otrząsają się zatem od-
razu z widziadeł i wyobrażeń sennych. Niektórzy potrze-
bują jednakże dłuższego czasu, niekiedy kilkanaście, a na-
wet kilkadziesiąt minut, zanim się ze snu całkowicie otrzą-
sną—i w tym stanie półsen-
nym zupełnie podobnie się za-
chowują, jak osoby zamroczone, a przeto mogą popełniać
w tym czasie nieświadomie i bezwolnie różne czyny niewła-
ściwe, a nawet zbrodnicze.

Zdarzyć się może, że, mimo rozlicznych omamów zmy-
słowych, nie sennych, ale rzeczywistych, działających na
umysł, czucie zmysłowe i świadomość o świecie zewnętr-
znym i o własnej osobie jest całkowicie utrzymaną, tak że
życie zmysłowe rzeczywiste i omamowe w równej okazuje
się sile, i osoby tym stanem dotknięte nie potrafią rozróżnić
obrazów zmysłowych rzeczywistych od omamowych. W ta-
kim stanie umysłu okazywać się może pewna zborność
uczuć, wyobrażeń i myśli, i wtedy zaliczyć go należy do
obłądu omamowego (*Paraphrenia hallucinatoria*); alboważ
okazuje się większa lub mniejsza w tym względzie niezbor-
ność, a wtedy zaliczyć go należy do niezborności umysłu
omamowej, czyli do pomieszania umysłu omamowego (*Dys-
phrenia hallucinatoria*).

W jednym i drugim razie spostrzedz się daje wielkie podobieństwo do odurzenia niezupełnego. Odurzenie jest zupełnem tylko wtedy, gdy świadomość rzeczywista tak przedmiotowa, jakoteż podmiotowa, jest całkowicie zniesioną.

Często objawy życia omamowego okazują znacznie mniejszy stopień, niż objawy życia rzeczywistego, a w takim razie chorzy, do pewnego stopnia, mogą rozróżnić, co jest rzeczywistością, a co omamem. Ten stan umysłu widzimy często bardzo w okresie wstępnym, jakoteż końcowym choroby, a przeto stanowi on niejako stan pośredni między zdrowiem a chorobą. Ponieważ w odurzeniu niezupełnem, tak zbornem, jak i niezbornem, objawy życia omamowego mieszają się ciągle z objawami życia rzeczywistego, przeto dokładne i należyte spostrzeganie zmysłowe stawać się musi nieraz rzeczą niemożliwą, i osoby takie muszą dlatego często błędnie pojmować to, co spostrzegają i co odczuwają, a więc ulegać muszą licznym złudzeniom zmysłowym.

Dodać nadto muszę, że okazująca się zazwyczaj w tych razach zbyt duża drażliwość ośrodków zmysłowych mózgowych pewnych zmysłów, powodująca omamy w ich zakresie, sprawia, że często prawie każde zadrażnienie odpowiedniego zmysłu przyczynia się do wytwarzania się danych omamów.

Stany umysłu, które opisałem wyżej pod nazwą otumanienia, odurzenia i zamroczenia, ściśle odróżnić należy od bezładu, t. j. niezborności, czyli pomieszania umysłu złudzeniowego, omamowego i złudzenio-omamowego.

Wszystkie stany powyższe, jeżeli są zupełne, t. j. całkowicie rozwinięte, cechują się zupełnym brakiem przytomności, t. j. niemożnością przyjmowania do świadomości, a więc niemożnością przyjmowania zewnętrznych wrażeń zmysłowych.

Otumanienie jest zupełnem wtedy, jeżeli umysł pozbawionym jest wszelkiej działalności i ani nie przyjmuje wrażeń zewnętrznych, t. j. nie tworzy żadnego uczucia, ani nawet pocucia, nie tworzy żadnych myśli, ani przeto też nie

wykonywa żadnych ruchów świadomych, rozmyślnych i dowolnych. Jeżeli w takim stanie umysłu widzimy jakieś ruchy, które w niektórych razach mogą być nawet bardzo wzmożone, to ruchy te są albo czysto odruchowe, albo też pochodzą od bezpośredniego podrażnienia odpowiednich ośrodków mózgowych ruchowych, a w obu razach są nie tylko bezwolnymi, ale nawet zupełnie nieświadomymi. Ruchy czysto odruchowe są możliwe nawet po całkowitem usunięciu kory półkól mózgowych, o czym najlepiej doświadczeniem na zwierzętach przekonać się można. Dlatego otumanienie zupełne, w którym zniesiona jest przytomność, a więc świadomość i wola, musi być zaliczonem do bezmysłu zupełnego (*Aphrenia completa*).

Odurzenie jest zupełnem wtedy, jeżeli umysł nie przyjmuje wprawdzie wrażeń ze świata zewnętrznego, ale zdolnym jest do tworzenia objawów życia umysłowego skutkiem pobudzenia do czynności ośrodków mózgowych, a głównie kory mózgowej przez jakieś bodźce czysto wewnętrzne, np. stałe i silne czynne przekrwienie mózgu, a szczególnie kory mózgowej, lub też przez jakieś składniki krwi nieprawidłowe, już to w samym ciele powstałe, t. j. zatrucie własne swoiste, już też z zewnątrz pochodzące, t. j. zatrucie obce. Cechą odurzenia jest obecność tak silnego podrażnienia ośrodków mózgowych, zwłaszcza korowych, że przyjmowanie wrażeń ze świata zewnętrznego staje się niemożliwym, a przeto i niemożliwym będzie świadome oddziaływanie nazewnątr. W odurzeniu będziemy przeto widzieli już to obecność niezwykle silnych omamów zmysłowych, przyczem chorzy patrzą na wszystkie strony i przysłuchują się czemuś, ale osób i rzeczy otaczających wcale nie widzą, ani ich głosu nie słyszą, już to bredzenie ustawiczne bez związku, przyczem chorzy wcale na mowę osób otaczających nie zwracają uwagi, już też wykonywanie różnych ruchów pozornie celowych i rozmyślnych, ale w rzeczywistości bezmyślnych i bezcelowych, a nawet nieświadomych, chociaż niekiedy bardzo gwałtownych. Objawy te spostrzegamy dosyć często w przebiegu różnych ostrych chorób zakaźnych gorączkowych, t. j. przy t. zw. bredzeniu czyli ma-

jaczeniu ostrem gorączkowym (*Delirium acutum febrile*); nie rzadko widzimy je także w czasie przełomu, t. j. *crisis*, ost-
rych chorób zakaźnych lub też po przełomie, gdy nagle go-
rączka mocno spadnie albo nawet zupełnie ustanie. Jest to
t. zw. bredzenie albo majaczenie ostre pogorączkowe (*Deli-
rium acutum postfebrile*). Rzadko stan taki jest wynikiem
czystej choroby umysłowej; częściej pochodzi od różnych
chorób organicznych mózgu, a mianowicie od silnego prze-
krwienia czynnego lub biernego mózgu ropni mózgowych
lub zapaleń opon albo kory mózgowej itp.

W odurzeniu czynność mózgu bywa zazwyczaj silnie
wzmoczoną, a tylko świadomość świata zewnętrznego znie-
sioną. Niekiedy spostrzegać się daje nadmiar ruchów róż-
nego rodzaju, czasem bardzo gwałtownych; dla tego stan
taki nazwaćby można szaleństwem gwałtownem nieświadom-
mem omamowem, *Hyperphrenia anoxica hallucinatoria*. Stan
ten zaliczają niektórzy lekarze chorób umysłowych do obłą-
du, czyli majaczenia ostrego (*Delirium acutum*), które uwa-
żają za odrębną swoistą chorobę umysłową. Zamroczenie
senne okazuje wiele podobieństwa do odurzenia. Różnica
między obu tymi stanami umysłu polega na tem, że przy
odurzeniu czynności umysłowe okazują zazwyczaj brak
związku i kojarzenia, w zamroczeniu zaś widzimy niekiedy,
przeciwnie, ruchy skojarzone, a nawet czynności bardzo
złożone, zmierzające do pewnego celu.

Osoby odurzone nie tylko nie zwracają uwagi na oto-
czenie, ale go wcale nie spostrzegają, i tylko odruchowo, t. j.
zupełnie bezmyślnie i nieświadomie na nie oddziałują.
Osoby zamroczone odczuwają wprawdzie różne wrażenia
zmysłowe, pochodzące ze świata zewnętrznego, ale ich nie
poznają, lecz łączą błędnie doznawane wrażenia z obraza-
mi senno-omamowymi, zajmującymi chwilowo całkowicie
ich umysł, ulegają przeto równocześnie rzeczywistym oma-
mom sennym i złudzeniom zmysłowym.

Osoby, dotknięte stanem zupełnego zamroczenia i odu-
rzenia, nie pamiętają zazwyczaj wcale tego, co się w tym
stanie z nimi działo. Przy otumanieniu, gdy czynność
kory mózgowej jest wykluczoną całkowicie, nie może ist-

nieć ani ślad pamięci tego, co się w tym stanie działo z odnośniami osobami. Odurzenie, otumanienie i zamroczenie może być niekiedy niezupełnem, t. j. częściowem tylko, a wtedy nie jest wykluczoną częściowa przytomność i świadomość. Takie częściowe odurzenie, otumanienie i zamroczenie wikła się nieraz z pomieszaniem umysłu, chociaż różni się istotnie, bo nawet anatomicznie od niego.

Przy pomieszaniu umysłu upośledzoną jest bowiem tylko zdolność przewodnictwa włókien, łączących różne działy i zakresy życia umysłowego; natomiast utrzymaną jest zdolność przewodnictwa włókien rzutowych, czyli projekcyjnych, t. j. przeprowadzających wrażenia od obwodowych do mózgowych ośrodków zmysłowych, przez które odnosimy doznane pocucia, t. j. otrzymane obrazy zmysłowe, do świata zewnętrznego i niejako rzucamy je w świat zewnętrzny. Przy otumanieniu właśnie to ostatnie przewodnictwo jest upośledzonym najbardziej, tak że wrażenia świata zewnętrznego, działające na zakończenia obwodowe nerwów zmysłowych, wcale nie przechodzą do ośrodków mózgowych, i dla tego też wcale odczute nie bywają. W odurzeniu i zamroczeniu częściowem istnieć może słabe i nieokreślone poczucie różnych wrażeń zmysłowych i zazwyczaj treść ich zastosowuje się do treści omamów rzeczywistych, względnie sennych, zajmujących umysł w danej chwili. Jeżeli przeto w tym stanie chorzy wykonywują niekiedy pewne ruchy, a nawet złożone czynności, zmierzające pozornie do pewnego obmyślanego celu, to nie czynią tego skutkiem świadomego i własnowolnego oddziaływania na podniety zewnętrzne, bo tych albo wcale nie odczuwają, albo też odczuwają je w niewłaściwy sposób, ale cokolwiek czynią, czynią głównie skutkiem działania podnięt niewłaściwych, powstałych w samych ośrodkach mózgowych, albo też działają czysto odruchowo z wykluczeniem czynności kory mózgowej. Czyste odruchy [bezmysłne i nieświadome] pojawiać się mogą i rzeczywiście pojawiają się, nie tylko w odurzeniu i zamroczeniu, ale nawet w otumanieniu, t. j. w bezmyśle zupełnym. Z tego, co

W każdej z przytoczonych wyżej postaci bezmysłu zupełnego od 1—10 można rozróżnić, wedle przebiegu tudzież wedle sposobu pojawiania się, takie same rodzaje, jak w pomieszaniu umysłu, i dlatego pomijam tu ten podział, aby się nie powtarzać zbytecznie. [D. c. n.]

C Z Y N N O Ś C I

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

P R O T O K Ó Ł Y.

Rok 1899.

Posiedzenie kliniczne dnia 6 Czerwca 1899 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

T r e ś ć: K. RYCHLIŃSKI. — Przyczyny powstawania bezwładu postępującego [Dokończenie].

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Do biblioteki D-r Józef TALKO nadesłał swoją „Mowę, wygłoszoną w dniu otwarcia nowej c. k. kliniki okulistycznej w Krakowie 28 Listopada 1898 r.“

III. K. RYCHLIŃSKI wygłosił drugą część odczytu p. t. „Przyczyny powstawania bezwładu postępującego“.

Mówca przedewszystkiem zwrócił uwagę, że od chwili niemal ustalenia bezwładu postępującego w odrębną grupę cierpień organicznych mózgu zjawiała się myśl o przyczynowym związku przymiotu z bezwładem. Różnice, zachodzące w poglądach wielu bardzo autorów na omawianą sprawę, są nie wielkie; zamiast przeto przytaczać zdania poszczególnych autorów, zatrzymał się R. na teorii FOURNIER'a, który najzarliwiej przemawia za przymiotowem pochodzeniem bezwładu postępującego. Rozbierając punkt po punkcie twierdzenia FOURNIER'a, przychodzi R. do tego wniosku, że, idąc śladami ostatniego autora, nie da się obronić teorya przymiotowego dochodzenia bezwładu, gdyż, wbrew twierdzeniom FOURNIER'a, bezwład postępujący wśród kobiet coraz więcej się szerzy, na co wskazują liczni badacze; 2) wbrew twierdzeniu

Pam. Tow. Lek. T. 95. Z. III,

58

FOURNIER'a, który utrzymywał, że na stole sekcyjnym często spotykamy zmiany właściwe bezwładowi i przymiotowi, R., opierając się na obszernej pracy BREHM'a, sądzi, że badanie ośmiertne stosunkowo mało zmian wspólnych tym 2-om cierpieniom wykazuje. Podkreślana przez wielu autorów marskość narządów wewnętrznych, która ma świadczyć o przymiotowym pochodzeniu, zdaniem R. nie może służyć za dowód, gdyż spotyka się na wielu innych trupach, co do których wiadomo, że za życia chorzy ci przymiotu nie przechodzili. Mówca, powołując się na spostrzeżenia THOMSEN'a i BREHM'a, sądzi, że niesłusznie FOURNIER bezwład postępujący radzi nazywać „w i ą d o p a r a l i z e m”. I badania kliniczne, i anatomo-patologiczne przemawiają za tem, że kombinacya bezwładu z cierpieniem tylnych pęczków rdzenia stosunkowo jest nie tak częsta.

Nie bacząc na to, że, naukowo rzecz biorąc, nie da się związać wpływ przymiotu na powstawanie bezwładu, jednakże wpływ ten istnieje, i dla tego R. zatrzymuje się nad rozstrzygnięciem pytania, czy przymiot działa ujemnie na układ nerwowy niektórych osobników, dzięki istnieniu zarazków, czy też powstający bezwład jest t. zw. objawem parasyfilitycznym, i na zasadzie zestawienia panujących obecnie teorii odnośnie do późnych objawów przymiotu przychodzi do wniosku, że raczej druga teoria może być brana pod uwagę. Jeżeli jednak przymiot odgrywa rolę czynnika przygotowującego grunt pod przyszły bezwład postępujący, to muszą mieć pewne znaczenie w sprawie powstawania bezwładu i inne czynniki, jak nadużycia wyskokowe, nadmierna praca umysłowa, częste wstrząśnienia moralne lub uraz. Zastanawiając się nad powyższymi przyczynami, R. sądzi, że nadużycia wyskokowe są w stanie przyspieszyć wybuch cierpienia, wywołać go jednak nie mogą. Przewlekłe pijaństwo, zdaniem mówcy, jest *sui generis* długotrwałem cierpieniem, w którego przebiegu zjawiać się mogą okresy, wielce bezwład przypominające. „Rzekome te cierpienia”, jak dawniej je nazywano, zdaniem R. zjawiają się w przebiegu przymiotu, pijaństwa i cukrzycy. Nadmierna praca umysłowa, moralne wstrząsy, stanowią kategorię czynników przyspieszających wybuch bezwładu, lecz nie wywołujących to cierpienie. To samo da się powiedzieć o wpływie urazu.

Nowsza teoria głosi, że bez swoistego usposobienia wybuch bezwładu jest niemożliwy, gdyż ani przymiot, ani cały szereg innych przyczyn, same przez się, wywołać bezwładu nie są w stanie. Rzecznikiem „swoistego anatomo-chemicznego stosunku w utkaniu mózgowia” przyszłych paralityków jest NÄCKE, który w obszernej swej pracy dowodzi, że tylko u osobników z wrodzonym usposobieniem przymiot, a szczególnie moralne wstrząśnienia i t. p. przyczyny, bezwład wywołać są w stanie. Nie odrzucając zasadniczej

myśli tego autora, mówca powołuje się na zestawienie ożnak zwyrodnienia, które spostrzegał NÄCKE u balanych paralityków, i wyprowadza wniosek, że jak dotąd, dowodzenia NÄCKE'go spotkać się muszą z pewnem niedowierzaniem.

Ponieważ ani teoria bezpośredniego wpływu przebytego przymiotu na powstawanie bezwładu, ani też znaczenie pierwszego cierpienia, jako czynnika, przygotowującego grunt pod przyszły bezwład, drogą czysto naukowych dowodzeń, nie da się ugruntować, dlatego, zdaniem R., zjawiała się teoria MAIRET'a i VIRES'a, którzy twierdzą, że bezwład postępujący jest wynikiem odziedziczzonego usposobienia, w pierwszej linii do cierpień natury artrytycznej. Przymiot itp. przyczyny, zdaniem tych autorów, mały lub prawie żadnego nie mają wpływu na powstawanie bezwładu.

Wypowiedziawszy wszystkie wątpliwości, jakie się zjawić mogą w umyśle każdego, kto nad przyczynami powstawania bezwładu się zastanawiał, R. sądzi, że przymiot ma pewien wpływ na powstawanie bezwładu. Wpływ ten rozumieć należy w tym sensie, że choroba ta przygotowuje grunt pod przyszłe cierpienie. R. pragnie, by w badaniach nie ograniczano się wyłącznie do istoty mózgowej paralityków, lecz aby badano wszystkie wewnętrzne narządy, gdyż tą drogą, być może, uda się w przyszłości wytłumaczyć, dla czego bezwład przebiega pod tyloma postaciami; być może uda się też wyjaśnić, jaką drogą ten lub ów czynnik działa ujemnie na układ paralityków. [Autoreferat].

W dyskusyi St. MARKUSFELD zaznacza, że w 1897 r. [Posiedzenie 21, X. 28, X. Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 1091—1097 i 1102—1113], mówiąc w tem miejscu o L e c z e n i u o b j a w ó w p a r a s y f i l i t y c z n y c h, a przeważnie jednego z nich, t. j. t. zw. w i ą d o p a r a l i z u, obszernie rozbierał przyczyny powstawania omawianego cierpienia, gdyż leczenie i zapobieganie opierał w dużej części na etyologii.

Szanownemu Prelegentowi należy się szczerza wdzięczność, że znowu podniósł i poddał dyskusyi tę tak ważną sprawę.

Wnioski, do jakich doszedł MARKUSFELD wtedy, różnią się znacznie od wniosków Sz. Prelegenta. Chcąc różnicę tę objaśnić, należałoby punkt po punkcie rozebrać pracę, którąśmy dopiero co wysłuchali. M. nie omieszka tego uczynić po ukazaniu się jej w druku. Kwestya etyologii, albowiem, w cierpieniu, w którym postawienie rozpoznania jest wyrokiem śmierci intelektualnej dla jednego z bardziej inteligentnych, zwykle, członków społeczeństwa, jest kwestyą podstawową, gdyż pozwala nam choć w części zapobiegać cierpieniu nieuleczalnemu. Tutaj należy zrobić parę sprostowań i zwrócić uwagę na niektóre niejasne punkty, o ile je można było podczas odczytu zauważyć.

Otóż TARNOWSKI w ostatnich latach zaprzeczał wszelkiej łączności paraliżu z przymiotem. Jeżeli FOURNIER dowodzi pewnej

zależności paraliżu od przymiotu, między innemi i na mocy tego, że przymiot i paraliż postępujący zdarzają się rzadziej u kobiet, niż u mężczyzn, a na mocy danych statystycznych ze szpitala w ostatnich latach stosunek leczebny chorych na paraliż kobiet do liczby mężczyzn ciągle wzrasta, to niczego to jeszcze nie dowodzi, choćby już z tego względu, że my nie nie wiemy o rzeczywistej liczbie paralityków mężczyzn i kobiet wśród danego społeczeństwa. Ze względu więc na zwiększanie się liczby paralityków obojga płci w ostatnich czasach, spostrzegane jednomyślnie przez wszystkich, którzy się tą sprawą zajmowali, dalej, ze względu na przewlekłość omawianego cierpienia i wreszcie ze względu na stały brak miejsc w szpitalach dla umysłowo chorych, odsetka paralityków w szpitalach i mężczyzn i kobiet musi w stosunku do innych chorych stale się zwiększać. Chociaż w statystyce BREHM'a, na którą się prelegent w swym odczycie powołuje, zależność od przymiotu marskości nerek i śledziony przyjmowana jest z przekąsem i głębokiem niedowierzaniem, to jednak należałoby w danej kwestyi co najmniej wyczekiwać dalszych badań; obecne bowiem dane naukowe są zbyt skąpe. M. pozwala sobie tylko zwrócić uwagę, że gdy 20 kilka lat temu WELCK na mocy ścisłych danych statystycznych dowodził zależności tętniaków od przymiotu, pracę jego spotkało jeszcze większe niedowierzanie. Dalsze badania, między innemi ETIENNE'a, który w 70% tętniaków acrtę dowiódł istnienia przymiotu w wywiadach, a w 17% wykazał istnienie jednocześnie innych objawów przymiotu, wyświełiliły znaczenie przymiotu dla powstawania omawianego cierpienia. I obecnie liczba przypadków wyleczenia tętniaków aorty za pomocą leczenia swoistego ciągle wzrasta [Moritz SCHMIDT, Aron, Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 12—99]. Jeżeli laseczka gruźlicza może wywołać w skórze ludzkiej tyle form chorobowych różnych i pod względem klinicznym i pod względem prognostycznym, to dlaczego przymiotowe cierpienie naczyń mózgu ma zawsze wywoływać jedną postać chorobową. Szanowny prelegent nie zgadza się na wiądoparaliż, jako na jednostkę chorobową z przeważającym umiejscowieniem raz w rdzeniu, to znowu w mózgu, ponieważ, jak słusznie twierdzi, zdarzają się przypadki zarówno wiądu, jak i paraliżu postępującego i od względem klinicznym zupełnie czyste. Podług M. to jeszcze nie racya. Bo wszakże nie w każdym przypadku gruźlicy płuc zajęte są jednocześnie przez sprawę gruźliczą przypuścmy i kiszek i opony mózgowe. A jednak łączymy wszystkie te, czyśto klinicznie samodzielne, postacie chorobowe w jednostkę chorobową gruźlicą. Czynimy to dlatego, że 1) moment przyczynowy i zmiany anatomiczne są te same, 2) często u jednego osobnika współistnieją i gruźlica płuc, i gruźlica kiszek, i gruźlicze zapalenie opon mózgowych; 3) wiele jest wspólnych objawów chorobowych. To samo mamy przy wiądzie rdzenia i przy paraliżu po-

stępującym. A mianowicie: 1) Zmiany anatomiczne w obydwu cierpieniach są te same, stosunek ich do przebytego przymiotu jest ten sam; 2) w kolosalnej ilości przypadków paralizu postępującego znajdujemy zmiany w rdzeniu. Nie są to zmiany nerwów obwodowych, jakie znajdujemy w gruźlicy, na co powołuje się Szanowny prelegent, bo zmiany w nerwach obwodowych znajdujemy i w różnych otruciach, i w przebiegu wszystkich chorób ogólnych zakaźnych ostrych i przewlekłych itd. Lecz są to, jak np. dowiódł GAUPT, zmiany w rdzeniu, dotyczące 97½% wszystkich obserwowanych przez niego paralityków (na 38 w 37, przyczem z tych 37 przypadków--w 24 były zajęte tylne i boczne pęczki w 9 tylko tylne, w 3 boczne, w 1—tylne i *sclerosis multiplex*); NAGEOTHE w ⅔ przypadkach znajdował także zmiany, FUERSTNER w 85%. Dotychczas nie znamy ani jednego innego cierpienia umysłowego, przy którym byłyby obserwowane tak stale zmiany w całych systemach rdzenia. Wreszcie po 3) w obydwu cierpieniach mamy wspólność następujących objawów chorobowych: a) paraliż mięśni ocznych w 20% [SIEMERLING i BOEDEKER], b) nieruchomość żrenie na światło przy zachowaniu oddziaływania na akkomodację [SEELIGMAN u 71,7%—77% wraz z wątpliwymi SIEMERLING, badając 9160 chorych umysłowych, znalazł u 1639 odruchową nieruchomość żrenie, a z nich 1590, t. j. 96% ogólnej liczby, stanowili wiał rdzenia, paraliż postępujący i syfilis mózgu), dalej c) zmiany w koordynacji, porażenie zwieraczy, zmiany czucia, zmiany troficzne itd.

Kol RYCHLIŃSKI wątpi, czy zarazek przymiotu może być w stanie utajonym przez 10—15 lat. A jednak objawów późnego przymiotu inaczej nie moglibyśmy objaśnić. Ujemny rezultat szczepień KRAFT EBING'a, robionych *lege artis* i obserwowanych jak najdokładniej przez ½ roku, żadną miarą nie można kłaść na karb charłactwa paralitycznego, gdyby się nawet zgodzić na istnienie takowego, a to dlatego, że ani rasa, ani wiek, ani szerokość geograficzna nie zabezpiecza od przymiotu. A wszelkie osłabienie ustroju, a tembardziej charłactwo, ułatwia przymiotowi opanowanie ustroju i wywołuje objawy przymiotu złośliwego. Nie wszyscy syfilitycy zapadają na paraliż postępujący, lecz też i nie wszyscy chorzy na gruźlicę płuc mają gruźlicę innych narządów.

Co do wspomnianych przez Szanownego prelegenta jednostkach chorobowych: „Syfilis mózgu o postaci paralizu“ i „Rzekomy bezwład postępujący“, które, podług kol. R, jako zależne wprost od przymiotu, należy wykluczyć z paralizu postępującego, to, jak dotychczas, na mocy tych danych, które Szanowny Prelegent przytoczył, jest to chyba wprost niemożliwem. Co się tyczy syfilisu dziedzicznego, a właściwiej wrodzonego, zapytuje M, jakie cechy

charakterystyczne dla uzębienia podaje NÄCKE. Przymiot, jak każda choroba pasożytnicza, umiejscawia się tam, gdzie znajduje *locum minoris resistentiae* [dla przymiotu, podług M., decyduje najprawdopodobniej stan poszczególnych narządów w chwili uogólniania się cierpienia]. A więc, jeżeli np. dana część aorty z jakichkolwiek bądź powodów dziedzicznych, wrodzonych, czy też chorobowych itd., stanowi *locus minoris resistentiae*, to będziemy mieli *endoarteritis syphilitica*, którą może doprowadzić do tworzenia się tętniaka; jeżeli cierpi jakieś naczynie na podstawie mózgu, to może dojść do zupełnego zatkania naczynia ze wszelkimi skutkami itd. Czy szczepienie przymiotu przy *dementia senilis* u osobnika, który nie przechodził przymiotu, dałoby również ujemny wynik, nie wiadomo, bo dotychczas nikt tego nie robił, ale wszystkie dane każą przypuszczać, że wynik byłby dodatni.

Niestety, nauka dotychczas nie ma danych, na mocy których moglibyśmy u jakiegokolwiek bądź osobnika wykluczyć kategorycznie przymiot. Możemy tylko w danej chwili w danym ustroju przy użyciu danych metod badania nie znaleźć objawów przymiotu. To wcale nie przesądza sprawy, czy po pewnym czasie przy użyciu metody badania, jakiej przedtem nie użyto [np. laryngoskopu, oftalmoskopu, dokładnego zbadania systemu nerwowego itd.] nie znajdzie się jakichkolwiek objawów istniejącego lub przebytego przymiotu. Nie można się zgodzić z Szanownym Prelegentem, że prace FOURNIER'a i ERB'a cofnęły wstecz naukę o paraliżu postępującym. Nigdy tyle nie pracowano nad omawianą kwestyą i tyle dla niej nie zrobiono, jak w ostatnich czasach, dzięki zapoczątkowaniu, zrobionemu przez omawianych uczonych. Leczenie swoiste często jest bezskutecznem, to prawda, bo i na blizny po kilaku ono nie działa. Tylko że jeżeli przez bliznę skóry kilka gruczołów skórnych czy też torebek włosowych, albo wreszcie brodawek skóry zostaje zniszczonych, to strata dla ustroju jest niewielką. Przy paraliżu zaś postępującym mamy niestety do czynienia z blizną, powodującą zanik najważniejszych ośrodków w mózgu. Objawy późnego przymiotu znajdujemy jeżeli nie wyłącznie, to najczęściej u chorych, którzy się niedostatecznie leczyli, albo wcale nie leczyli i nie o przebyciu syfilisu nie wiedzieli. Tak, że gdyby M. na mocy materiału ze swego np. oddziału chciał statystycznie dowieść zależności późnego przymiotu od przebytego, to okazałoby się, że objawy późnego przymiotu nie są w żadnej zależności od przebytego przymiotu (sic!). Zapytując o zmiany w uzębieniu przy przymiocie wroczonym, MARKUSFELD nie wątpił o ich istnieniu lecz, ponieważ dotychczas jest kwestyą sporną, jakie zmiany można uważać za charakterystyczne, chciał wiedzieć, jakie podał NÄCKE. [Autoreferat].

Wiceprezes H. NUSBAUM sądzi, że pomiędzy wiadom

i paraliżem postępującym jest pewna analogia, i w warunkach powstawania tych spraw przymiot odgrywa ważną rolę.

NUSBAUM tylko wyjątkowo widywał chorych z wiałdem rdzenia, którzy nie przechodzili przymiotu. Nie można więc zgodzić się ze zdaniem MOCZUTKOWSKIEGO, że w wiałdzie rdzenia przymiot nie odgrywa żadnej roli.

NUSBAUM nie zgadza się również z RYCHLIŃSKIM, który wpływom wstrząśnięć nerwowych i przepracowaniu przywiązuje względnie małe znaczenie. Obok przymiotu bowiem, zdaniem mówcy, jednym z najczęstszych i ważnych czynników powstawania paraliżu postępującego jest przepracowanie. I fakt, że w ostatnich czasach u kobiet paraliż postępujący występuje częściej, należy przypisać właśnie przepracowaniu, gdyż warunki ekonomiczne zmuszają kobiety do cięższej pracy. A z punktu ogólnego fizyologicznego, funkcyja danego narządu gra kolosalną rolę na zmniejszanie się jego odporności. Np. widzimy to w nerwicach, gdzie objawy ogólnej *neurastheniae* występują w narządach, najwięcej pracujących, np. u skrzypka objawy ze strony jednej ręki, u fortepianisty w obu rękach. Toż samo da się powiedzieć i o korze mózgowej, która pod wpływem przepracowania i wstrząśnięć nerwowych daje pewne objawy. Np. ludzie, pracujący na poczcie, którzy nie mogli spać, zapadali na paraliż postępujący.

NUSBAUM opiera swe spostrzeżenia na doświadczeniu, że długotrwałe i dotkliwe cierpienia moralne są, być może, większym czynnikiem w powstawaniu tych spraw, aniżeli alkohol, któremu RYCHLIŃSKI tak wielkie przypisuje znaczenie.

A. CIĄGLIŃSKI sądzi, że przy odróżnianiu przyczyn w sprawach takich, jak wiałd rdzenia i paraliż postępujący, należy być bardzo ostrożnym ze statystyką, gdyż rezultaty jej zależą od tego, jak statystyka była zbierana i grupowana. Widzimy to na przykładach: ERB i MOCZUTKOWSKI zbierają statystykę przyczyn wiałdu rdzenia i dochodzą do wprost przeciwnych wniosków. Zdaniem C., jeden przypadek, dokładnie spostrzegany, może nam dać pewne dane, np. u dzieci, u których należy wykluczyć nadużycia alkoholu, u których niema wstrząśnięć moralnych itp. momentów. W przypadku paraliżu postępującego, który C. spostrzegał u kilkoletniego chłopca, przedstawionego w Towarzystwie, niewątpliwą przyczyną był przymiot. C. więc oświadcza się za przyczynowym związkiem syfilisu z wiałdem rdzenia i paraliżem postępującym.

Czy działa tutaj sam zarazek przymiotu, czy też jego toksyny, trudno sądzić.

Z doświadczenia C. wyniósł to przekonanie, że jeżeli u syfityka, który ma jeszcze objawy drugorzędne przymiotu, nastąpi silniejsze wstrząśnienie nerwowe [jak np. u ludzi, pracujących na kolejach podczas wypadków], to można być pewnym, że u takiego osobnika rozwinie się paraliż postępujący. Fakt, że nie wszy-

sey syfilitycy zapadają na wiatr rdzenia i paraliż postępujący, można sobie wytłumaczyć w ten sam sposób, jak np. to, co widzimy przy mocznicy, jedni dostają ataków mocznicowych, inni zaledwie odczuwają bóle głowy.

Ogrywa więc w powstawaniu tych spraw pewną rolę i usposobienie.

C. w sprawie powstawania paraliżu postępującego jest zdania, że przyczyną zazwyczaj bywa przymiot, musi jednak przytem być pewne usposobienie. Trzecim dopiero warunkiem będzie, czy chorzy syfilitycy leczyli się starannie, czy też nie. C. zna rodzinę, w której dwaj bracia zmarli na paraliż postępujący; obaj przechodzili przymiot. Jeden z nich leczył się niedbale, drugi zaś był leczony bardzo starannie. Trzeci brat jest mniemania, że gdyby zaraził się przymiotem, z pewnością skończyłby na paraliż postępujący. Mówiąc o usposobieniu, C. ma na myśli pewną podatność tkanek do zapadania na dane cierpienie. Usposobienie wypływa z życia intelektualnego. Usposobienia z wywiadów poznać nie można; poznaje się je po skutkach.

Fr. GEDROYĆ sądzi, że zarazek syfilisu, czy też jego toksyny, przebywając w ustroju, wywołują pewne zmiany. Jeżeli chory leczy się starannie, zmiany te ustępują. Leczenie więc ma wielkie znaczenie. Widzimy to z faktów, że *syphilis tarda* bywa najczęściej u tych, którzy nie leczyli się starannie. Z 13 przypadków *syphilis tarda*, jakie w ostatnich czasach spostrzegał G. w szpitalu św. Łazarza, 12 chorych nie leczyło się wcale.

S. PERKOWSKI na wzmiankę, uczynioną przez MARKUSFELDA, o zmianach w uzębieniu przy przymocie wrodzonym, przypomina o wyszłej w ostatnich czasach pracy, gdzie zmiany te są podane.

Prof. BARANOWSKI zaznacza, że przymiot jest chorobą tak częstą, skutki jego tak są odległe, tak się niekiedy objawiają późno, że wiązanie faktów bardzo jest trudnem i wymaga wielkiej oględności. Słusznie też prof. VIRCHOW w dyskusyi nad wiałdem rdzenia ostrzegał, aby nie być zbyt pochopnym do przypisywania tej choroby przymiotowi dla tego jedynie, że dotknięty nią uległ był przed laty zarażeniu przymiotowemu. Za wskazówkę może poniekąd służyć to, że ogniwnem, łączącym sprawę w ośrodkach nerwowych z przymiotem stanowi najczęściej *endoarteriitis luetica*.

Prof. B. zgadza się z C. w kwestyi znaczenia statystyki, która daje rezultaty rozstrzygające, gdy jest wykonywana umiejętnie i gdy opiera się na dużych cyfrach. W razie przeciwnym statystyka daje wątpliwe wyniki i o wiele więcej znaczenia mieć będzie dokładna analiza pojedynczych spostrzeżeń.

W tych zaś nawet razach, w których się uwidatnia niewątpliwa łączność między przymiotem a cierpieniem ośrodków nerwowych, nie należy jeszcze twierdzić, że przymiot jest j e d y n ą

przyczyną powstawania władu lub paraliżu postępującego. Należy bowiem, zdaniem prof. BARANOWSKIEGO, w wielu razach przypuszczać, że, obok przymiotu, mogła działać na ustrój inna jeszcze przyczyna, jak wstrząśnienia moralne, przeciążenie pracą, nadużycia itp. Uspodobienie dziedziczne tkanek może też w pewnych razach odgrywać ważną rolę. Przytoczyć tu można świeże doświadczenia prof. EDINGER'a z Frankfurtu, dotyczące zmian w mleczu, zachodzących pod wpływem znużenia nerwów.

Nawiązując do pracy prof. EDINGER'a, prof. B. zarzuca syfiliologom dzisiejszym, że pozwalają chorym podczas leczenia przymiotu oddawać się zwykłym zajęciom, pracy wysiłkowej. W takich warunkach o wiele łatwiej rozwinąć się może pod wpływem przymiotu cierpienie ośrodków nerwowych.

W odpowiedzi na przemówienie kol. MARKUSFELDA RYCHLIŃSKI zaznacza, że istnieją obecnie bardzo ściśle wyliczenia, dowodzące, że liczba paralityczek wzrasta niepomrotnie. BUCHHOLTZ np. w dopiero co ogłoszonej pracy, twierdzi, że jeżeli liczba paralityków wzrosła za ostatnie 20-lecie o 69⁰/₀, to liczba paralityczek wzrosła o 125⁰/₀. Następnie R. zaznacza, że nie twierdził, jakoby przymiot nie mógł być zaszczipiony charłaczym osobnikiem, pragnął natomiast, aby było dowiedzionem, że szczepienie przymiotu również daje ujemne wyniki u osobników, co do których wiadomem jest, że posiadają zmiany w układzie nerwowym nieco zbliżone do zmian, spostrzeganych u paralityków. Co się tyczy t. zw. wczesnych postaci bezwładu, które zdarzają się, zdaniem kol. M., wyłącznie u dzieci, obdarzonych przymiotem, zapominać nie należy, że pytanie to w nauce nie jest jeszcze opracowanem. Że na tle odziedziczonego przymiotu bezwład zjawić się może, nie ulega wątpliwości; czy wszyscy jednak paralitycy młodocianego wieku, przymiotem są obdarzeni, nie wiadomo, sądząc przynajmniej z niektórych prac. Nauka o t. zw. *Dementia praecox*, którą utożsamiają z dawnem cierpieniem *Hebephrenia* zwanem, należy do świeżo podjętych zagadnień.

W odpowiedzi na przemówienie Wice-Prezesa RYCHLIŃSKI zaznacza, że sam wyznaje, że nadmierna praca umysłowa i ciągle wstrząśnienia moralne ujemnie oddziałują na układ nerwowy. Mówiąc o tych czynnikach, wspominał o tem, że są one w stanie przyspieszyć wybuch cierpienia, i dodał, że nadmierne wysiłki, podobnie jak i nadmierne używanie alkoholu, mogą być często zwiastunem zbliżającego się cierpienia.

RYCHLIŃSKI zupełnie zgadza się z prof. BARANOWSKIM, że statystyczne dane nie mogą przemawiać za tą lub inną teorią, i jeżeli posługiwał się zestawieniem statystyk różnych autorów, to czynił to dla tego, aby wykazać, że statystyka, użyta przez różnych auto-

rów, jest różna. Przytaczając zdanie MOCZUTKOWSKIEGO, który dowodzi, że przymiot nie odgrywa żadnej roli w powstawaniu władu rdzenia, czynił to dla tego, żeby wykazać, że zdania pod tym względem są sprzeczne.

W odpowiedzi kol. CIĄGLIŃSKIEMU zaznacza R., że nie można z całą pewnością twierdzić, że każdy syfilityk, na którego podziałał uraz, stać się musi paralitykiem. Przeciwno temu przemawiają i własne spostrzeżenia mówcy, i zdania innych autorów, jak np. OEDEKE'go, którego twierdzenia uwzględnione były w odczycie. CHARCOT, przedstawiając typ genialnego umysłu, wypowiedział zdanie, że bezwład postępujący rozwija się na tle odziedziczzonego usposobienia, myśli tej jednak nie ugruntował, nie może się przeto nazywać twórcą szkoły nowej, odnośnie zagadnienia, które rozwinęli i całym szeregiem dowodzeń starali się zaopatrzyć MAIRET i VIRES. [Autoreferat].

W końcu SEKRETARZ STAŁY zaznaczył kwestyę, którą kilkakrotnie poruszono w dyskusyi, a mianowicie: dlaczego syfils w jednych razach wywołuje objawy sprawy ogniskowej, w innych zaś objawy sprawy rozlanej.

Otóż kwestyę tę łatwo można sobie wytłomaczyć w ten sposób.

Syfils wywołuje w naczyniach zmiany, wskutek czego bardzo często powstaje *endoarteriitis obliterans*.

Jeżeli sprawą dotknięte będą gałązki tętniczek, znajdujących się u podstawy mózgu, gdzie są t. zw. końcowe tętnice (*Endoarterien*), to przy zatkanii światła jednej lub więcej tętniczek, wskutek niemożności wyrównania się obiegu krwi nastąpi *sui generis* nekroza [w postaci rozmiękczenia] tkanki mózgowej. W tych więc razach będziemy mieli objawy sprawy ogniskowej.

Przy badaniu pośmiertnem zwłok syfilityków często znajdujemy takie ogniskowe zmiany. Jeżeli zaś będą porażone drobniutkie tętniczki w korze mózgowej, przytem dość licznie, wówczas, ponieważ wyrównanie obiegu krwi daje się łatwo skutecznie za pomocą anastomoz pomiędzy temi tętniczkami, sprawa będzie robiła wrażenie sprawy rozlanej.

W razach zaś, kiedy obok zajęcia tętniczek przy niezupełnem zatkanii ich światła istnieje jednocześnie i zajęcie odosłannych sąsiednich tkanek, będziemy mieli mieszany proces, zwykle degeneracyjno-produkcyjny, który nosi nazwę gummatów.

Dlatego w jednych razach mamy te, w innych inne naczynia zajęte, odgrywa tu rolę pewne usposobienie.

Jak dalece zaś usposobienie to może zależeć od czynników, napozór bardzo mało znaczących, dość przytoczyć to, że w wątrobie gummaty syfilityczne znajdują się zwykle przy *lig. suspensorium hepatis*, w kościach najczęściej w tych miejscach, które

nie są pokryte miękkimi częściami, t. j. w kościach głowy, obojczyka i goleni.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz.*

Pom. Sekretarza *A. Łogucki.*

Posiedzenie kliniczne dnia 20 Czerwca 1899 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 69 i gości 2.

T r e ś ć: J. STEINHAUS. Przedstawienie preparatów mięsaka błony maziowej stawu kolanowego.

SOŁOWIEJCZYK i STEINHAUS. — Przypadek urazu mózgu.

SKOWROŃSKI — Przedstawienie chłopca 9-letniego, pozbawionego zębów.

GABSZEWICZ. — Przedstawienie preparatu kamienia gruczołu krokowego.

Wybór Zarządzającego Kasą Wsparcia Wdów i sierot po lekarzach.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PREZES wita obecnych na posiedzeniu gości kol.: DAMSKIEGO i SOŁOWIEJCZYKA.

III. Biblioteka Towarzystwa otrzymała w darze książki i broszury od MARKIEWICZA, NEUGEBAUERA i TALKI.

IV. PREZES zawiadamia, że Komitet VII Zjazdu lekarzy rosyjskich imienia PIROGOWA nadesłał do Towarzystwa zaproszenie do przyjęcia udziału w udzieleniu pomocy lekarskiej i materialnej ludności, dotkniętej głodem w wewnętrznych guberniach Cesarstwa.

V. J. STEINHAUS przedstawia preparaty mięsaka błony maziowej stawu kolanowego. Na oddział ODERFELDA w szpitalu Starozaconnych zapisał się w pierwszych dniach Czerwca r. b. B. K., lat 41, skarżąc się, iż od trzech miesięcy odczuwa ból w stawie kolanowym prawym. Bóle te, silne przy chodzeniu, zniknęły zupełnie przy spokoju leżeniu. W ostatnich czasach ból rozprzestrzeniały się również i na łydkę. Przy badaniu chorego znalazł

ODERFELD konfigurację stawu niezmienioną, z wyjątkiem niewielkiego wypuklenia na stronie wewnętrznej. Przy wymacywaniu w okolicy wypuklenia można było wyczuć w stawie ciało, które przy naciskaniu usuwało się w głąb. Rozpoznawszy na podstawie powyższego mysz stawową, postanowił ODERFELD usunąć obce ciało ze stawu. Artroromia została dokonana według metody KOCHERA i wydobyto ze stawu twór, wielkości głowy dziecka, leżący między powierzchniami stawowymi, kształtem odpowiadający jamie stawowej i w jednym tylko miejscu przyrośnięty, mianowicie na *lig. cruciata*, od których zresztą, z łatwością został oddzielony. Poza tem staw był zupełnie prawidłowy. Barwa tworu była blado żółtawa, konsystencja dość znaczna, powierzchnia przekroju gładka, lśniąca.

Badanie drobnowidzowe dało wynik niespodziewany. Mianowicie guz był złożony z różnokształtnych, przeważnie owalnych, komórek, pomiędzy którymi barwienie van Giessena wykazywało miejscami niezmiernie małą, miejscami zaś większą ilość włókienek istoty międzykomórkowej, wreszcie, w innych, dość licznych, miejscach nowotworu większe pasma tkanki łącznej, siatkowato ułożone, oddzielały od siebie grupy komórek różnej wielkości, pomiędzy którymi włókienka istoty międzykomórkowej też często były widoczne. Wśród komórek nowotworowych zwracały na siebie uwagę nieprawidłowo rozsiane w różnych miejscach komórki olbrzymie, zawierające po kilka, kilkanaście, niekiedy nawet kilkadziesiąt jąder, najczęściej równomiernie rozmieszczonych w zarodku komórkowej, rzadziej skupionych w środku, na jej samym biegunie lub na obwodzie komórki. Jądra tych olbrzymich komórek niczem się nie różniły od jąder zwykłych komórek jednojądrowych, pierwszoczą zaś ich barwiła się zwykle mocniej i wydawała się jakby zgęszczoną. Niekiedy otoczone piasem tkanki łącznej grupy komórek nowotworowych nie wypełniały całkowicie wytworzonej w ten sposób alweoli, lecz grupowały się głównie na obwodzie, pozostawiając część środkową alweoli pustą.

Figury karyokinetyczne, zresztą niezbyt liczne, widoczne były w jednojądrowych komórkach nowotworu, w komórkach zaś olbrzymich mitozy ani razu nie zauważono. Unaczynienie nowotworu było niezbyt obfite; naczynia były przeważnie ektatyczne o cienkiej ściance.

Na podstawie powyższego STEINHAUS uważa nowotwór za *sarcoma variicellulare*, miejscami przechodzące w *sarcoma alveolare*. Charakter alweol przytem przemawia za pochodzeniem guza ze śródbłonna naczyń limfatycznych, jakkolwiek stanowczych dowodów takiego pochodzenia przedstawić nie można. W literaturze nie można było znaleźć najmniejszej nawet wzmianki o prawdziwych nowotworach, wychodzących z błony maziowej stawów. Ponieważ wrastanie nowotworów, wychodzących z kości do sta-

wów jest zjawiskiem dość częstem, można było przypuszczać, że w danym przypadku punktem wyjścia nowotworu była kość. ODERFELD wszakże przy operacji nie znalazł absolutnie żadnych śladów spraw patologicznych w tkankach, otaczających staw; kość i chrząstka były prawidłowe, błona zaś maziowa niezmieniona na całej przestrzeni, oprócz *lig. cruciata*, na których przechodziła w nowotwór, przyczem same *lig. cruciata*, po wyluszczeniu nowotworu, nie wykazały nic nieprawidłowego; należało przeto dojść do wniosku, że istotnie błona maziowa była punktem wyjścia nowotworu, bo żadnych danych dla przypuszczenia przerzutu nowotworowego badanie chorego nie dostarczyło. Przypadek powyższy jest więc pierwszym opisanym mięsakiem, wychodzącym z błony maziowej stawu. [Autoreferat].

VI. SOŁOWIEJCZYK A. przedstawił: Przypadek otwartego złamania czaszki z wylewem krwawym do substancji mózgowej.

Eliasz S., 35 lat mający, jubiler, wstąpił do szpitala Starozakonnych w nocy dnia 26 Marca 1899 r., z ranami głowy, otrzymanymi tegoż dnia podczas bójki. Przy badaniu chorego 27 Marca zrana znaleziono, co następuje: Chory wzrostu średniego, budowy miernej i odżywiania średniego. Twarz wykrzywiona ku stronie prawej, wszystkie fałdy skóry lewej połowy twarzy wygładzone, z jamy ustnej obfity ślinotok (*paralysis n. facialis sin.*). Język przy wysuwaniu wykrzywiony ku lewej stronie (*paralysis n. hypoglossi sinistri*). Mowa bardzo niewyraźna. Lewa kończyna górna w łokciu mocno skurczona. Skurcz ten występuje to w mniejszem, to w większem napięciu. Lewa kończyna dolna w stanie porażenia, tak że chory z trudnością chodzi. Czuć skórne bez zmiany. Puls 80 na minutę. Żrenice dobrze oddziałują na światło. Przytomność zupełnie zachowana. Po zdjęciu opatrunku, nałożonego poprzedniego dnia w nocy, znaleziono co następuje:

1) Rana, zlewająca się z *linea biauricularis* z prawej strony długości 4 ctm na przestrzeni 3 ctm powyżej *meatus auditorius externus dexter*, ciągnąca się ku górze. Brzegi rany zmiażdżone i zlekka ziejące. W głębi rany wyczuwają się odłamki kości czaszki.

2) Rana cięta na granicy pomiędzy okolicami potylicową i ciemieniową z lewej strony. Kierunek rany, 3 ctm. długości, zlewa się z linią połączenia *marginis supraorbitalis* z *protuberantia occipitalis externa*. Brzegi rany nie ziejące, lecz w głębokości wyczuwa się wkłęśnięcie kości czaszki.

3) Cięta rana 2 ctm. długości znajduje się prawie u wierzchołka kości potylicowej, rana ta nie draży do kości.

Przy rozszerzaniu pierwszej rany pod chloroformem stwierdzono odłamkowe złamanie czaszki ze znacznem wkłęśnięciem odłamków, pomiędzy którymi rozrzucone były kawałki substancji

mózgowej. Po usunięciu odłamków skonstatowano rozdarcie opony twardej oraz zmiążdżenia substancji mózgowej, przyczem silnie krwawiła *a. meningeae media*, którą jednak natychmiast obkluto. Brak w oponie twardej równał się wielkości monety trzykopiowej. Przy oczyszczaniu mózgu od skrzepów krwi, z głębi substancji mózgowej wyskoczył skrzep krwi wielkości śliwki. Idąc w ślady tegoż, udało się za pomocą łyżeczki usunąć kilka skrzepów z tej jamy, gdzie on się znajdował. Rana została obmyta sublimatem, zaszyta, a do dolnego jej końca wprowadzono pasek gazy jodoformowej. Defekt kości — 18 ctm. kwadratów.

Przy rozszerzaniu drugiej rany znaleziono wkłknięcie kości na przestrzeni prawie 2 ctm. kwadr. Po usunięciu wkłkniętej *lamina compactae*, okazało się, iż *lamina vitrea* złamana jest na przestrzeni 6 ctm. kwadr. Odłamki usunięto. Ranę wytamponowano. Ciężota ciała przed operacją—38,2 C.

Przez następne 5 dni ciężota powoli doszła do normy. Tętno zaś wahało się między 58 a 64, szóstego zaś dnia doszło do 76. Niedowład kończyny dolnej przez ten czas ustąpił zupełnie, lecz lewa ręka była wciąż jeszcze słabszą od prawej. Porażenie *nn. facialis et hypoglossi* ustąpiło zupełnie. W końcu 2 go tygodnia chory chodził już swobodnie i czuł się doskonale.

W czwartym tygodniu choroby chory znowu zaczął się uskarżać na utrudnioną mowę, ślinotok, osłabienie lewej górnej kończyny, tak iż 27 dnia po operacji, przy T. 38,4° C. znowu wystąpiły objawy porażenia *nn. hypoglossi et facialis sin.*, porażenia lewej kończyny górnej i niedowładu lewej kończyny dolnej.

Podejrzewając zatrzymanie się ropy w ranie i utworzenie się ropnia w mózgu, SOŁOWIEJCZYK rozszerzył pod chloroformem ranę pierwotną, wyciął tkankę bliznowatą, która wypełniała brak w oponie twardej, i, znalazłszy pod nią ropień, usunął ropę, która wypełniała jamę w substancji mózgowej [jamka ta wielkości orzecha laskowego znajdowała się na 7 ctm. powyżej prawego *meatus auditorius extern.*]. Granulacye S. wyskrobał i, po wprowadzeniu na miejsce ropnia paska gazy, na ranę nałożył opatrunk pod ceratą. W ciągu następnych dwóch dni ciężota doszła do normy, lecz piątego dnia wystąpił *prolapsus cerebri* wielkości kurygojaka. Wypadnięta część mózgu później zaczęła obumierać na powierzchni, wskutek czego S. ściał z powierzchni guza bardzo ciekłą warstwę substancji mózgowej, w nadziei, iż, ze zmniejszeniem się ciśnienia wewnątrzczaszkowego, wypadnięty kawał mózgu napowrót się wciągnie i po części w postaci czopu zakryje brak twardej opony mózgowej i kości.

Przypuszczenie SOŁOWIEJCZYKA w zupełności się sprawdziło: guz powoli się zmniejszył i wciągnął się napowrót, tak iż rana skórna nad nim się zabiłżniła. Porażenie *n. hypoglossi* i kończyny

znikło zupełnie, pozostał tylko nieznaczny nielowład *n. facialis*. Mowa zupełnie wyraźna.

Dnia 24 Maja 1890 r. chory opuścił szpital, a obecnie czuje się zupełnie dobrze. [Autoreferat].

W związku z historią choroby, przytoczoną przez SOŁOWIEJCZYKA, wypowiada STEINHAUS poniższe uwagi, oparte na obserwacji, poczynionej przez się na skrawkach z kawałków mózgu, wyciętych przez SOŁOWIEJCZYKA. Jak wiadomo, powszechnie przyjętym jest obecnie pogląd, że komórki nerwowe u wyższych zwierząt nie regenerują się. Przy zapaleniach, zwyrodnieniach ogniskowych mózgu isp. w komórkach nerwowych zachodzą tylko przemiany wsteczne, pęcznienie, wakuolizacja, zaokrąglenie konturów z utratą wyrostków, przemieszczeniem jądra ku obwodowi, wreszcie znikanie jądra, stłuszczenie ciała komórkowego, znikanie ciałek Nissl'a itp. Otóż, w takich degenerujących komórkach mózgu zwierząt i ludzi niektórzy badacze stwierdzali karyokinezę. Nieliczni z pomiędzy tych badaczy sądzą, że karyokineza prowadzi tu do podziału komórki, wytworzenia się dwóch młodych komórek, mogących osiąść wszystkie cechy prawidłowych, czynnych komórek. Większość wszakże, opierając się na tem, że karyokinezy, obserwowane w owych komórkach należą bez wyjątku do pierwszej połowy okresu mitotycznego, że metakinezy nie udaje się zauważyć, sądzi, że podział nigdy nie dochodzi do skutku, że komórki giną w toku mitozy. Inni, w części opierając się na własnych badaniach, w części ocenając krytycznie obrazy drobnowidzowe, przedstawiające owe figury karyokinetyczne, sądzą, że zachodzi tu pomyłka, że komórki, w których spostrzegano owe mitozy, nie były komórkami nerwowymi, lecz komórkami neuroglio. Dziwną na pozór wydać się może taka pomyłka, wobec charakterystycznych różnic, istniejących między komórką nerwową i komórką neuroglio w prawidłowych warunkach. Ale warunki patologiczne wytwarzają tak znaczne zmiany kształtu, wielkości i budowy komórek, że pomyłki tego rodzaju nie są wykluczone, choć dla STEINHAUSA są one mało prawdopodobne.

Na preparatach mózgu z przypadku SOŁOWIEJCZYKA miał STEINHAUS sposobność spostrzegania kwestyonowanych figur karyokinetycznych; jest on zdania, że ma się tu do czynienia z komórkami nerwowymi. CIĄGOLIŃSKI A., który badał w ostatnich dniach dostarczone mu przez STEINHAUSA preparaty z tego mózgu, skłania się ku poglądowi, że komórki, które STEINHAUS uważa za nerwowe, są komórkami neuroglio. Ponieważ kwestya, istotnie, jest zawiła i argumenty, zarówno jednej, jak i drugiej strony nie są pozabawione racyi, rozstrzygnięcie jej należy pozostawić tymczasem przyszłości. STEINHAUS przedstawia preparaty ze względu na rzadkość materiału oraz celem wywołania w tej sprawie dyskusyi.

[Autoreferat].

CIAĞLIŃSKI Adam po przejrzeniu preparatów sądzi, że sporne komórki są komórkami neuroglei, a to z następujących względów: 1) na polu widzenia widać komórki wielkie oraz zbyt liczne, jak na komórki nerwowe; 2) komórki te mają za wiele wyrostków, więcej, niż ich zwykle w komórce piramidalnej wykazać można; 3) wyrostki mają inny charakter, niż wyrostki komórki nerwowej, są mianowicie od samego początku cienkie; 4) jądro stale znajduje się na obwodzie komórki; 5) ani razu nie zauważył CİAĞLIŃSKI ciałek Nissl'a ani lipochromów. Wobec tego, mówca sądzi, że są to grupy zmienionych, napeężniałych komórek neuroglei. C. zaznacza nadto, że w swoim czasie robił doświadczenia na zwierzętach, polegające na wkłuwaniu rozpalonej igły do mózgu, i następnie szukał karyokinezy w komórkach nerwowych, otaczających zniekrotzowaną tkankę. Wyniki były ujemne. Prócz jednej wątpliwej figury, C. figur karyokinetycznych w komórkach nerwowych nie znalazł, natomiast stwierdził karyokinezę w neuroglei, w komórkach łącznotkankowych, w naczyniach i naokoło naczyń.

STEINHAUS odpowiada; 1) że ilość komórek nerwowych waha się, zależnie od miejsca kory mózgowej; w jednych miejscach bywa ich więcej, w innych zaś mniej. Ilość komórek, znajdujących na preparatach, przedstawionych przez STEINHAUSA, bynajmniej nie przekracza normy; 2) że co się tyczy wyrostków, to charakterystycznym dla komórki piramidalnej jest jeden wyrostek gruby, idący ku powierzchni mózgu i kilku cienkich wyrostków, w różne strony się rozchodzących. Na preparatach STEINHAUSA, zdaniem tegoż, można stwierdzić także same stosunki. Tylko zauważyć należy, że komórki są tu, rzeczywiście, napeężniałe. Obok komórek z wyrostkami spotyka się i komórki bez wyrostków; są to komórki degenerujące się. Wszystkie cechy, które CİAĞLIŃSKI wyliczył, jako charakterystyczne dla komórki neuroglei, mogą się również znajdować i w komórkach nerwowych degenerowanych. Wreszcie STEINHAUS powołuje się na podręczniki histologii: BOEHM'a i DAWIDOWA oraz OWSIANNIKOWA, gdzie znajdujemy rysunki, na których komórki nerwowe i ich wyrostki przedstawiają się w takiż sam sposób, jak i na preparatach przez się przedstawianych.

VII. SKOWROŃSKI R. przedstawił chłopca 9 letniego, rachityka, który w 4-ym roku życia stracił zęby mleczne, inne zaś mu nie wyrosły. Obecnie pozostało mu tylko kilka zębów, a i te, zdaniem S., prawdopodobnie mu wypadną. Poza tem chłopiec jest zdrów.

VIII. A. GABSZEWICZ odczytał rzecz o kamieniu gruczołu krokowego, który to kamień G. operował i wyjął u mężczyzny 32-letniego, cierpiącego od lat 10 na zaburzenia w oddawaniu moczu. Rozpoznanie obecności kamienia w samym gruczole krokowym prelegent postawił dopiero podczas operacji—uretrotomii zewnętrznej. Przedtem, z jednej strony niemożność wprowadzenia

do pęcherza nawet zgłębnika nitkowatego, z drugiej strony gruczoł krokowy powiększony, twardy, z powierzchnią zupełnie gładką, nie naprowadzały prelegenta wcale na myśl, aby w gruczole krokowym znajdował się kamień, który był przyczyną zmniejszenia światła części krokowej cewki. Prelegent przypuszczał obecność zwężenia bliznowatego w dolnym odcinku części błoniastej cewki. Wyjęcie kamienia było bardzo mozolne. Ważył on 60 gramów, był bardzo twardy, a pod względem składu chemicznego zachowywał się tak, że jądro stanowiły sole moczowe, a zewnętrzne warstwy składały się przeważnie z kwaśnych fosforanów i szczawianów wapnia. Chory zmarł po 2 tygodniach. Na sekcji znaleziono zmniejszoną jamę w gruczole krokowym po usunięciu kamienia, przerost włośni środkowej pęcherza, zapalenie ropne miedniczek w obu nerkach ze znacznym zniszczeniem istoty rdzeniowej i znaczne rozszerzenie moczowodów. W jamie DOUGLAS'a trochę ropy, swobodnie pływającej, a pod powięzią biodrową ognisko ropne.

Prelegent zastanawia się nad kamieniami wogóle w gruczole krokowym spotykanymi, nad ich powstawaniem, nad kamieniami, które częścią znajdują się w gruczole krokowym, częścią w pęcherzu i nad sposobami postępowania przy tych kamieniach.

[Autoreferat].

W dyskusji SEKRETARZ STAŁY prof. BRODOWSKI zaznacza, że właściwie kamienie, w gruczole krokowym powstające, mają za jądro t. zw. *corpuscula amyloacea* i są bardzo małe; zwykle zaś kamienie dostają się do części krokowej cewki z pęcherza; w dalszym ciągu mogą się one powiększać w gruczole krokowym. Są to zatem kamienie cewki moczowej, wypukłowej do gruczołu krokowego. Kamień może się nawet tym sposobem znaleźć po za gruczołem.

GROSGLIK zaznacza, iż kwestya, poruszona przez SEKRETARZA STAŁEGO, dotychczas nie została jeszcze należycie wyjaśnioną. Dawniej sądzono, że w obrębie gruczołu krokowego mogą rozwijać się kamienie, i twierdzono nawet, że ze wszystkich gruczołów ciała ludzkiego stercz bywa najczęściej siedliskiem kamieni. Ścisłe spostrzeżenia kliniczne i badania anatomo patologiczne zdają się jednak przemawiać za tem, że twory, które dawniej pożytywano za kamienie gruczołu krokowego, stanowią złogi ciał skrobiowatych, występujących bardzo często w prawidłowym gruczole krokowym, a w przerostym prawie stale, co doprowadziło nawet SAPPEY'a do błędnego przypuszczenia, że złogi te są przyczyną starczego przerostu gruczołu. Twory te jednak nie mają nic wspólnego ani z cierpieniem wzmiankowanym, ani z kamieniami w ścisłym tego

Pam. Tow. Lek. T 95. Z. III.

59

słowa znaczeniu. Są to przeważnie twory mikroskopowe i wyjątkowo tylko dochodzą do wielkości ziarna tytoniu, do którego mają wielkie podobieństwo pod względem kształtu i zabarwienia. Ponieważ kamienie, napotykane w gruczole krokowym, nie różnią się składem chemicznym od kamieni pęcherzowych, trudno przypuścić, aby złoży sterczowe, rozwijające się w miąższu gruczołu i nie będące w styczności z moczem, mogły służyć za jądro kamienia sterczowego. To też, zdaniem najpoważniejszych klinicystów, t. zw. kamienie gruczołu krokowego, t. j. rozwijające się w samym gruczole, nie istnieją wcale, istnieją zaś kamienie części krokowej cewki, które jednak nie tworzą się na miejscu, lecz dostają się tu z pęcherza lub nerek. Usadowiwszy się w części krokowej cewki, kamienie te rosną kosztem soli moczowych i, wywierając ucisk na gruczoł, doprowadzają go stopniowo do zaniku, dzięki czemu powstaje jama, która otacza kamień prawie ze wszech stron. Daje to złudzenie, jakoby kamienie te wytwarzały się w samym gruczole krokowym.

W powstawaniu kamieni części sterczowej cewki nie małą rolę odgrywa rozpowszechnione dawniej, a obecnie prawie zarzucone cięcie kroczone w celu usunięcia kamienia pęcherzowego. Wydobywanie kamienia z pęcherza przez ranę na kroczu bywa zazwyczaj połączone z pewnemi trudnościami, w przypadkach zaś kamieni kruchych łatwo pozostają w części krokowej cewki odłamki, które po całkowitem zagojeniu się rany na kroczu służą za jądro kamienia, tworzącego się w części krokowej cewki. BERAUD przytacza cały szereg spostrzeżeń tego rodzaju. Zarzucenie cięcia kroczonego wpłynęło bezwątpienia na znaczne zmniejszenie się ilości przypadków t. zw. kamieni gruczołu krokowego; to też obecnie tego rodzaju kamienie należą do wielkich rzadkości.

Wracając do przypadku, opisanego przez GABSZEWICZA. GROSLIK kwestyonuje istnienie zwężenia w części opuszkowej cewki. Zdaniem jego, był to raczej skurcz cewki, spowodowany obecnością ciała obcego.

[Autoreferat].

GABSZEWICZ odpowiada, iż w zupełności zgadza się z zapatrywaniami prof. BRODOWSKIEGO co do sposobu powstawania kamieni gruczołu krokowego.

IX. PREZES wnosi wyrażenie podziękowania ŚLIWICKIEMU, ustępującemu z urzędu Zarządzającego Kasą Wsparcia Wdów i sierot po lekarzach, za gorliwe pełnienie przyjętych na się obowiązków. Zebrani jednomyślnie wniosek PREZESA podzielili. Następnie PREZES wypowiedział kilka słów, zachęcających wszystkich członków do gorliwszego zajęcia się Kasą Wsparcia, oraz do podwojenia składek w miarę możliwości każdego. Zebrani przemówienie PREZESA przyjęli szczerym oklaskiem.

Wreszcie przystąpiono do wyboru nowego Zarządzającego Kasą Wsparcia. W głosowaniu tajnem bezwzględną większość głosów [40 na 62 głosujących] otrzymał i przeto wybrany został PUŁAWSKI Arkadyusz Antoni.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *St. Markiewicz.*

Sekretarz: *J. Winiarski.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 27 Czerwca 1899 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 45 i gości 4.

T r e ś ć: KRAJEWSKI.—Przedstawienie preparatu i chorego operowanego z powodu wgłobienia kiszki.

MINKIEWICZ.—Przedstawienie preparatu torbieli skórzakowej jajnika, wyciętej u dziewczynki 10-letniej.

BREGMAN.—Przedstawienie chorego z zanikiem mięśni postępującym (*Dystrophia musculorum progressiva*).

MIKŁASZEWSKI.—Przedstawienie chorej z niezwykłym obrazem porażenia opuszkowego.

I. Po odczytaniu protokołu posiedzenia poprzedniego protokół przyjęto.

II. PREZES wita obecnych na posiedzeniu gości kol.: KNAPPEGO, MINKIEWICZA Kajetana oraz KOPCZYŃSKIEGO Stanisława i KOPCZYŃSKIEGO Aleksandra.

III. Biblioteka Towarzystwa otrzymała w darze od MARKIEWICZA 3-ci tom „Słownictwa Anatomicznego“.

IV. PREZES podaje do wiadomości, że SEKRETARZ STAŁY zaawiadomił PUŁAWSKIEGO o wyborze jego na Zarządzającego Kasą Wsparcia, lecz odpowiedzi od niego jeszcze nie otrzymano. PREZES nadmieniał, że na skutek uchwały komitetu Kasy Wsparcia zwrócił się do JAKOWSKIEGO z prośbą o zastępowanie PUŁAWSKIEGO podczas nieobecności tegoż w Warszawie, na co JAKOWSKI wyraził swoją zgodę.

V. PREZES przedstawia protokół rewizji Kasy Wsparcia, sporządzony przez Komisję rewizyjną, i nadmienienia, że komisya proponuje Zarządzającemu Kasą Wsparcia, aby zechciał wziąć pod uwagę sposób prowadzenia rachunkowości pożyczek udzielanych z procentów od funduszu, ofiarowanego przez Prof. KOSIŃSKIEGO. Postanowiono wniosek Komisji zakomunikować PUŁAWSKIEMU.

VI. KRAJEWSKI Wł. przedstawił chorego po laparotomii, dokonanej z powodu przewlekłego wgłobienia kiszki.

10-letni D. B. przybył do szpitala Dzieciątka Jezus dnia 11 Czerwca r. b. Przed 3-ma laty cierpiał na silne bólesci wbrzuchu i uporczywe zaparcie stolca. Stan ten trwał kilka tygodni. Dopiero po zastosowaniu silnych środków przeczyszczających, chory się podobno poprawił, bóle ustały, tylko wypróżnienia były zawsze utrudnione, tak że często musiano dawać choremu ławatywy lub podawać olej rącznikowy. Przed 8 tygodniami chory dostał gwałtownych bólesci w brzuchu i zaparcia stolca. Po kilku dniach wypróżnienia się zjawily, lecz tylko rzadkie. Bóle zaś trwały ciągle i o tyle tylko zmieniły charakter, iż obecnie przychodzą napadowo, zazwyczaj w jakiś czas po jedzeniu. Okoliczność ta sprawia, iż chory z obawy bólów wzdraga się przyjmować pokarmy stan ten trwa bez zmiany do obecnej chwili. *St. praes.* Chłopiec bardzo mizerny, cera zielono-żółta, wychudnięcie znaczne. Co chwila kuli się, chwyta za brzuch rękami i stęka z bólu, przy tem slychać z daleka głośnie przelewanie. Płuca i serce zdrowe. Brzuch dość wzdęty, podczas badania widać przez cienkie ściany brzuszne ruchy robaczkowe kiszki. Nad pępkiem z łatwością wymacuje się guz podługowaty, cylindryczny, na dotyk bolesny, położeniem odpowiadający poprzecznicy (*colon transversum*). Guz ten można przesuwac nieco ku górze i ku dołowi, ruchomość jednak jego jest dość ograniczona. Odgłos opukowy na całym brzuchu jasny bębniasty, na miejscu, odpowiadającem guzowi, nieco przytępiiony. Długość guza wynosi około 10 ctm. Wątroba i śledziona normalne. Mocz prawfłowy. Ciężota nie podniesiona. Rozpoznano: przewlekłe wgłobienie kiszki cienkiej do grubej.

Dnia 14 Czerwca, po otworzeniu jamy brzusznej, przekonano się, że istotnie istnieje wgłobienie (*invaginatio*) kiszki czezej i ślepej do poprzecznicy. Pociąganiem za kiszkę cienką udało się łatwo dokonać wygłobienia. Gdy jednak wygłobioną część wydobyto na zewnątrz, przekonano się, że w kiszce ślepej, pomimo zupełnego wygłobienia kiszki czezej, znajduje się jeszcze guz, stożkowatej formy, w którego podstawie tkwi, sterczący na zewnątrz, wolny koniec wyrostka robaczkowego. Ten ostatni chowa się prawie cały w guzie, na zewnątrz wystaje kawałeczek wiel-

kości fasoli. Pozostawiając załatwienie się z guzem, tkwiącym w kieszce ślepej, na później, postarano się zabezpieczyć od powtórzenia się wgłobienia kiszki częściej do grubej przez zrobienie enio-ro-anastomozy pomiędzy kiszką częścią a okrężnicą wstępującą. Gdy tego dokonano, otworzono za pomocą podłużnego cięcia kieszkę ślepą i wtedy przekonano się, że guz, który się w jamie wymacywał, jest wgłobionym wyrostkiem robaczkowym. Na brzegu otworu, prowadzącego do światła wyrostka, znajduje się polip wielkości wiśni, który prawdopodobnie spowodował to wgłobienie. Całą wgłobioną część wraz z wyrostkiem wycięto. Ranę w kieszce ślepej zaszyto szwem kuśnierskim dwupiętrowym; kiszki odprowadzono do jamy brzusznej. Ścianę brzuszną zaszyto dwupiętrowym szwem węzłowym.

Chory zniósł zabieg bardzo dobrze, po 10-ciu dniach rana brzuszna zupełnie się zagoiła. Wypróżnienia odbywają się prawidłowo. Stan ogólny znacznie się poprawił, bóle znikły. W Towarzystwie chory był przedstawiony w 14 dni po operacji. K. demonstruje jednocześnie preparat wycięty. Jest to wgłobiony wyrostek wraz z polipem, wystającym do kiszki tuż przy zięjącym otworze, który prowadzi do jamy wyrostka. [Autoreferat].

VII. MINKIEWICZ Kajetan przedstawia preparat torbieli skórzastej (*Cysta dermoidalis*), pochodzący z lewego jajnika dziewczynki w wieku lat 10, córki robotnika.

U dziewczynki tej wystąpiły dnia 7 Czerwca r. b. objawy żołądkowe, wymioty, biegunka oraz gorączka. Przy badaniu zauważono guz, wielkości główki dziecka, nadzwyczaj ruchomy [można go było przesunąć po całej jamie brzusznej], a którego rodzice dziewczynki dotychczas nie zauważyli. Po względem przyjęściu do zdrowia, gdyż dziewczynka już od dłuższego czasu była mizerną i osłabioną [tak dalece, że nawet było jej nieco trudno chodzić], została zapisaną do szpitala Ś. go Rocha na oddział chirurgiczny CIECHOMSKIEGO. Żyłki powłok brzusznych były znacznie rozszerzone. W przypuszczeniu, że ma się do czynienia z guzem złośliwym, wychodzącym z kiszki cienkiej lub krezki, przystąpiono dnia 27 Czerwca r. b. do operacji. Ta ostatnia wykazała, że guz stanowiła torbiel skórzasta, wychodząca z lewego jajnika. Stan pacjentki po operacji bardzo dobry.

VIII. BREGMAN E. przedstawia przypadek postępującego zaniku mięśni (*Dystrophia musculorum progressiva*). Niezwykłym jest chód chorego: chodzi on, mianowicie, na końcach palców. Stać może również tylko na końcach palców, przytem jednak łatwo traci równowagę. Przyczyną tych objawów jest obustronny skurcz mięśni brzusko-łydkowych (*Mm. gastrocnemii*). Z obu stron wyraźna stopa końska, zwrócona nieco ku wewnątrz. Palcami chorey może poruszać; ruchy stopy, zwłaszcza wyprost-

wanie i odprowadzenie, są ograniczone. Wyprostacze i zginacze kolana zachowały siłę dość znaczną, również mięśnie, poruszające stawy biodrowe. Widocznego zaniku w kończynach dolnych nie ma, mięśnie brzościotłokowe odznaczają się nawet dość znaczną objętością, a przy palpacji wydają się bardzo twardymi [prawdopodobnie zwyrodnienie łączno-tkankowe]. Odruchu kolanowego na lewej stronie brak, na prawej zaś oddziaływa cieniutki pęczek. Kończyny górne przedstawiają wysoki stopień zaniku, najbardziej w ramionach. Przedramiona są nieco grubsze, kłąb i kłębik wiotkie, międzykostne zachowane. Wyprostowanie prawego napięstka oraz palców prawej ręki utrudnione, wszelkie zaś inne ruchy możliwe. Siła ruchowa mięśni, zwłaszcza ramion, minimalna, uścisk ręki jednakże dość silny. Wyraźny zanik mięśni pasa barkowego. Prawa łopatka wyższa od lewej i bardziej od kręgosłupa oddalona; brzeg wewnętrzny jej przebiega ukośnie ku dołowi i na zewnątrz. Ruchy w pasie barkowym chory wykonywa zadawalniająco.

W części grzbietowej kręgosłupa skrzywienie, zwrócone wypukłością na lewo. Chory podnosi się z ziemi, wspinając się na swych własnych udach. *Pectus carinatum*. Wreszcie zanik mięśni twarzy (*facies myopathica*). Zaburzenia czynnościowe są najbardziej widoczne na stronie prawej, prawa brew nie podnosi się wcale, na czole nie tworzą się fałdki, oko zamyka się mniej dobrze, niż lewe, kąt ust porusza się również słabiej. Chory [wzdług słów matki] był zawsze wątlý, rozwijał się jednak prawidłowo, zaczął chodzić i mówić we właściwym czasie, chodził i biegał zupełnie dobrze. Był zawsze usposobienia spokojnego, w hałaśliwych zabawach dzieci udziału nie przyjmował. W 6-ym roku życia zaczął uczęszczać do szkoły, uczył się dobrze. Półtora roku temu [obecnie ma lat 9] zapadł na koklusz, w którego następstwie rozwinęło się zapalenie płuc. W $\frac{1}{2}$ roku potem zachorował znów na odrę. Po przebyciu jej pozostawał przez 2 miesiące w łóżku, gdyż nie mógł się wcale na nogach utrzymać. Gdy zaczął znów chodzić, chód jego był taki sam, jak i teraz. W rodzinie cierpienia podobnego nie było. [Antoreferat].

IX. W. MIKLASZEWSKI przedstawił niezwykle przypadek porażenia opuszkowego.

S K., lat 45, wyrobnica, panna, przybyła dnia 13 Maja r. b. na oddział kol. CHELMOŃSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus ze skargami na osłabienie ogólne, zawroty głowy, bóle w piersiach i bokach. Chorą czuje się od $1\frac{1}{2}$ miesiąca. Dawniej przechodziła ospę [w dzieciństwie], po zatem nigdy nie chorowała. Przed 6 laty chora zauważyła upośledzenie słuchu, postępujące bez żadnej widocznej przyczyny. Po paru miesiącach, gdy stopień słuchu stało się bardzo wyraźnem, chora zaczęła doznawać utrudnienia

w mówieniu, nie mogła wymawiać szeregu dźwięków. Stan taki trwał około roku z małemi poprawami i pogorszeniami. W tym właśnie czasie K. zauważyła, że usta wykrzywiają się jej w stronę lewą, i że trudno jej poruszać niemi. Potem zaczęła opadać powieka górna lewa i prawa w mniejszym stopniu. W tym okresie choroby wystąpiły częste bóle i zawroty głowy oraz pewna trudność chodzenia. Wyraźnych porażień kończyn chora nie miała nigdy. Matka chorej umarła w 50 roku życia, w miesiąc po porażeniu prawostronnem, ojciec umarł nagle, kilkoro rodzeństwa umarło w dzieciństwie, nie wiadomo na jakie choroby.

Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiania lichego. Skóra i błony śluzowe blade. R. 28. P. 108. Badanie narządów wewnętrznych wykazało gruźlicę płuc oraz obecność w jamie lewej opłucnej wysięku surowiczego. W innych narządach zmian nie wykryto. Kilkakrotne badanie moczu dało wyniki następujące: ilość dobową od 1000 do 2200 ctm. sześc., ciężar gatunkowy 1011—1013; odczyn kwaśny, przezroczystość zupełna. Ilość mocznika około 12‰, kwasu moczowego ilość prawidłowa, fosforanów zawsze znacznie zmniejszona [0,6—1,2‰], chlorków, siarczanów itd. prawidłowa. Raz jeden znaleziono ślady białka. Cukru nigdy nie znajdowano. Ze strony przewodu pokarmowego nawykowe zaparcie stolca. Badanie układu nerwowego dało wyniki następujące:

1. Sfera ruchowa i odżywcza. Kończynami górnymi i dolnymi w położeniu stojącym, siedzącym i leżącym chora wykonywała wszystkie ruchy prawidłowo i płynnie. Siła w kończynach jest nieznaczna, odpowiada jednak lichemu rozwojowi mięśni; jest ona jednakowa w odpowiednich mięśniach. Chód jest niepewny, chwiejny, lecz bez typu wyraźnego. Twarz przedstawia wyraźną asymetryę; mięśnie twarzy są bardzo wiotkie; kąt ust lewy jest położony nieco wyżej od prawego i dalej od linii środkowej. Przy mówieniu położenie to zaznacza się jeszcze wyraźniej. Chora nie może wykrzywić ust na prawo, nadąć ich, ułożyć do gwizdania itd. Bródka noso-wargowa jest głębszą z lewej strony, niż z prawej. W mięśniach twarzy można zauważyć ciągle drżenie włókienkowe, powiększające się przy wzruszeniach i po zmęczeniu. Czoło całkiem wygładzone, bez zmarszczek; tylko z lewej strony uwydatniają się nieznaczne bródki, które przy usiłowaniach zmarszczenia pogłębiają się nieco. Powieka górna lewa opada do połowy, przy ruchach gałki ocznej do góry nie podnosi się. Oczy chora zamyka niezupełnie szczelnie, ponieważ powieki dolne zwieszają się, a górne drżą przy mocnem zamykaniu. Ruchy gałek ocznych prawidłowe; objętość ruchu jest mniejsza nieco w stronę prawą, niż w lewą w równoleżniku poziomym. Drżenia gałek ocznych niema.

Język przy wysuwaniu z jamy ustnej zbacza końcem w stronę lewą i drży silnie przy każdym ruchu; drżenia te są włóknkowe i całą masą [mięszkowe]. Ruchy języka zachowane we wszystkich kierunkach, lecz są słabe i niedość pewne. Objętość języka znacznie zmniejszona, grubość jego jest o połowę mniejsza; na powierzchni górnej widać liczne wgłębienia i brzozy głębokie; brzeg jest płaski, ostry, wystrzępiony, przedstawia linię zygzakowatą. Zanik języka jest tak znaczny, że przy zwykłym otwarciu ust widać bardzo wyraźnie całą gardziel. Podniebienie miękkie zwiesza się bezwładnie, przy dźwięczeniu [fonacyi] napina się leniwie i przytem lewy łuk podniebienny staje się ostrzejszym od prawego, który i w stanie spokoju jest dość płaski. Języczek zbacza na lewo nieco po za linię środkową. Badanie krtani, dokonane przez SĘDZIAKA, dało wyniki następujące: ruchy strun głosowych przy wdechu są upośledzone; prawa struna jest nieruchoma zupełnie, lewa ruchoma nieznacznie; prawa ma położenie trupie (*positio cadaverica*), lewa—położenie fonacyjne (*m. crico-aryt. post.-Posticuslähmung*). Obie struny wygięte łukowato (porażenie wtórne *thyreo-aryt. int.*). Przy fonacyi toż samo, tylko struna lewa przybliży się nieco do linii środkowej. W części tylnej struny nie schodzą się [nie histerya]. Głowa nieco pochylona ku przodowi i w stronę lewą. Ruchy głową chora wykonywa poprawnie.

2. Sfera czuciowa przedstawiała się, jak następuje: Wszelkie rodzaje czucia skórniego i mięśniowego są zachowane zupełnie dobrze i jednakowo na miejscach odpowiednich ciała. Smak, węch i wzrok nie zdradzają wyraźnych zaburzeń. Dno oka przedstawia obraz zupełnie prawidłowy. Inaczej ma się rzecz ze słuchem, który jest upośledzony tak znacznie, że z chorą b. trudno rozmówić się. Tony wyższe, nawet przy mniejszej ich sile chora, zdaje się, słyszy lepiej, niż niższe. Czasami słuch jest lepszy, i wtedy chora słyszy uderzenia zegarka kieszonkowego uchem lewym na odległości 6 ctm., a prawem na odległości 1 ctm. Badanie uszu, dokonane przez KUCZYŃSKIEGO, wykazało, że chora nie słyszy całkiem szeptu, a mowę prawidłową uchem prawem na odległości 25 ctm., lewym na odległości 75 ctm. Słuchomierz POLITZER'a—prawem uchem na odległości 5 ctm., lewym na odległości 50 ctm., kamertonów niskich [contralt C, C i C] chora nie słyszy całkiem przez powietrze, przez kości słabo i krótko; tony wyższe [C₂, C₃, C₄] dłużej przez powietrze. Błona bębenkowa prawa bardzo nieznacznie wciągnięta, lewa prawidłowa.

3. Sfera odruchowa przedstawiała się w sposób następujący: wszystkie odruchy ścięgniste są bardzo żywe, kolanowe wzmożone wybitnie; wyraźny *clonus pedium*. Natomiast odruchy skórne i błon śluzowych są naogół słabe, odruch gardzieli i łącz-

nicy osłabione wyraźnie. Żrenice są umiarkowanie rozszerzone i oddziałują prawidłowo na światło i przystosowanie. Odruch łykania jest nieco utrudniony; chora twierdzi, że zachłystywała się przy jedzeniu: objawu tego jednak nie można było stwierdzić ani razu.

4. Badanie z pomocą elektryczności, dokonane wspólnie z FLATAUEM, dało wyniki następujące: Pobudliwość nerwów farmaceutyczna i galwaniczna na twarzy jest znacznie mniejsza po stronie prawej, niż po lewej, w okolicy gałązki górnej nerwu twarzowego jest ona zniesiona zupełnie. Odczynu zwyrodnienia w porażonych mięśniach twarzy i języka nie można wykazać.

5. Mowa jest znacznie utrudniona. Głos jest bezdźwięczny, suchy, piszczący, mowa nieco skandowana. Chora nie wymawia szeregu dźwięków [r, s, k, p, w, sz] tak, że jej mowa przypomina poniekąd mowę dziecka.

6. Pod względem duchowym uwydatnia się dość znaczne przynębnienie. Pamięć, zdolność kojarzenia, odtwarzania itd. są upośledzone, chociaż niema wskazówek, aby były przed chorobą w stanie lepszym. Przebieg choroby w ciągu spostrzegania 1² miesięcznego nastąpił niewiele nowego: układ nerwowy nie ulegał w ciągu całego czasu zmianom wyraźnym; chora nigdy nie zachłystywała się, niekiedy słyszała nieco lepiej: chód stał się pewniejszym. Jeden fakt zasługuje na szczególną uwagę: tętno w czasie całego pobytu chorej w szpitalu było stale przyśpieszone [108—140] niezależnie od stanu ciepłoty i ilości oddechów [18—22].—Co się tyczy rozpoznania choroby, to zaznaczyć należy przede wszystkim, że brak w danym przypadku wielu danych wywiadowych z powodu znacznego osłabienia pamięci chorej, głuchoty jej i braku rodziny, która mogłaby dać jakieś objaśnienia. To jednak wydaje się niewątpliwem, że chora szukała porady i pomocy z powodu zapalenia opłucny na tle gruźliczem, a z przypadłościami nerwowymi, podanemi powyżej, a które trwają około 6 lat, pogodziła się zupełnie. Do rozpoznania różniczkowego jest jeden punkt: jakie cierpienie nerwowe o przebiegu przewlekłym dało tak złożony obraz chorobowy? Dla ułatwienia rozpoznania MIKLASZEWSKI grupuje jeszcze raz przytoczone objawy chorobowe. Idąc w kierunku nerwów czaszkowych, mamy przede wszystkim porażenie jednej gałązki nerwu okoruchowego lewego (*ptosis*), dalej—nieznaczne porażenie gałęzi ruchowej nerwów trójdzielnych [zucie nieco utrudnione] oraz gałązek czuciowych [osłabienie odruchu łącznicowego i gardzielowego], następnie, porażenie wszystkich gałęzi nerwu twarzowego prawego i słabsze—dolnych gałęzi lewego [wyraz maskowy twarzy i czoła, skrzywienie ust w stronę lewą, nieruchomość warg, zaniki mięśni twarzy, drżenie włóknkowe mięśni, porażenie podniebienia]; dalej—porażenie nerwu słuchowego

wego znaczniejsze po stronie prawej, następnie—porażenie częściowe nerwu błędnego powrotnego [tętno przyspieszone, porażenie si:run głosowych, może i zaparcie stolca uporczywe, położenie głowy]; wreszcie, porażenie nerwu podjęzykowego, znaczniejsze lewego [osłabienie ruchów, zboczenie języka w stronę lewą, zanik mięszsu, drżenie języka]. Prócz tego, częściowe porażenie dróg piramidalnych [wzmoczenie odruchów ścięgnowych i osłabienie siły mięśniowej].

Z powyższego ugrupowania widać, że sprawa chorobowa umiejscowiła się przeważnie w opuszcze mózgowej, przeszła jednak i po za nią do *crus cerebri*. Obraz powyższy przypomina najbardziej obraz porażenia opuszki (*Paralysis bulbaris amyotrophica*) przewlekłego, zanikowego, postępującego; brak tu jednak paru objawów [zachłystywanie się, porażenia szczęki dolnej, ślinotoku] niektóre zaś z objawów istniejących nie należą do obrazu tej choroby [opadnięcie powieki, głuchota, porażenie gałęzi górnej nerwu twarzowego]. Prócz tego, znaczny zanik języka przy stosunkowo dobrze zachowanych ruchach jego nie znajduje dobrego tłomaczenia.

Chociaż wywiady nie dają wskazówek wyraźnych, jednak możnaby przypuszczać, czy chora przed laty nie przeżyła postaci ostrej porażenia opuszkowego wskutek zatkania tętnicy podstawy mózgu lub tętnicy kręgosłupowej (*thrombosis, embolia, gumma*) lub wskutek wylewu krwawego, zapalenia, ucisku, zapalenia nerwów podstawy mózgu itd. Przebieg przewlekły porażenia ostrego mógłby dać obraz, jaki w danym przypadku spostrzegamy. Brak jednak wskazówek na porażenie kończyn skłania do pewnej oględności w rozpoznawaniu jednej z tych postaci. Możliwość tu myśleć i o porażeniu opuszkowym bez zmian anatomicznych [postać ERB-GOLDFLAM'a], polegającym na łatwym wyczerpywaniu się mięśni. Pomijając jednak brak objawów tak silnego wyczerpania w innych mięśniach oraz brak objawu zachłystywania się, spotykamy drżenie włókienkowe i zanik mięśni porażonych, co nie zdarza się w postaci omawianej. Nakoniec, trzeba wspomnieć o możliwości porażenia opuszki wrzekomego [postaci mózgowej i mózgowo-rdzeniowej]. Brak tu, co prawda, szeregu napadów udarowych, porażenia kończyn, zaburzeń wyraźnych psychiki oraz są zaniki mięśniowe; lecz i tej postaci nie można wykluczyć na pewno, podobnie jak zgodzić się bez zastrzeżeń na omawiane powyżej.

[Autoreferat].

Wiceprezes NUSBAUM zaznacza, że przy stawianiu rozpoznania ważną jest rzeczą wrażenie subiektywne, jakie każdy lekarz przy badaniu chorego odnosi, i możliwość osobistej krytyki badania obiektywnego; dla tego też sądzi, że bez osobistego zbadania chorej, jedynie na zasadzie stanu, przytoczonego przez prelegenta,

trudno wypowiedzieć sąd stanowczy co do rozpoznania, w tak powikłanym zwłaszcza przypadku.

ORŁOWSKI Stanisław sądzi, że ma się do czynienia z porażeniem opuszkowym, będącem w związku ze *sclerosis lateralis*. Brak, wprawdzie, w danym przypadku objawów rdzeniowych, cierpienie jednak rozpoczyna się często od objawów opuszkowych, być więc może, że z czasem wystąpią i objawy rdzeniowe. Na to MIKŁASZEWSKI nadmienia, że przecież i nerw słuchowy jest porażony. Wobec powyższej odpowiedzi, ORŁOWSKI Stan. zaznacza, że przy porażeniu opuszkowym jądra nerwu słuchowego mogą być tak samo zajęte, jak i jądra każdego innego nerwu. ORŁOWSKI obstaje przy swoim rozpoznaniu wobec tego, że nigdy nie były zajęte drogi czuciowe, że odruchy ścięgniste są wzmożone, że cały obraz kliniczny przedstawia się jako cierpienie układowe.

E. FLATAU sądzi, że prelegent ma do czynienia z nietypowym porażeniem ruchowych nerwów czaszkowych, że są wszystkie objawy *paralysis glosso-labialis* DUCHENNE'a. FLATAU przypomina: 1) że choroba trwa już 6 lat i że w przeciągu tego czasu zrobiła małe postępy, a w ostatnich czasach—żadnych; 2) że rozpoczęła się wtedy dość nagle; 3) że porażenia nerwu słuchowego w porażeniu opuszkowym DUCHENNE'a są bardzo rzadkie; 4) że obecnie mamy zmniejszoną pobudliwość elektryczną, a nie mamy odczynu zwyrodnienia. Możliwą więc jest rzeczą, że kiedyś miał miejsce wylew krwawy, który głównie zniszczył jądra nerwów czaszkowych, może zatem to być postać hemoragiczna porażenia opuszkowego o przebiegu przewlekłym.

MIKŁASZEWSKI odpowiada:

Wiceprezesowi NUSBAUMOWI, że dla tego właśnie przedstawił chorobę, żeby słuchacze mieli możność dopełnić przytoczony obraz chorobowy innemi jeszcze objawami, o ile takie wykazać się dadzą, lub żeby na zasadzie podkreślonych objawów pomogli mu postawić rozpoznanie. Jeżeli ta droga nie zawodzi na naradach lekarskich w praktyce prywatnej, to dlaczego miałyby nie mieć zastosowania w sali Towarzystwa Lekarskiego?

ORŁOWSKIEMU Stanisławowi, że poglądu jego nie podziela: porażenie opuszkowo przewlekłe zanikowe (*Paralysis bulbaris amyotrophica*) nie przebiega bynajmniej w tak powikłanej postaci, z brakiem szeregu objawów podstawowych i obecnością takich, które nie należą do obrazu chorobowego. Dla tego też, gdyby w danym przypadku przyjąć rozpoznanie powyższe, to i tak dużo objawów pozostanie niezrozumiałych. Najprawdopodobniejszym wydaje się MIKŁASZEWSKIEMU pogląd, zaznaczony wspólnie z FLATAUEM, że mamy do czynienia z przebiegiem przewlekłym postaci ostrej [np. po wieloogniskowych wylewach] porażenia opuszki.

Jednak i tego rozpoznania, zdaniem MUKLASZEWSKIEGO, nie można uważać za ustalone.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *St. Markiewicz.*

Sekretarz: *J. Winiarski.*

Posiedzenie kliniczne dnia 5 Września 1899 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 23 i gość 1.

T r e ś ć: WINIARSKI J.—Sprawozdanie z prac Stanisława KOPCZYŃSKIEGO.

I. Po odczytaniu protokołu posiedzenia poprzedniego protokół przyjęto.

II. PREZES wita obecnego na posiedzeniu gościa KNAPPEGO.

III. Biblioteka Towarzystwa otrzymała w darze od prof. TYRCHOWSKIEGO liczny zbiór dzieł lekaarskich, również od ROZENTAŁA Jakóba wiele bardzo książek, a pomiędzy niemi niektóre bardzo cenne, nadto dzieła i roczniki pism: od Prezesa MARKIEWICZA St., od Wiceprezesa NUSBAUMA H. i od GEPNERA B [ojca]. Ten ostatni ofiarował nadto rb. 5 na oprawę złożonego przez siebie rocznika.

IV. PREZES podaje do wiadomości, że ś. p. D-r Konrad CHMIELEWSKI jeszcze przed śmiercią swoją nadesłał do Towarzystwa list, w którym prosi, ażeby po jego śmierci do grona wykonawców testamentu ś. p. D-ra CHWIEŃKOWSKIEGO zaproszono Kazimierza CHEŁCHOWSKIEGO. PREZES oświadcza, że wolę zmarłego zakomunikuje Zarządowi Towarzystwa.

V. PREZES zawiadamia kolegów, że na następny posiedzeniu odbędzie się wybór jednego członka Kasy Wsparcia wdów i sierot po lekarzach w miejsce MAJKOWSKIEGO, który przeniósł się na stałe z Warszawy do Radomia.

VI. WINIARSKI J. odczytał sprawozdanie z prac naukowych kol. Stanisława KOPCZYŃSKIEGO, zalecając jego wybór na Członka Towarzystwa.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *St. Markiewicz.*

Sekretarz: *J. Winiarski.*

IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Komitet gospodarczy IX Zjazdu na posiedzeniu, odbytem w końcu Czerwca r. b., przyjął do wiadomości sprawozdanie ściślejszego komitetu wykonawczego z dokonanych czynności i zatwierdził jego uchwały, powzięte na kilku posiedzeniach w pierwszym półroczu 1899. W myśl tych uchwał odbędzie się IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w dniach 21 do 24 lipca 1900 (od soboty do wtorku włącznie). Jeden poranek i jedno popołudnie przeznaczono na posiedzenia ogólne, dwa dni na posiedzenia poszczególnych sekcji naukowych. Niedzielę d. 22 lipca 1900 zajmie wspólna wycieczka w okolice Krakowa; po zamknięciu zjazdu rozpoczną się wycieczki do zdrojowisk galicyjskich. Obrady naukowe odbywać się będą równocześnie w 22 sekcjach, a mianowicie utworzone zostaną sekcje następujące: 1) matematyczno-fizyczna (łącznie z astronomią), 2) chemiczna i technologii chemicznej, 3) mineralogii, geologii i geografii fizycznej. 4) zoologii i anatomii porównawczej, 5) botaniczna, 6) rolnicza, 7) techniczna (mechanika, inżynierya, budownictwo) 8) fotografii zastosowanej do celów naukowych. 9) farmaceutyczna, 10) psychologiczna, 11) anatomiczno-fizyologiczna (łącznie z embryologią, histologią, chemią fizyologiczną i antropologią), 12) patologiczna (anatomia patologiczna. patologia ogólna, bakteriologia lekarska). 13) medycyny wewnętrznej (łącznie z pedyatrią, balneologią, hydroterapią i farmakologią), 14) chirurgiczna (łącznie z ortopedyą, laryngologią, otyatrią i dentystyką. 15) dermatologiczna, 16) chorób nerwowych i umysłowych, 17) okulistyczna, 18) ginekologiczna, 19) medycyny sądowej i toksykologii, 20) medycyny publicznej (hygieny, policyi lekarskiej, badanie środków spożywczych 21) weterynarska, 22) prasy lekarskiej. W czasie zjazdu wychodzić będzie „Dziennik zjazdu“, zawierający, oprócz sprawozdań z prac naukowych zjazdu, zarazem dział informacyjny. Nadto wydany zostanie opis zakładów naukowych przyrządniczo-lekarskich krakowskich. Komitet gospodarczy podzielił się na szereg podkomitetów gospodarczych, wybierając ze swego łona przewodniczących, mianowicie utworzono: 1) Biuro sekretarskie (doc. dr. Ciechanowski, Wielopole 4), 2) Sekcję kwaterunkową (prof. dr. E. Bandrowski), 3) Sekcję wyciecz-

kową (prof. dr. Domański), 4) Sekcję zwiedzania zdrojowisk krajowych, (dr. Surzycki), 5) Sekcję zwiedzania zakładów naukowych (prof. dr. Rosner), 6) Sekcję zwiedzania miasta (prof. dr. Zarewicz), 7) Biuro informacyjne na czas zjazdu (doc. dr. Kryński), 8) Organizacja posiedzeń ogólnych, (prof. dr. Wachholz), 9) Komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiej, ze Zjazdem połączonej (dr. M. Śliwiński), 10) Redakcja „Dziennika zjazdu“ (doc. dr. Raczyński), 11) Redakcja wydawnictw pamiątkowych (prof. dr. Rostański), 12) Sekcję spraw kolejowych (dr. Zoll i dr. Horoszkiewicz), 13) Sekcję bankietową.

Nadto były przedmiotem obrad fundusze Zjazdu. Jak wiadomo, udzielił Wysoki Sejm Król. Galicyi i Łodomeryi zjazdowi subwencji w kwocie 1000 złr. Wkładka zjazdowa dla uczestników wynosić będzie 10 złr., a dla towarzyszących im osób 5 złr.

Ze zjazdem połączoną będzie Wystawa przyrodniczo-lekarska i lekarsko-przemysłowa. Urządzeniem Wystawy zajmuje się odrębna komisya, złożona z pp. prof. dr. Bujwida, p. Hellera, dyr. Peteslensa i prof. dr. Zarewicza. Przewodniczącym tej komisji jest dr. M. Śliwiński.

Pozostawiając sekcjom naukowym zresztą zupełną autonomię, przyjął komitet gospodarczy dla jednolitości organizacji zjazdu pewne ogólne zasady, mianowicie: a) organizację sekcji przeprowadzą uproszeni gospodarze w porozumieniu z kolegami zawodowymi; b) każda sekcya oznaczy kilka głównych tematów, mających być przedmiotem rozpraw, z pośród ważnych współczesnych zagadnień naukowych i zjedna dla każdego z tematów stosownych referentów; c) z luźnych odczytów i demonstracji te tylko będą przyjęte na porządek dzienny obrad, do których przy ich zgłoszeniu dołączonem będzie krótkie streszczenie dla „Dziennika Zjazdu“; d) dla nadsyłania zgłoszeń ze streszczeniami zamierzonych wykładów będzie wyznaczonym termin prekluzyjny; e) gromadzeniem zgłoszeń wykładów zajmować się będą poza Krakowem komisarze zjazdu; f) rzeczywistymi, t. j. czynnymi, sekretarzami sekcji będą z góry przez gospodarzy sekcji wybrani, a przez komitet gospodarzy zatwierdzeni koledzy, których głównem zadaniem będzie dokładne streszczenie toku dyskusji i z pomocą streszczeń, dostarczonych przez wykładających, przygotowanie wyczerpującego sprawozdania z obrad sekcji dla „Dziennika Zjazdu“.

Kraków dnia 4 Lipca 1899 r.

Prof. dr. A. Witkowski.

Prof. dr. K. Kostanecki.

Przewodniczący komitetu gospodarczego.

Doc. dr. St. Ciechanowski.

Sekretarz komitetu (Wielopole 4).

OGŁOSZENIA.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu, zapisanego przez d-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO:

1. Badanie kliniczne i doświadczalne w sprawie dezynfekcyi przewodu pokarmowego. (Badanie może dotyczyć środków nowych lub dotychczas niepróbowanych)

2. Zbadanie przyczyn zabarwienia zielonego biegunek u dzieci.

3. Zbadanie własności morfologicznych i składu chemicznego pasorzytów, występujących przy Favus, Herpes tonsurans, lub E. zema marginatum.

4. Zbadanie dokładne jednego z produktów bakterji gruźlicznych.

5. Anatomia patologiczna i warunki powstawania żylaków (*Varices*).

6. Badania bakteriologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego (*cystitis*).

7. Badania doświadczalne nadwycinaniem płuc (*Pneumectomy*).

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1900 roku.

Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych 7-ciu tematów, wyznacza się nagroda rub. 300. Takich nagród jest dwie.

Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąć będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopismach, pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zabezpieczonych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały D-r Brodowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rs. 240, imienia Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1901 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1897 r. do 31-go Grudnia 1900 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznaczą. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1897, 1898, 1899, 1900 i w ciągu Stycznia 1901 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały D-r Brodowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia d-ra med. i chir., LEONA KONITZA przyznana zostanie przez Towarzystwo w d. 15 października 1902 roku, jako w rocznicę zgonu d-ra KONITZA, nagroda pieniężna odpowiednio do wartości naukowej prac: albo w kwocie Rub. 570, złożonej z 2 nagród: jednej, pozostałej z poprzedniego konkursu, i drugiej przypadającej na bieżący trzyletni okres konkursowy, albo też przyznane będą dwie nagrody każda po Rub. 285. najlepsze prace oryginalne, w języku polskim, poświęcone li tylko chorobom kobiecym lub akuszerji, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 2 Kwietnia 1899 roku do dnia 31 Marca 1902 roku.

Przedmiotem prac mogą być tak kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiarkowanej specjalności, jako też podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1902 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopismach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulicą Niecała Nr. 7) lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia KONITZA.

Praca, wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopismach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Brodowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1900 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim w terminie od dnia 24 czerwca roku 1896, jako rocznicy śmierci testatora do dnia 31 marca 1900 roku, bądź też w rękopiśmie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych.

Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1900 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda rub. 185 kop. 25. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopismach zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopismach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Brodowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z legatu ś. p. D-ra ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO udzieloną będzie w miesiącu czerwcu roku 1900 zapomoga pieniężna w kwocie rub. 185 kop. 25 dla delegata na jeden ze zjazdów psychiatrycznych, jakie w tym roku odbyć się mogą, czy to w kraju czy zagranicą. Delegat, w myśl woli testatora, obowiązany będzie po powrocie, w jaknajkrótszym terminie, złożyć Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu treściwe sprawozdanie naukowe, które następnie wydrukowane będzie w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego.

Prośby o powyższą zapomogę nadsyłane być mogą pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (Niecała Nr. 7), w czasie od dnia 1 stycznia do 1 kwietnia 1900 roku, z podaniem dokładnego adresu kandydata i wymienieniem zajęć lub prac w dziedzinie psychiatrii.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Brodowski.*