

Rzadkie spostrzeżenie torbieli macicznej

usuniętej na drodze amputacyi macicy przy pomocy cięcia brzuszego.

Podał

Dr med. Fr. Neugebauer.

Kazuistyka torbieli macicznych nie jest dotychczas bardzo bogatą. Co do pochodzenia torbieli macicznych, to, podług najnowszych poglądów, upatrywano źródło wytworzenia się ich albo w gruczołach trzonu macicy, albo też w zabłąkanych do *mesometrium* wysepkach błony śluzowej macicy, w pozostałościach nerki pierwotnej pochodzenia płodowego (w ostatnim przypadku torbiele miały mieć położenie podsurowicze), w pozostałościach przewodu WOLFF'a z okresu życia płodowego, w torbielowatych tworach wewnątrz włókniaków lub włókniako-mięśniaków macicznych, nareszcie w torbielowatym zwyrodnieniu całkowitem mięśniaka macicznego. Kwestya co do pochodzenia torbieli macicznych daleką jest od rozstrzygnięcia ostatecznego dla wielu przypadków; dowodzi tego spór o charakterze nabłonka w torbielach, pochodzących z pozostałości pierwotnych nerek. Wobec rzadkości torbieli macicznych, uważam za stosowne podać krótki opis spostrzeżenia własnego. Jest ono dotąd jedynem w kazuistyce własnej około 280 operacyi ginekologicznych, połączonych z otwarciem jamy brzusznej u kobiet, dokonanych na oddzia-

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

60

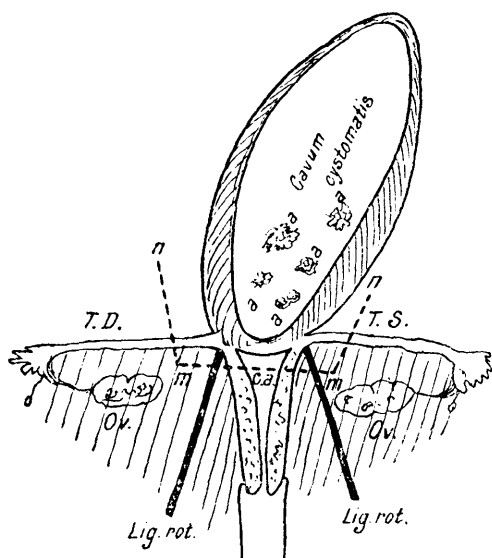
le ginekologicznym szpitala Ewangelickiego od roku 1894 do chwili obecnej.

Otóż dnia 13 Września 1898 r. kol. HAY raczył skierować do mnie z Żyrardowa 24-letnią pannę X. wskutek guza w jamie brzusznej. Panna ta o ogólnym stanie zdrowia bardzo dobrym i wyglądzie, który nie zdradzał żadnej choroby, miesiączkę miała po raz pierwszy w 17 roku życia. Miesiączka powtarzała się regularnie bez jakichkolwiek bólów lub zaburzeń aż do roku 1897. W roku tym przez trzy miesiące nie było wcale peryodu, lecz po używaniu żelaza peryod wrócił. W Grudniu 1897 r. pacjentka zauważyła guz w brzuchu; peryod zaczął zjawiać się zbyt często, czyli przedwcześnie, co dwa tygodnie, trwając po 7 do 8 dni. Od Kwietnia 1898 r. jakoby guz miał nagle zmniejszyć się znacznie, tak że w końcu nie przekraczał wielkości pomarańczy. Chora opowiada, że zmniejszeniu się guza towarzyszyło obfite krwawienie z części rodnych nazewnątrz. Przy badaniu dnia 13 Września 1898 roku wymacałem w jamie brzusznej guz wielkości przeszło główki noworodka, będący w ścisłej łączności z dnem ciała macicy. Guz przewyższał pępek, miał powierzchnię zupełnie gładką i był tak ruchomy, że można go było przesuwąć wraz z macicą w każdym kierunku dowolnie, następnie zaś powracał na swoje miejsce, kierując się wierzchołkiem ku podżebrzu lewemu. Guz wytłaczał powłoki ściany brzusznej nazewnątrz i był widocznym w tej chwili po odsłonięciu brzucha chorej. Z powodu niepodatnych dziewiczych ścianek brzusznych nie sposób było przy dwuręcznem badaniu wymacać dokładnie przydatków macicy bez uśpienia chorej. Ponieważ stwierdziłem chętnie w guzie, a wywiady czyniły prawdopodobnem, że istnieje zatrzymanie krwi miesiączkowej w jednym rogu macicy dwurożnej, dnia 15 Września przystąpiłem więc do cięcia brzuszego przy zwykłym grzbietowem ułożeniu chorej, spodziewając się, że natrafie na dwurożną macicę, natrafiłem zaś, wbrew spodziewaniu, na zupełnie co innego — znowu przypadek pomyłki rozpoznawczej, przy których najwięcej się nauczyć można. Nie było ani dwuroż-

nej macicy, jak udowodniło miejsce połączenia się trąbek macicznych z macicą, nie chodziło dalej o żaden nowotwór, czyli guz przydatków macicznych, w następstwie przesunięty, lecz chodziło o torbielowaty guz osadzony, o podstawie szerokiej na samym trzonie macicy, o zawartości płynnej, o guz na razie wątpliwego pochodzenia, osobliwego kształtu, o osobliwem umiejscowieniu. Ściany torbieli bez jakiegokolwiek różnicy co do zabarwienia i konsystencji przechodziły w ścianę samej macicy; tylko na szczycie samej torbieli ściany jej zdawały się być cieńszymi — chelbotanie w tem miejscu było wyraźniejszem, niż w niżej położonych częściach torbieli. Osada guza była szeroką i sięgała od osady jednej trąbki macicznej do osady drugiej, czyli zajmowała całą szerokość dna macicy. Nie znalazłem żadnych zrostów pomiędzy guzem a częściami sąsiednimi. Postanowiłem w celu usunięcia guza amputować trzon macicy, pozostawiając na miejscu oba jajniki dla zapobieżenia objawom przedwczesnego przekwitania („Ausfallserscheinungen“). Po uchwyceniu każdego jajowodu kleszczami w odstępzie około dwóch centymetrów od macicy, amputowałem dno trzonu macicy trzema cięciami, jak to pokazuje poniżej załączony rysunek. Cięcia wykonałem wzdłuż linii *nm*, *nm*, *mm*, poczem z pozostałej części trzonu macicy wyciąłem klin taki, aby powstały dwa płaty, tylny i przedni, które spoilem ze sobą szwami, mianowicie zastosowałem w tym celu kilka szwów węzłkowatych w kierunku strzałkowym oraz ciągły szew poprzeczny od prawej strony ku lewej. Kilka naczyń krwawiących oddzielnie podwiązałem lub też obklęłem, stosownie do potrzeby. Co do błony śluzowej jamy macicznej, to nie stosowałem żadnych specjalnych rękoczynów, nie wycinając i nie przypalając jej, t. j. nie troszcząc się specjalnie o nią, jak to zwykle z dobrym skutkiem dotąd czyniłem przy wycinaniu mięśniaków.

Następnie, po dokonaniu toalety, o ile okazała się potrzebną, zaszyłem ranę brzuszną trzema piętrami szwów jedwabnych, nakładając szew ciągły na otrzewną, szew węzłkowaty na powięź mięśni prostych brzucha oraz szew

ciągły skórny, jak to czynię od lat trzech z wynikiem dobrym co do zapobiegania przepuklinom pooperacyjnym, lecz mniej dobrym co do zapobiegania małym ropniom, przez szwy w ścianie brzusznej wywołanym. [Niestety, pomimo ścisłej dezynfekcyi jedwabiu, przy stosowaniu szwu trzypiętrowego dla ściany brzusznej o wiele częściej miałem do czynienia z ropieniem szwów—sc: pogrążonych, niż przy stosowaniu prostego szwu węzłkowego chwytającego całą grubość ściany brzusznej „*en masse*“.



Torbial dna maciny.

(Rysunek szematyczny własny)

Czy niepożądany ten objaw zależy od niezupełnej aseptyki szwów na zawsze w ścianie brzusznej pogrążonych, czy też może od zbyt mocnego ściągania węzła tego pytania nie mogę dziś jeszcze rozstrzygnąć].

Co do przebiegu pooperacyjnego, przytoczyć muszę, że raz jeden ciepłota podniosła się do $38,8^{\circ}\text{C}$. wskutek powstania małego ropnia w ranie pooperacyjnej; pozatem jednak przebieg pooperacyjny był zadawalniającym i chora wkrótce szpital opuściła, jako wyleczona. Dopiero w ostatnich czasach miałem wiadomości o pacjentce, mianowicie zawdzięczać je HAY'owi i przełożonej szkół Żyrardowskich p. Kirste. Pacjentka od czasu operacji czuła się zdrową, od jakiegoś czasu jednak doznawała bólu przy oddawaniu moczu, mianowicie w Marcu 1899 r., to jest przeszło 6 miesięcy po operacji. W końcu Marca 1899 r. po kilkudniowym bólu w cewce moczowej chora wydzieliła z moczem nitkę jedwabną, inkrustowaną solami moczowemi, którą wręczyła kol. TOKARSKIEMU. Będąc w tych dniach w Żyrardowie, umyślnie udałem się do szpitala, aby od kol. HAY'a dowiedzieć się, co porabia była nasza pacjentka, lecz, niestety, wiadomości żadnych nie otrzymałem, ponieważ pacjentka opuściła jakoby Żyrardów od dłuższego czasu. Peryody prawdopodobnie trwają, ponieważ jajniki, jako zdrowe, pozostawiłem na miejscu. Operacja była łatwą i prostą technicznie, ponieważ nie było żadnych zrostów. Możnaaby wszelako postawić pytanie, czy nie było możliwości usunięcia torbieli bez amputacji częściowej macicy? Czy nie można było wyluszczyć po prostu torbieli, a macicę w całości zachować? Mimowoli musiałem o tem myśleć, lecz sam preparat pokazuje, że takie postępowanie w danym przypadku nie było możliwem. Po pierwsze przed dokonaną przezemnie operacją amputacji nikt nie byłby w stanie określić, jak grubą jest warstwa, oddzielająca jamę macicy od jamy torbieli, a powtórę, jak pokazuje preparat, wobec cienkości przegrody pomiędzy jamą macicy a jamą torbieli—grubość przegrody wynosiła zaledwie kilka milimetrów, daremnem byłoby usiłowanie wycięcia torbieli bez mimowolnego otworzenia jamy macicy. Możnaaby było otworzyć torbiel i wszyć obwód zrobionego w niej otworu do rany brzusznej, traktując jamę torbieli poprostu jako ropień, stosując tamponację, lecz postępowanie takie wywoływałoby kurację bardzo długotrwałą, a nadto na-

stępstwem jej byłoby nienaturalne unieruchomienie macicy, czyli przymocowanie jej przy ścianie brzusznej. Jajniki pozostawiłem na miejscu, jak już powiedziano, po pierwsze, ponieważ nie zdradzały żadnych zmian chorobliwych, a po wtóre aby uniknąć niemiłych dla pacjentki objawów przedwczesnego przekwitania.

Operacja przezemnie dokonana uniemożliwia poczęcie nie tyle przez przecięcie jajowodów, ile przez usunięcie możliwości komunikacji pomiędzy pozostawionymi na miejscu częściami jajowodów a jamą macicy.

Opowiadanie chorej, że jakoby raz jeden guz znacznie zmalał podczas obfitego krwawienia nazewnątrz, mimowoli mogłoby naprowadzić na myśl, czy czasem nie istniała u niej „*haematometra uteri bicamerati*“ lub „*haematometra*“ jednego rogu macicy dwurożnej, lecz oba przypuszczenia upadają natychmiast wobec oględzin preparatu pooperacyjnego. Istnienie macicy dwurożnej wyklucza topograficzny stosunek dna macicy do miejsca przymocowania jajowodów, a przypuszczenie macicy dwukomorowej upada wobec przecięcia preparatu w kierunku czołowym.

Zkąd więc powstała owa torbiel macicy? Pochodzenia od bąblowca macicy w danym przypadku nie było. Miejsce, w którym torbiel powstała, nie przemawia za pochodzeniem jej z resztek przewodu WOLFF'a, albowiem wówczas torbiel zajmowałaby prawdopodobnie boczną ścianę macicy, a nie samo jej dno; tak samo mało prawdopodobnem zdaje się pochodzenie torbieli z ustroju naczyń chłonnych—torbiele te leżą zwykle pod samą otrzewną. [Co do powstawania torbieli macicznych z pozostałości ciała WOLFF'a i przewodów WOLFF'a, patrz Robert MEYER: „Ueber epitheliale Gebilde im Myometrium des foetalen und kindlichen Uterus einschliesslich des GARTNER'schen Ganges“. Berlin, 1899, Verlag von S. Karger].

Czy istniał związek etyologiczny pomiędzy torbielą a pozostałością ciała WOLFF'a?

Ponieważ w danym przypadku nie istniało żadne prawdopodobieństwo, aby torbiel owa powstała z resztek ciała WOLFF'a lub przewodów WOLFF'a lub z naczyń limfatycz-

nych, pozostała więc tylko ewentualność, że torbiel owa powstała wskutek torbielowatego zwyrodnienia nowotworu macicy, mięśniaka, włókniaka lub mięśniaka włóknistego. Rzeczywiście też badanie drobnowidzowe owej torbieli, dokonane przez Jerzego BRUNNER'a, za którego dokonanie na tem miejscu uprzejmie mu dziękuję, wykazało, że torbiel owa powstała ze zwyrodnienia torbielowatego mięśniaka macicy. („Cystische Schmelzung eines Uterusmyoms“). Chodziło, mianowicie, o mięśniak gładkowłóknienkowy macicy. Gładkie włókna mięsne zdradzały przebieg falisty; na przecięciu preparatu krzyżują się włókna mięsne w najrozmaitszych kierunkach, tak że na przekroju widać włókna mięsne trafione nożem wpoprzek lub wzdłuż. Po zabarwieniu preparatu sposobem van GIESON'a można było dojrzeć skąpą tylko ilość tkanki łącznej bardzo skąpo unaczynionej. Na wewnętrznej powierzchni jamy torbieli nie widać nigdzie ani śladu wysłania nabłonkiem; widać tylko włókna mięsne obrzękłe i będące w stanie rozkładu oraz pęczki tkanki łącznej. Chodzi zatem o mięśniak zwykły lub też włóknisty, uległy zwyrodnieniu torbielowatemu. Nie śmiem odpowiedzieć na zapytanie, czy istnieje tutaj związek etyologiczny pomiędzy powstaniem owego pierwotnego mięśniaka a resztkami ciała WOLFF'a lub nie, i muszę decyzję pozostawić więcej kompetentnym na tem polu badaczom.

Załączyłem powyżej rysunek szematyczny preparatu, czyli warunków topograficznych, dla łatwiejszego zrozumienia podanego opisu. Widzimy torbiel o szerokiej podstawie, implantowaną na samem dnie macicy. Wymiar najdłuższy torbieli o kierunku skośnym ma 18 centymetrów długości, największy obwód torbieli powyżej jej osady wynosi 24 centymetry. Grubość ścian torbieli zmniejsza się stopniowo od dołu ku górze; około podstawy torbieli wynosi ona około 22 młm., u szczytu torbieli zaledwie 2 młm. Najdłuższy poprzecznik jamy torbieli ma 11—12 ctm. długości. Dno macicy ma 8 ctm. szerokości. Torbiel zawierała żółtawy płyn przezroczysty nie lepki. Powierzchnia wewnętrzna torbieli nie była bynajmniej gładką, lecz nierów-

ną, o mnogich wzniosłościach, czyli sfałdowaniu wewnętrznem jej powłoki jednolitej. Tu i owdzie—patrz rysunek: *a, a, a, a* — widać było wynaczynienia, większe lub mniejsze na wewnętrznej powierzchni torbieli. *T. D.* i *T. S.* oznaczają oba jajowody. *Ov.*—jajniki. *C. U. Cavum uteri*; *nm, nm* i *mm*, oznaczają trzy cięcia dokonane w celu amputacyi torbieli i dna macicy. Grubość przegrody pomiędzy jamą macicy i próżnią torbieli wynosiła zaledwie 3 mlm. Na rysunku szematycznym przegroda owa jest narysowaną zbyt grubo. O odłuszczeniu ściany torbieli od ścian jamy macicznej mowy być nie mogło.

Czy całość worka owodnej jest niezbędną

(*conditio sine qua non*)

dla dalszego rozwoju płodu po pęknięciu kosmówki
i ściany legowiska płodu lub nie?

Podał

Dr. med Fr. Neugebauer.

Dr. MORDECAI PRICE ogłosił niedawno pracę o ciąży zamacicznej [Universal Med. Magaz. 1898, July], której streszczenie znalazłem w referatach o piśmiennictwie—epitome pg. 11, Nr. 1986 Brit. Med. Journal z dnia 21 Stycznia 1899 roku. PRICE z dobrym dla matki i dziecka wynikiem dokonał cięcia brzuszego w 10 miesiącu w pewnym przypadku ciąży pozamacicznej, pozostawiając łożysko na miejscu, wszywając otwór worka płodowego do rany brzusznej i drenując jamę płodową [Koeliokelyphotomia]. Po opisanu własnego spostrzeżenia PRICE rozbiera ogólnie kwestyę ciąży pozamacicznej i przychodzi do szeregu wniosków-aksjomatów. Po pierwsze, twierdzi PRICE, wbrew doświadczeniu Lawson TAIT'a, że w 99 ze 100 przypadków ciąży pozamacicznej pęknięcie następuje w kierunku światła jamy brzusznej, a nie pomiędzy blaszkami więzuszerekiego. Najniebezpieczniejszą odmianą ciąży pozamacicznej ma być *graviditas tubo-uterina interstitialis* [cięża śródścienna]. Każde rozpoznanie ciąży pozamacicznej ma być bezwzględnie wskazaniem dla operacji. Im później ope-

rować, tem większem jest niebezpieczeństwo operacji. Dalej twierdzi PRICE, że jakoby tylko w 8—9 przypadkach ciąży pozamaciczej donoszonej udało się uratować matkę i dziecko. Usunięcie łożyska ma być łatwem przed 6 miesiącem ciąży, w późniejszych zaś okresach ciąży usunięcie łożyska zwykle ma być niemożliwem, tak że wypada albo po ucięciu pępowiny łożysko pozostawić na zawsze w jamie brzusznej i ranę brzuszną zaszyć, albo też traktować próżnię jaja płodowego jak ropień, stosując tamponację i pozostawiając czasowi wydzielenie łożyska na drodze ropienia. Wreszcie PRICE twierdzi, że skoro płód dalej się rozwija po pęknięciu legowiska swego, zawdzięcza to temu, że worek owodnej pozostał nietkniętym, czyli nie przerwał się—inaczej bowiem otrzewna pochłonięłaby płód „in every case of extrauterine pregnancy where the foetus lives after rupture, it is owing to its being protected by an unruptured amniotic sac since the peritoneum would digest a foetus of any age unless protected from its influence and the amnion can be demonstrated in every case, which has passed the second month“.

Daleko nie wszystkie z tych wniosków PRICE'a są oparte na faktach. Jak pokazuje kazuistyka przez HARRIS'a i przezemnie zebrana, znamy dziś już więcej niż 9 przypadków uratowania matki i dziecka przy ciąży pozamaciczej donoszonej. Dalej niebezpieczeństwo interwencji chirurgicznej dla matki, dzięki postępom sztuki rozpoznawania i techniki operacyjnej, zmniejszyło się bardzo znacznie. W ostatnich latach osobiście na 40 takich operacji z każdego okresu ciąży pozamaciczej straciłem tylko jedną operowaną. Najwięcej zaś uderzył mnie wniosek PRICE'a co do znaczenia zachowania całości owodnej dla dalszego rozwoju płodu po nastąpieniu pęknięcia legowiska płodu, trąbki ciążarnej itd. oraz twierdzenie jakoby w razie pęknięcia owodnej otrzewna miała pochłoniąć płód na drodze rezorbcyi. Nigdzie dotychczas nie napotkałem podobnego przypuszczenia, aby otrzewna była w stanie pochłoniąć, wessać w całości płód, nawet kości i włosy—tem bardziej dziwi mnie twierdzenie PRICE'a, że z pewnością

musi on znać liczne przypadki długoletniego pozostawiania płodu obumarłego w jamie brzusznej bez śladu rezorbcji przez organizm matki. W moim przypadku ciąży pozamacicznej z wydobyciem żywego, prawie donoszonego płodu na drodze cięcia brzuszego, płód leżał swobodnie pomiędzy pętlami kiszek, nie było prawie ani śladu błon płodowych i nawet nie sposób było chociażby w przybliżeniu określić, kiedy worek płodowy pękł, t. j. w jakim okresie ciąży. Tak sam fakt skonstatowano w wielu innych przypadkach wydobywania z jamy brzusznej żywego donoszonego płodu, jak np. w ostatnim przypadku A. MARTIN'a. Opierając się zatem na doświadczeniu własnem oraz na danych innych przypadków z kazuistyki, śmiem twierdzić, że zachowanie całości worka owodnej bynajmniej nie stanowi niezbędnego warunku dla dalszego rozwoju płodu po pęknięciu legowiska płodowego, a że płód może dalej się rozwijać, pomimo pęknięcia owodnej. Życie lub śmierć płodu pozamacicznego po pęknięciu legowiska płodu nie zależą bynajmniej od zachowania całości owodnej, lecz tylko od tego, aby zachowaną została drożność pępowiny oraz czynność łożyska. Z powodu rzadkości przytaczam spostrzeżenie TARNIER'a, dotyczące dalszego rozwoju płodu wewnątrz macicy pomimo urazowego przerwania błon płodowych, czyli kosmówki i owodnej. [Patrz TARNIER: „Plaie abdominale chez une femme enceinte“. Congrès Périodique de gynécologie d'obstétrique et de pédiatrie. Bordeaux 1895, Paris 1897]. Spostrzeżenie TARNIER'a, o ile dotyczy ciąży wewnątrzmacicznej, jest jedynem w swoim rodzaju. Kobieta, która już trzy razy pomyślnie rodziła, w 5 miesiącu czwartej ciąży przypadkiem wbiła sobie szpilkę od włosów do brzucha, opierając się o kant łóżka. Szpilka ta 12 ctm. długości bez nagłówka tkwiła w materacu. Ciężarna poczuła w tej chwili bóle w brzuchu i zawieszoną została zaraz do kliniki TILLAUX'a. THIERRY dokonał nacięcia ściany brzusznej w miejscu wdrążenia szpilki i szczęśliwie ją wydobyl, pomimo że szpilkę można było tylko wymacać przez ścianę brzuszną. Rana pooperacyjna szybko zagoiła się; w 12 dni po tym wypadku odeszły wody płodowe, tak że ciężar-

na sądziła, że poroni, lecz poronienie nie nastąpiło. Dnia 7 Grudnia, w miesiąc po owym wypadku, zjawilo się krwawienie z pochwy, codziennie powtarzające się; 22 Stycznia chora zapisała się do szpitala. Stan bezgorączkowy, płód żyje, skonstatowano małą bliznę skórną po lewej stronie od pępka. Przypuszczano, że chodzi o zapalenie błony śluzowej macicy u ciężarnej, wywołane wdrażeniem końca szpilki do macicy. 30 Stycznia wieczorem zjawily się bóle porodowe, nazajutrz wieczorem *partus spontaneus* z wydzieleniem się cuchnącej wody płodowej po wyjściu dziecka z macicy. Z powodu atonicznego krwotoku akuszerka zmuszona była usunąć łożysko własną ręką. Łožysko tkwiło jeszcze częściowo na przedniej ścianie macicy. Akuszerka przy tej sposobności wymacała lejkowate zagłębienie w ścianie macicy. Po odklejeniu łożyska, miało ono odpowiadać miejscu przebicia ściany przez ową szpiłkę. Dziecko zmarło po 4 tygodniach „*par manque de vitalité*”. Położnica wyzdrowiała. Wielką osobliwość stanowiły błony płodowe. Otwór w błonach płodowych, przez który płód wyszedł na zewnątrz, nie miał więcej jak 35 młm. średnicy, czyli miał wielkość srebrnej monety 5-io frankowej. Brzegi otworu worka płodowego były zgrubiałe. Osnowę worka płodowego tworzy nie całe łożysko, lecz tylko pośrodkowa część łożyska, albowiem błony jaja płodowego w części obwodowej łożyska skleione są z niem. Na wypełnienie całej jamy worka płodowego starczy 210 ccm., płynu, podczas gdy sam płód zajmuje 980 ccm., a więc istnieje różnica 770 ccm. pomiędzy objętością samego płodu, a objętością worka płodowego. Część worka płodowego, istniejąca dziś jeszcze, t. j. w chwili porodu, to znaczy nie zanikła wskutek sklejanja się błon jaja płodowego z powierzchnią płodową łożyska, niema więcej, niż 6 i 7 ctm. poprzecznika; wymiar pionowy jamy worka płodowego nie wynosi więcej nad 18—20 młm. TARNIER zdjął fotograficznie podobiznę łożyska oraz model gipsowy. Jakim sposobem mógł płód o obwodzie czaszki 25 ctm. wyjść przez otwór w błonach płodowych, mający tylko 35 młm. szerokości? Widocznie płód wyszedł z worka pło-

dowego nie teraz, lecz o wiele wcześniej, prawdopodobnie po owym pokaleczeniu przez igłę. Dlaczego część błon płodowych, po za obwodem łożyska właściwie leżąca, była sklejoną z łożyskiem, tak że tylko pozostawał małej objętości worek płodowy o wązkim otworze, przez który jakoby wyszedł płód? TARNIER przypuszcza, że po owym urazie szpilka przebiła ścianę brzuszną oraz ścianę macicy i błony płodowe, że płód wyslizgnął się z jamy jaja płodowego przez powstały w ten sposób otwór pomiędzy ścianą macicy i błony płodowe i tam dalej się rozwijał. Jeżeli TARNIER miał rację, a wszystko zdaje się przemawiać za tem, to łatwo zrozumieć, dla czego zapadły się ścianki worka płodowego po owym nakłuciu przez szpilkę tak, że część ich skleiła się z łożyskiem, że pozostała tylko tak mała próżnia worka płodowego i że płód dalej się rozwijał, leżąc zupełnie poza błonami płodowymi, czyli poza workiem owodnej.

Fakt, który opisał TARNIER, jedyny w swoim rodzaju dotychczas w kazuistyce ciąży wewnętrznej, również służyć może za argument ważny dla obalenia tezy Mordecai PRICE'a o jakoby tak ważnem znaczeniu zachowania całości owodnej dla dalszego rozwoju płodu przy ciąży pozamaciczej po pęknięciu legowiska płodu.

W tych dniach wyszła z pod prasy w Paryżu rozprawa E. GLAIZE'a na stopień lekarza: „La grossesse extra-membraneuse“, której niestety jeszcze nie posiadam; przypuszczam jednak, że i tam znajdą się fakty, zbijające twierdzenie PRICE'a.

KLIEN [Centralblatt für Gynälogie, 1899, Nr. 13, pag. 1312—1313] od innych kategorii ciąży pozamaciczej odróżnia tę kategorię, w której ściany legowiska płodu i worek błon płodowych pękły w pierwszej połowie ciąży od tej, w której płód dalej rozwijał się, leżąc wśród pęteli kiszek swobodnie w jamie brzusznej, łożysko zaś zupełnie bez resztek błon płodowych lub tylko, zdradzając jeszcze szczątko-

we resztki ich, usadowiło się na tem lub owem jelicie jamy brzusznej. W piśmiennictwie ma być, podług KLIEN'a, opisanych około 12 takich przypadków. Jeden przypadek taki KLIEN sam widział.

W przypadkach, o których KLIEN wspomina, płód również dalej się rozwijał, pomimo wczesnego pęknięcia worka owodnej i zaniku błony.

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 Kułparkowie.

VI.

Upośledzenie władz umysłowych (*Hebephrenia*).

Od upośledzenia c z y n n o ś c i umysłowych, które widzimy w przygnębieniu, względnie w zadumie, *Hypophrenia*, ściśle rozróżnić należy upośledzenie władz, t. j. z d o l n o ś c i umysłowych, *Hebephrenia*.

W czystem przygnębieniu, względnie w czystej zadumie, władze umysłowe są należycie rozwinięte we wszystkich zakresach i w każdym kierunku, tylko czynność ich jest upośledzoną, a mianowicie zwolnioną lub utrudnioną; przy upośledzeniu władz umysłowych spostrzegamy nienależyte ich rozwinięcie się lub też zanikanie, co dotyczyć może wszystkich zakresów i kierunków życia umysłowego w równym lub nierównym stopniu, albo też pew-

nych tylko zakresów lub nawet pewnych tylko ich kierunków.

Najczęściej rozchodzi się tu o upośledzenie większe lub mniejsze tych władz, czyli zdolności umysłowych, które tworzą świadomość, czyli wiedzę, tudzież wolę, a więc: pamięć, wyobraźni, łączenia wyobrażeń, tworzenia myśli. pojęć, sądów, wniosków, przekonań, żądz i dążeń; rzadziej spotykamy upośledzenie większe lub mniejsze władz tworzących czucie i uczucie. Mimo większego lub mniejszego upośledzenia przytoczonych właśnie władz, czyli zdolności umysłowych, zachowaną bywa między nimi odpowiednia łączność i współdziałalność wzajemna odpowiednia, tylko nie należyta, albowiem, w porównaniu z umysłem prawidłowym, zawsze upośledzona w większym lub mniejszym stopniu, stosownie do stopnia upośledzenia danych władz, czyli zdolności umysłowych.

Jeżeli upośledzenie władz, czyli zdolności umysłowych, dochodzi we wszystkich lub w pewnych tylko kierunkach do zbyt wysokiego stopnia, w takim razie okazać się może także brak odpowiedniej między nimi łączności i współdziałalności wzajemnej, a wtedy upośledzenie władz umysłowych łączyć się będzie z niezbornością umysłu. W możliwie najwyższym stopniu upośledzenia władz umysłowych okazuje się nawet obraz bezumu, czyli bezmysłu zupełnego.

Oba te najwyższe stopnie upośledzenia władz umysłowych, z których jeden łączy się z niezbornością, czyli pomieszaniem umysłu (*Dysphrenia*), a drugi z bezumem, czyli bezmysłem (*Aphrenia*), uważać można za zupełnie odrębne postaci chorób umysłowych lub też można zaliczyć je do chorób umysłowych złożonych i oznaczyć pierwszy mianem upośledzenia władz umysłowych niezbornego (*Hebephrenia dysnoica*), drugi zaś mianem upośledzenia władz umysłowych bezumnego albo bezmyślnego (*Hebephrenia anoica*). Upośledzenie władz umysłowych, nie łączące się z żadną inną postacią chorób umysłowych, musimy uważać za zupełnie odrębną chorobę i najlepiej jest oznaczyć je mianem czystego, czyli zbornego upośledzenia władz umysłowych, *Hebephrenia simplex*. Zamiast używać pełnej nazwy upośledzenie

władz, czyli zdolności umysłowych, możemy to samo wyrazić także krócej nazwą: upośledzenie umysłu, *Hebephrenia*.

Rozumie się samo przez się, że rozwijający się dopiero umysł noworodka, niemowlęcia, dziecka różnego wieku i podlotka, czyli rozkwitka. jakkolwiek w danym przypadku całkiem prawidłowy i dla danego wieku zupełnie odpowiedni, okazywać musi tem znaczniejsze upośledzenie w każdym zakresie i w każdym kierunku w porównaniu z umysłem prawidłowo rozwiniętym i odpowiednim dla wieku dojrzałego, im bardziej od wieku tego wstecz się oddała. Rozwój umysłu człowieka postępuje bowiem zwolna i stopniowo od urodzenia się jego aż do całkowitego dojrzenia. Noworodek przedstawia w pierwszych kilku dniach obraz bezmysłu zupełnego (*Aphrenia completa*), gdyż właściwie świadome życie umysłowe nie istnieje u niego wcale jeszcze z powodu braku treści do wyraźnego czucia, jakiegokolwiek myślenia i dowolnego działania. Ruchy, które noworodek wykonywa, są czysto popędowe lub odruchowe, a w każdym razie bezmyślne, a nawet bezwolne i nieświadome, jak np. ssanie, połykanie, oddawanie moczu i kału itp. Do takich samych czysto popędowych lub czysto odruchowych, a więc bezmyślnych, bezwolnych i nieświadomych ruchów należy też płacz noworodka, tudzież różne jego ruchy tułowiem i kończynami.

Jeżeli mózg noworodka nie posiada warunków dalszego rozwoju, zdarzyć się może, że na takim stopniu pozostaje umysł człowieka przez całe dalsze jego życie i chociaż nawet dojdzie do wieku dojrzałego i cielesnie dość dobrze się rozwinie, umysłowo równać się będzie zupełnie noworodkowi. Będzie to bezmysł wrodzony, *Aphrenia innata*.

Po kilku dniach, gdy cały układ nerwowy wraz z rdzeniem kręgowym i mózgiem lepiej się rozwinie i większej nabierze siły, zaczyna noworodek, teraz już oseskiem zwany, coraz żywiej i dokładniej odczuwać różne wrażenia zewnętrzne zapomocą swoich zmysłów. Wrażenia te, pochodzące od najrozmaitszych przedmiotów, tłoczą się w wielkiej naraz liczbie, a, drażniąc równocześnie różne zakończenia zmysłowe obwodowe oseska, sprawiają w odpo-

wiednich ośrodkach zmysłowych podkorowych jego mózgu bardzo liczne, ale niewyraźne tylko i nieokreślone poczucia zmysłowe ogólne, przyjemne lub nieprzyjemne, powodujące odruchowo i bezwiednie uśmiech lub płacz, jako też różne ruchy ciała, powstające już to skutkiem podrażnienia różnego rodzaju czucia skórniego, już też skutkiem podrażnienia czucia mięśniowego przez niemiłe ułożenie się pojedynczych mięśni lub całych grup mięśniowych. Ruchy, wykonywane w ten sposób bezwiednie przez oseska, są zwykle bardzo rozległe, z powodu licznych współruchów równoczesnych, które są tem rozleglejsze, im silniejszym jest podrażnienie, które oseska do ruchów tych pobudza. Przy silnem bardzo zadrażnieniu uczuwa osesek ból mniej lub więcej dotkliwy, i dlatego nie tylko płacze, ale rusza także gwałtownie kończynami i tułowiem, a niekiedy oddaje równocześnie mocz i kał pod siebie, t. j. porusza kurczowo wszystkimi prawie mięśniami swego ciała. Tak więc i osesek w pierwszym okresie życia swego przedstawia głównie bezmyśl zupełny odruchowy, *Aphrenia reflexiva*, później zaś bezmyśl niezupełny, i tem różni się od noworodka, który na nic nie zwraca uwagi, podczas gdy osesek poczyną z czasem stopniowo coraz silniej i dokładniej zajmować się otoczeniem i zwracać uwagę na różne wrażenia zmysłowe, a przez to zaczyna je częściowo w pamięci swej ustalać. Tworzące się tym sposobem obrazy zmysłowe są z początku niewyraźnemi i nieokreślonemi ściśle wrażeniami, a więc nie dają wybitnych wyobrażeń; dlatego też osesek w pierwszym okresie życia swego nie zna wcale i nie potrafi odróżnić od siebie pojedynczych przedmiotów świata zewnętrznego, nie ma więc żadnych wybitnych wyobrażeń, nie tworzy żadnych myśli, a przeto nie może wykonywać rozmyślnych i celowych, t. j. ściśle dowolnych ruchów. Pewne silniej odczute i częściej powtarzające się wrażenia zmysłowe zaczynają atoli z czasem ustalać się coraz bardziej w odpowiednich ośrodkach korowych mózgu oseska i wytwarzają w ten sposób pierwszy zaczątek świadomości, t. j. z nieokreślonych, ogólnych wrażeń stają się mniej lub

więcej określonymi wyobrażeniami i tworzą treść do wyrażania się pamięci, wyobraźni i myśli.

W pierwszym okresie życia niemowlęcia widzimy przeto z początku, podobnie jak u noworodka, bezmyśl zupełny (*Aphrenia completa*). Później zaczynają się powolnie rozwijać różne kolejnie władze umysłowe we wszystkich zakresach i kierunkach, ale poczucia, uczucia, wrażenia, wyobrażenia, myśli, żądze i dążności, tudzież wola, t. j. ruchy dowolne niemowlęcia, są jeszcze bardzo niewyraźne, nieokreślone, ciągle zmienne i niestałe, bo nieuzasadnione należycie. Całe życie umysłowe niemowlęcia w tym drugim okresie jego rozwoju nosi wybitne piętno niezborności, bezładu i zamętu, i dlatego przedstawia obraz pomieszania umysłu (*Dysphrenia*).

Zdarzyć się może, że człowiek, mimo rozwijania się cielesnego, umysłowo nie rozwinie się po nad stopień odpowiadający pierwszemu temu lub drugiemu okresowi życia niemowlęcego i tak ograniczonym umysłowo pozostaje przez całe dalsze życie swoje. Mowa w takim razie wcale się nie rozwija i ogranicza się zazwyczaj tylko do kilku niewyraźnych i niezrozumiałych głosów bełkotliwych, podobnych raczej do krzyków zwierzęcych, jak beczenia, jęku, ryku, syczenia, skrzeczenia, kwiku, pisku, burczenia, warczenia itp., niż do głosów ludzkich. Człowiek, okazujący taki stan umysłu, niema żadnej prawie świadomości, bo chociaż przyjmuje i odczuwa różne wrażenia, pochodzące ze świata zewnętrznego, to jednakże nie zdoła ich pojąć i zrozumieć, i dlatego nie potrafi należycie rozróżniać najzwyklejszych nawet przedmiotów, nie potrafi wcale oryentować się w otoczeniu, czasie i przestrzeni, a często nie zna i nie poznaje nawet rodziców, żywicieli i osób najbliższego swego otoczenia, a przeto stoi pod względem umysłowym jeszcze niżej, niż prawidłowo rozwinięte istoty zwierzęce niższego rzędu. Stan taki podobnym jest—jak już wyżej zaznaczyłem—do choroby umysłowej zwanej niezbornością, czyli bezładem albo pomieszaniem umysłu, a ponieważ pochodzi od urodzenia, przeto możnaby go nazwać niezborno-

ścią umysłu wrodzoną, względnie bezładem albo też pomieszaniem umysłu wrodzonym (*Dysphrenia innata*).

Gdy pewne wrażenia zmysłowe częściej się powtarzają i stają się silniejszymi od innych wrażeń równoczesnych, wówczas zaczynają ustalać się w pamięci niemowlęcia, które uczy się przez to rozeznawać je zwolna od innych równoczesnych wrażeń. Kojarząc, t. j. łącząc razem różne takie zapamiętane wrażenia, uczy się z czasem niemowlę odczuwać odrębnie i osobno rozeznawać całe grupy różnych wrażeń zmysłowych, pochodzących od pewnych przedmiotów, a przeto razem zwykle się pojawiających i powtarzających się często. Przez zapamiętanie różnych tych złożonych równoczesnych wrażeń zmysłowych uczy się z czasem niemowlę rozpoznawać te przedmioty, od których wrażenia owe pochodzą, i tak dochodzi do możliwości rozpoznawania rodziców, piastunek, tudzież osób i rzeczy najbliższego swego otoczenia. Stanowi to okres trzeci w rozwoju umysłu niemowlęcia.

Okres ten cechuje się tem, że niemowlę posiada w tym czasie swego życia pewną, chociaż bardzo jeszcze ograniczoną, słabą i chwiejną, t. j. ciągle zmienną świadomość i takąż wolę, objawiającą się różnymi, do pewnego już celu zmierzającymi ruchami dowolnymi. Świadomość ta jednakże tak dalece jest jeszcze niepewną, że niemowlę przeniesione w inne otoczenie nie potrafi się oryentować.

Wielka ilość nowych zupełnie i naraz tłoczących się wrażeń zmysłowych sprawia bardzo przykre uczucie ogólne, wywołujące płacz, który trzeba uśmierzać dopiero podaniem niemowlęciu jednego jakiegoś, przyjemnie na zmysły działającego przedmiotu lub zwróceniem jego uwagi na jeden tylko, a następnie na różne inne kolejno przedmioty, aby naraz zbyt dużo nowych wrażeń zmysłowych nie odbierało. Po pewnym dopiero czasie zaczyna niemowlę za poznawać się z przedmiotami nowego otoczenia, a później zaczyna przyzwyczajać się do niego i coraz lepiej w niem się oryentować.

W trzecim obresie życia niemowlęcia okazuje się przeto względna i przemijająca niezborność, czyli względ-

ne, przemijające pomieszanie umysłu (*Dysphrenia relativa transitoria*). Jeżeli umysł nie ma warunków do dalszego rozwoju, może stale przez całe następne życie człowieka pozostać na tym samym stopniu, a wtedy zwiemy stan ten względną i przemijającą niezbornością umysłu wrodzoną, albo wrodzonym względem i przemijającym pomieszanieniem umysłu (*Dysphrenia relativa, transitoria, innata*). Im mniej dzieci przyzwyczajone są do zmiany swego otoczenia, tem trudniej orientują się w otoczeniu nowem, tem więc częściej okazują niezborność uczuć, wyobrażeń, myśli i czynów. Niezborność ta chwilowa wśród najlepszych nawet warunków wychowania pojawia się dość często u dzieci i trwa co najmniej do ukończenia trzeciego roku życia. Potem niezborność ustępuje zwolna coraz bardziej, a w końcu usuwa się zupełnie z widowni, ale długi czas jeszcze zachowuje się u dzieci pewne dziwactwo uczuć, wyobrażeń, myśli i czynów. Rodzaj i stopień dziwactwa tego zależy od wychowania i wykształcenia, a wiemy aż nadto dobrze, jak wiele różnych nedorzecznosci i dziwactw wpaja się w łatwowierny umysł dziecięcy, ile baśni o strachach, potworach, nadziemskich istotach, zaklętych zamkach, dziwnych stworzeniach, niezwykłych ludziach itp. nasłucha się dziecko od swych piastunek, a wiara w to wszystko do późnego jeszcze utrzymuje się czasu i z trudnością tylko wypłenić się daje. Gdy umysł przez całe dalsze życie człowieka na takim pozostaje stopniu i dalej się nie rozwinie, nazwiemy stan ten wrodzonym, albo zastojowym upośledzeniem umysłu zbornem z dziwacznością (*Hebephrenia innata, respective hypoplastica cum paraphrenia spuria et dysphrenia relativa*). Z wiekiem pozbywa się dziecko coraz więcej dziwactwa, ale w życiu swem umysłowym przedstawia wiele zmienności, ograniczoności i niedostateczności, z powodu braku treści do wytworzenia stałych wyobrażeń, myśli, zasad, poglądów tudzież braku należytej siły woli. Z tego powodu sąd o rzeczach tych samych bywa chwiejnym i zmiennym i taką też bywa wola. Piętno niezborności w życiu umysłowym zatracą się prawie zupełnie przy prawidłowym rozwoju umysłu dopiero w wieku między 5 a 6 rokiem życia.

Najtrudniejszą i najwięcej czasu i mozółu kosztującą rzeczą jest wyczenie i włożenie dziecka do postępowania wedle zasad przyzwoitości, t. j. moralności i godziwości, t. j. etyki. Mylnem jest mniemanie, jakoby człowiek rodził się już ze świadomością tych zasad; przeciwnie, nauczanie się ich i włożenie się do nich najwięcej mu sprawia trudności. Ile potrzeba było czasu, aby ludzkość tych zasad wyczyć i do nich włożyć, wiadomo z dziejów ludzkości, które też wykazują, jakich surowych i bezwzględnych środków prawodawcom użyć trzeba było, by dojść do zamierzonego celu i otrząść człowieka, częściowo przynajmniej, z popędów i przywar zwierzęcej dzikości, samolubstwa, chciwości i mściwości. Do dzisiejszych czasów ciągle jeszcze ustawodawstwo walczy z popędami i przywarami zwierzęcymi człowieka i nie może ich wypłenić, a wzniosła etyka chrześcijańska pozostanie pewnie przez długie jeszcze wieki niedoścignionym ideałem.

Małe dziecko nie zna żadnych zasad przyzwoitości i godziwości—niema wstydu, obnaża się i zaspakaja swe naturalne potrzeby wobec najliczniejszego nawet zgromadzenia, nie zna cudzej własności i co widzi stara się posiąść dla siebie i nie okazuje żadnej skłonności dobrowolnego oddania posiadanych rzeczy komu innemu. Samo chciałoby wszystko posiąść, i dlatego nic sobie odebrać nie pozwala bez okazania wielkiego niezadowolenia, względnie płaczu. Nawet porzucone przez siebie przedmioty niechętnie pozwala zbierać.

Wychowanie i wykształcenie wtedy tylko osiągnąć może cel pożądaný i umysł człowieka wtedy tylko odpowiednio da się rozwinąć, gdy istnieją odpowiednie warunki po temu, t. j. gdy mózg dziecka może się odpowiednio wykształcić i rozwinąć. Niekiedy umysł wcale nie daje się odpowiednio wykształcić i rozwinąć, niekiedy daje się to skutecznie tylko w ograniczonym stopniu, z większą lub mniejszą trudnością. Trudność i powolność w rozwoju umysłowym wogóle zwiemy tępością umysłową, *Hebetudo*. Niekiedy umysł daje się rozwijać w pewnych tylko kierunkach, w innych zaś nie; dzieje się to wtedy, gdy pewne tylko czę-

ści mózgu są prawidłowe, a inne są niedostatecznie, albo wcale nie rozwinięte. Zdarza się nieraz, że umysł dziecka rozwija się prawidłowo w kierunku wiedzy przedmiotowej, ale nie jest zdolnym do tworzenia uczuć wyższych, jakoteż do poznawania zasad wyższych, a mianowicie zasad przyzwoitości, t. j. moralności i godziwości, t. j. etyki lub tylko tych ostatnich. Niekiedy istnieje możność poznawania tych zasad i tworzenia uczuć odpowiednich, ale istnieją tak silne popędy cielesne, że wola jest za słabą, by się im oprzeć i czyny powstają więcej na tle chwilowych uczuć i popędów, niż na podstawie rozważań i rozumowania. Niekiedy mózg bywa w pewnym kierunku ograniczonym zbyt mocno, w innym znowu stosunkowo zbyt mocno rozwiniętym, a wtedy rozwija się umysł nierównomiernie, co później staje się powodem tworzenia się już od wczesnego wieku pewnych stałych dziwactw w odpowiednich kierunkach. Umysł, równomiernie we wszystkich kierunkach się rozwijający, należy do wielkiej rzadkości i każdy człowiek dlatego rozwija się umysłowo w pewnych kierunkach więcej, a w innych mniej; zbyt znaczne i rażące różnice w tym względzie prowadzą zawsze do dziwactwa mniejszego lub większego stopnia. Po ukończeniu 10 lub 12-go, względnie 14-go roku życia wedle ustaw karnych różnych państw powinien człowiek na tyle być rozwiniętym umysłowo, by wobec społeczeństwa mógł być odpowiedzialnym za swe czyny, a więc być zdolnym do samoistnego życia umysłowego, a przeto w pewnym stopniu i do samoistnego życia w społeczeństwie, chociaż nie jest jeszcze należycie rozwiniętym ani cielesnie, ani umysłowo. Niekiedy umysł człowieka nie rozwinię się wogóle wyżej, niż to odpowiada umysłowi prawidłowemu w wieku od lat 8 do 12, względnie 14. W takim razie człowiek nie okazuje wprawdzie nieźorności uczuć, myśli i czynów, ale okazuje się tak upośledzonym pod względem umysłowym, a przy tem tak zmienne i nieumiarkowane przedstawia uczucia i tak chwiejne i niewyrobione myśli, tak niestałą i niedostateczną wolę, że jakkolwiek może ogólnie rozróżnić, co jest dobrem a co złem, w szczegółowych przypadkach osądzić tego

nie potrafi należycie, a przeto nie jest zdolnym do zajęcia jakiegokolwiek stanowiska samoistnego w społeczeństwie, bo nie ma na tyle rozwiniętej świadomości i woli, by mógł być wobec prawa odpowiedzialnym za swe zamiary, przedsięwzięcia i czyny. Stan taki nazwać możemy upośledzeniem umysłu zbornem wyższego stopnia (*Hebephrenia majoris gradus*), a powszechnie nazywamy go głupotą (*Blödsinn*).

Niekiedy umysł rozwija się wprawdzie więcej, ale nie osiąga nigdy siły umysłu dojrzałego. Gdy wstrzymanie rozwoju dotyczy wszystkich kierunków życia umysłowego, możemy to nazwać upośledzeniem umysłu ogólnem niższego stopnia, czyli ograniczeniem umysłu ogólnem (*Hebephrenia totalis minoris gradus*, *Schwachsinn*). Gdy zaś upośledzenie umysłu niższego stopnia pewnych tylko dotyczy kierunków, nazywamy stan ten ograniczeniem umysłowem częściowem (*Hebephrenia partialis minoris gradus*).

Upośledzenie umysłu najwyższego stopnia, cechujące się nedorzecznem, bezmyślnem i zmiennem dziwactwem lub też niezbornością uczuć, myśli i czynów, a więc niemożność ią oryentowania się w otoczeniu, czasie i przestrzeni, połączone bywa z niezdolnością do jakiegokolwiek stałego zajęcia samoistnego i może być dlatego nazwanem niedołęstwem umysłu (*Idiotismus*). Upośledzenie takie umysłu może być także nazwanem, jak to już wyżej powiedziałem, niezbornością umysłu wrodzoną, albo też pomieszaniem umysłu wrodzonym (*Dysphrenia innata*) i potęgować się może aż do zupełnego bezmysłu wrodzonego, *Aphrenia innata*. Upośledzenie umysłu zastojowe najwyższego stopnia, t. j. niedołęstwo umysłu wrodzone lub we wczesnem wieku nabyte, może być też nazwane niespełniactwem i wyraz ten odpowiada, zdaniem mojem, najlepiej temu, co rozumiemy przez wyraz *Idiotismus*. Jeżeli niespełniactwo połączone jest z pewnemi zniekształceniami lub niedokształceniami, t. j. ułomnościami cielesnemi, zwiemy je matołectwem albo karłactwem, *cretinismus*.

Miedzy różnymi stopniami upośledzenia umysłowego niema ścisłej granicy, i podział w tym względzie jest czysto dowolnym; rozwój bowiem umysłowy człowieka odbywa

się powolnie i nieznacznie, i chociaż możemy rozróżniać różne okresy rozwoju umysłowego, cechujące się pewnymi stałymi objawami, to jednakże nie możemy nigdy powiedzieć, kiedy każdy z tych okresów się zaczyna, a kiedy się kończy. Nadto sprawia wielką trudność w tym względzie i ta okoliczność, że każdy człowiek rozwija się inaczej, tak cieleśnie, jako też umysłowo. Jeden rozwija się prędzej, drugi powolniej, inny znowu rozwija się niejednostajnie, t. j. w niektórych okresach powolniej, a w innych prędzej, a nadto widzimy często niejednostajny rozwój w różnych kierunkach życia umysłowego u każdego prawie człowieka. Stale u każdego należyście umysłowo rozwijającego się człowieka rozróżniać możemy:

1. Okres bezmysłu zupełnego (*Aphrenia completa*), okazujący się u noworodka i u oseska w pierwszych kilku tygodniach życia.

2. Okres bezmysłu niezupełnego, ale zupełnej niezborności umysłu, *Dysphrenia completa*, okazujący się w dalszych tygodniach życia niemowlęcego człowieka.

3. Okres rozpoczynającej się świadomości i woli, atoli z cechą niezborności we wszystkich zakresach i kierunkach życia umysłowego, *Dysphrenia*, co widzimy u każdego człowieka do końca 1-go roku życia.

Gdy umysł człowieka dalej się nie rozwinie, możemy stan taki zastoju umysłowego, odpowiadający wymienionym trzem okresom życia niemowlęcego, nazwać niespełniactwem bezummem niemem—gdyż w takim razie człowiek nie umie wcale mówić—albo też bezmysłem wrodzonym, względnie niezbornością umysłu zupełną, wrodzoną (*Aphrenia, respective Dysphrenia completa innata*).

4. Okres rozwijającej się świadomości atoli z przeważającym piętnem niezborności, która występuje zaraz, skoro człowiek przeniesionym zostanie w obce otoczenie, t. j. okres przeważnie względnej niezborności umysłu, odpowiadającej wiekowi od 1—4 lat. Gdy umysł człowieka dalej się nie rozwinie, niż to odpowiada temu okresowi rozwoju, możemy stan taki zastoju umysłowego nazwać niespełniactwem bezummem paplającym, gdyż w takim razie

człowiek nie umie mówić należycie i raczej papla, niż mówi, albo niezbornością umysłu wrodzoną, niezupełną lub względną (*Dysphrenia relativa innata*).

5. Okres zbornego upośledzenia umysłowego, połączony z dziwacznością uczuć, myśli i czynów, odpowiadający wiekowi od 4—8 lat. Gdy umysł człowieka pozostanie stale na tym stopniu rozwoju, możemy to nazwać niespełniactwem nieumnem, względnie upośledzeniem umysłu zastojowym, zbornem wysokiego stopnia ze zmienną dziwacznością. *Hebephrenia innata, respective hypoplastica, cum paraphrenia spuria transitoria*.

Jakikolwiek z powyższych okresów rozwojowych u człowieka się ustali, skutkiem zastoju w rozwoju umysłowym, zawsze człowiek staje się niezdolnym do zajęcia jakiegokolwiek stanowiska samoistnego w społeczeństwie, a przeto zostaje stałym niedołągą umysłowym, czyli niespełniakiem, t. j. Idiotą.

6. Okres zbornego, czystego upośledzenia umysłowego wyższego stopnia, t. j. okres głupoty umysłowej, który odpowiada prawidłowemu umysłowi w wieku od lat 8 do 12, względnie 14, przyczem człowiek nie jest jeszcze odpowiedzialnym wobec społeczeństwa za swe czyny, ale może być zdolnym do zajęcia jakiegoś podrzędnego stanowiska w społeczeństwie pod opieką i pod kierunkiem jakiejś osoby o dojrzałym prawidłowym umyśle.

7. Okres zbornego, czystego upośledzenia umysłowego niższego stopnia, t. j. okres ograniczenia umysłowego, który odpowiada prawidłowemu umysłowi w wieku lat 12, względnie 14—18, przyczem człowiek staje się w ograniczonym tylko stopniu odpowiedzialnym za swe czyny wobec społeczeństwa i zająć może nawet samoistne, ale podrzędne tylko stanowisko w społeczeństwie.

8. Gdy rozwój umysłu się opóźnia, może ten okres okazać się dopiero w wieku od lat 18—24, i dlatego dopiero po ukończeniu lat 24 staje się człowiekiem pełnoletnim, t. j. całkowicie własnowolnym i odpowiedzialnym za wszelkie swe czyny. W wyjątkowych razach może się człowiek tak szybko rozwinąć umysłowo, że uznanym być może za peł-

noletniego już po ukończeniu 18 roku życia. U narodów południowych postępuje rozwój umysłowy znacznie szybciej, niż u narodów północnych, zależy atoli także od indywidualności, t. j. osobistych warunków życiowych każdego człowieka.

Niekiedy rozwój umysłowy człowieka nie zatrzymuje się całkowicie w pewnym bardzo wczesnym wieku życia, lecz opóźnia się tylko tak, że stan prawidłowy dla pewnego wieku okazuje się dopiero w wieku o wiele późniejszym. Tak np. chłopiec lat dziesięciu okazywać może stopień rozwoju umysłowego właściwego dla wieku 5-letniego. Młodzieniec lat 16-tu okazuje stopień rozwoju umysłowego właściwego dla chłopca lat 10-iu; mężczyzna lat 30-tu okazuje umysł niedojrzałego jeszcze młodzianiszka itp. Zdarza się nieraz, że panna 18-to letnia, zamiast myśleć o zamążpójściu lub zajęciu jakiegoś stanowiska, mającego zapewnić jej przyszłość i utworzenie własnej rodziny, bawi się lalkami, wstydzi się wdziać długą suknię, unika towarzystwa mężczyzn i okazuje stopień rozwoju umysłowego taki, jaki odpowiada np. 8-letniej dziewczynie. Przy tak opóźniającym się rozwoju umysłowym, nie wyklucza się możebności, że zupełny rozwój umysłowy nastąpi później, t. j. po kilku dopiero latach. Zdarza się nieraz, że w takich razach pewne warunki nagle, względnie bardzo szybko, np. w ciągu jednego roku, powodują dojrzewanie umysłu, jak np. zmiana stosunków rodzinnych, zmiana miejsca pobytu i otoczenia itp., a szczególnie pewne ważne wydarzenia rodzinne, mające wpływ stanowczy na całe dalsze życie danej osoby, np. śmierć ojca lub matki, klęski majątkowe, przewroty polityczne itp.

Z upośledzeniem umysłu łączy się bardzo często zwiększona drażliwość i popędliwość, okazująca się szczególnie wobec osób najbliższego otoczenia, na które zazwyczaj mało zwraca się uwagi i z którymi nie robi się zazwyczaj żadnych skrępułów, a przeto nie hamuje się wobec nich swych popędliwości i mniej zważa się na przyzwoitość i formy towarzyskie, niż wobec osób obcych.

U osób upośledzonych umysłowo widzimy często obojętność na wyższe cele życia i dążności, tudzież brak, a przynajmniej upośledzenie wyższych uczuć etycznych i moralnych. Stąd osoby umysłowo upośledzone mało zwracają uwagi na wstyd i hańbę i niewiele dbają o dobre imię, o sławę itp., ani też nie dążą do wzniesienia się nad innych ludzi, by wejść na wyższe szczeble w hierarchii społecznej. Okazują więc brak wszelkiej ambicyi, natomiast okazują prawie zawsze wielką skłonność do zmysłowości i do zaspakajania jakimkolwiek sposobem różnych żądz cielesnych, a więc dążność do zjadania smacznych i ulubionych potraw, do opilstwa, do lubieżności i zaspakajania popędu płciowego w jakikolwiek, nieraz kazirodny, nienaturalny i zbrodniczy sposób, do przywłaszczania sobie cudzej własności w nieprawny sposób itp. czynów niegodziwych i nieobyczajnych [nieprzyzwoitych].

Osoby upośledzone umysłowo głównie w kierunku moralnym i etycznym mogą zajmować się różnemi sprawami, a nawet pełnić trudniejsze obowiązki społeczne; odznaczają się jednak zawsze samolubstwem, starają się tylko sobie samym dogodzić i siebie zadowolnić, mało zwracają uwagi na innych ludzi, nawet na najbliższych swych krewnych. Dlatego też osoby te bywają nieczułymi na cudze nieszczęścia i cierpienia i pozbawionymi są wogóle ideałów, t. j. myśli i uczuć wznioslejszych, a, co więcej, lubują się często właśnie w dokuczaniu drugim, w ośmieszaniu ich i wyszydzaniu, a nawet cieszą się niekiedy z cierpień, nieszczęść i niepowodzeń osób drugih. Bywają też zazwyczaj mściwymi, uszczypliwymi, sarkastycznymi i satyrycznymi. Główną cechą takich osób jest to, że między uczuciami sobkowskimi, t. j. egoistycznymi, a bliźniemi t. j. altruistycznymi, niema odpowiedniego stosunku i pierwsze mają znaczniejszą przewagę nad drugimi. Moralność i etykę, tudzież poświęcenie siebie samego dla dobra ogółu słusznie uważa MAULSLEY za najwyższy szczyt doskonałości człowieka i widzi w tem istotną odznaką człowieczeństwa. Tysiący lat potrzeba było na to, aby się człowiek włożył do tego, tysiący lat potrzeba będzie jeszcze, aby się

należycie wydoskonalili w tym kierunku. W chorobach umysłowych najpierw też moralność i etyka, tudzież poświęcenie się dla dobra ogółu doznają upośledzenia, a przy wyzdrowieniu najpóźniej wracają do stanu prawidłowego. Niekiedy istnieć może upośledzenie umysłowe, wyłącznie w tym kierunku właśnie się objawiające. Brak wrodzony uczuć moralnych i etycznych, tudzież brak poświęcenia się dla dobra innych, porównywany nieraz do ślepoty barw, okazuje się zazwyczaj już w bardzo wczesnym wieku dziecięcym, a cechuje się zuchwałością, krnąbrnością, złośliwością, okrucieństwem, co wszystko z trudnością tylko karami dotkliwymi daje się częściowo powstrzymywać i hamować.

Uczucie wstydu, wzgląd na rodziców, rodzeństwo itp., nie istnieje u takich osób wcale; nie widać też u nich wyrzutów sumienia lub skruchy za czyny popełnione; niema poszanowania dla wieku, władzy lub godności, niema żadnych uczuć ludzkich, tylko czysto sobkowskie, które niekiedy rozwinięte bywają nadzwyczaj silnie i prowadzą do różnych, zbrodniczych nawet czynów na korzyść własną, a z krzywdą dla bliźnich. Bardzo często popełniają młodzi ludzie czyny zbrodnicze, ulegając wyłącznie chwilowemu uniesieniu i działając wyłącznie pod wpływem silnego uczucia gniewu lub zemsty. Niekiedy zaś popełniają czyny karygodne z lekkomyślności, figlów i żartów, nie zastanawiając się nad ich doniosłością i skutkami. Upośledzenie władz umysłowych może być ogólnem, gdy obejmuje wszystkie zakresy i kierunki życia umysłowego; albo też bywa częściowym, gdy dotyczy pewnych tylko zakresów lub kierunków życia umysłowego, a więc może odnosić się do wszystkich lub pewnych tylko wyłącznie uczuć, do całej lub pewnej tylko części świadomości, np. pamięci, wyobraźni, rozsądku, całej lub pewnego tylko zakresu woli, która może być już to chwiejną i nierozstrzygniętą, niezdecydowaną, albo też zbyt skłoną do czynów popędowych i uczuciowych, lub też skłoną do pewnych tylko czynów, już to przyzwolitych i godziwych, już też nieprzyzwolitych i niegodziwych, a nawet zbrodniczych. PINEL był pierwszym, który uznał

brak moralnego i etycznego poczucia za odrębną chorobę umysłową, mogącą istnieć samoistnie bez wszelkich innych objawów chorobowych. P. RICHARD wprowadził na oznaczenie tego zboczenia umysłowego nazwę „*Moral Insanity*“. MOREL opisuje je jako jedną z postaci t. zw. dziedzicznego zboczenia umysłowego, *Folie héréditaire*. LEGRAND DU SAULLE opisuje to zboczenie, jako jedną z postaci t. zw. *Folie raisonnante*. MAUSLEY rozróżnia jako osobne choroby:

- 1) Brak częściowy świadomości, *Partial ideational insanity*.
- 2) Obląkanie uczuciowe, *affective or pathetic insanity*.
- 3) Obląkanie popędowe, *instinctive insanity, insane temperament*.
- 4) Obląkanie moralne, *Moral insanity*.

Upośledzenie władz umysłowych może niekiedy być tak nieznaczne, że osoby niem dotknięte uchodzą powszechnie za zupełnie umysłowo zdrowe, a w niektórych kierunkach okazywać się mogą nawet niezwykle zdolnymi i mądrymi.

U wielu osób okazuje się upośledzenie władz umysłowych w tem, że się rozwijają w pewnym tylko kierunku; mogą więc dawać sobie radę w życiu tak długo, dopóki nie staną im w drodze jakieś niezwykle i nieprzewidziane trudności. Gdy wszystko postępuje zwykłym trybem, do którego się nałamali i przyzwyczaili, postępują odpowiednio i należycie. Gdy zaś okaże się konieczna potrzeba zmiany zwykłego trybu, by nałamać się do nowych okoliczności, staje się to dla nich rzeczą niemożliwą i już nie mogą podolać nowemu swemu zadaniu i nowym obowiązkom. Są znów tacy, którzy się nigdy na nic odrazu zdecydować nie potrafią, nad tą samą sprawą długi czas się zastanawiają, rozważają wszystkie za i przeciw, potem radzą się różnych osób obcych lub krewnych i przyjaciół, tracą niepotrzebnie drogi czas tam, gdzie go wcale niema do stracenia, gdyż właśnie natychmiast i niezwłocznie trzeba coś postanowić i zrobić, by nie dać się ubiedz komuś innemu. Tacy ludzie zawsze się we wszystkim spóźniają, i dlatego do niczego

nie dochodzą, a przynajmniej nigdy zająć nie mogą stanowiska, któreby im się należało.

Inni znowu, przeciwnie, zbyt szybko coś przedsiębiorają nie zważywszy poprzednio należycie wszystkich następstw i skutków swoich kroków, ale zabierają się do rzeczy, która nie jest jeszcze dojrzałą i nie jest na czasie, lub też biorą się do sprawy niezręcznie i niewłaściwymi krokami; albo też dążą do czegoś zbyt obcesowo, nie przygotowując sobie poprzednio odpowiedniego gruntu i nie torując sobie swolna i ostrożnie drogi do celu, który osiągnąć zamierzają. W każdym razie tak jedni, jak drudzy, nie dochodzą do urzeczywistnienia swych zamiarów, a potem narzekają, że nie mają szczęścia lub też, że mają w drodze zawsze jakąś nieprzewidzianą i niepokonaną przeszkodę [pech], wyrzekają na los swój i czują się bardzo nieszczęśliwymi lub niesłusznie wobec innych upośledzonymi, mimo okazywanych nieraz wielkich zdolności w pewnym kierunku czysto zawodowym. Ludzie tacy mogą być bardzo rozumni, wysoko wykształceni i uczeni, ale brak im praktycznego sprytu i rzutkości. Do nich też można słusznie zastosować mądre zdanie SENEKI: „*Nullum magnum ingenium, nisi stultitiae quaedam mixtum*“.

Ludzie okazujący ogólne upośledzenie władz umysłowych nie potrafią dorównać w stanowisku społecznym nawet ludziom przeciętnym, t. j. nie odznaczającym się żadnymi jakimiś szczególniejszymi zdolnościami, ani wykształceniem wyższem lub nauką, nie mogą przeto zająć żadnego wybitniejszego stanowiska w społeczeństwie.

Ludzie z nieznaczem tylko upośledzeniem władz umysłowych wogóle, ale z widocznym brakiem władz umysłowych w pewnym jakimś kierunku, mogą nie tylko zajmować wybitne stanowisko w społeczeństwie, ale w wielu względach nawet górować nad wielu ludźmi przeciętnymi.

Upośledzenie umysłu, jakiegokolwiek byłoby stopnia, przedstawia się zazwyczaj albo w postaci przygnębienia, względnie ośpienia większego lub mniejszego stopnia, albo też w postaci podniecenia. W ostatnim razie umysłowo

upośledzeni bywają ruchliwi, bardzo drażliwi i łatwo popędliwi, skłonni do czynów gwałtownych, zupełnie nieobliczonych na skutek, jaki mogą sprawić. Umysłowo upośledzeni, odznaczający się spokojem i przygnębieniem, t. j. ośepiałością i jakby ospałością, bywają bardzo cierpliwi i obojętni na wszystko, co się z nimi i około nich dzieje; nie wzruszają ich nawet osobiste urazy i krzywdy. Zazwyczaj dochodzi jednakże to wszystko do pewnego tylko stopnia. Gdy zaś cierpliwość ich zbyt znacznie zostaje nadużywaną, wtedy wpadają niejednokrotnie w gniew niepohamowany i w zwierzęcą wściekłość, w której rzucają się na osoby zaczepiające ich z całą możliwą gwałtownością, chwytają pierwszy lepszy przedmiot, który im w rękę wpadnie, biją nim niemilosierdnie, kalecząc nieraz ciężko lub nawet mordując w okrutny sposób swego napastnika lub też rzucają się na niego bezbronnie, drapiąc paznogciami, gryząc zębami, bijąc pięściami, kopiąc nogami i używając całej swej siły cielesnej i wszystkich możliwych sposobów, aby przeciwnika swego nie tylko pokonać, ale, o ile możliwości, zgnieść i na zawsze nieszkodliwym uczynić, życia pozbawić i jeszcze po śmierci poszarpać i pokależyć. Ludzie ponurzy, milczący, małowruchliwi, beczynni i ospali są wogóle bardziej skłonni do gwałtownych wybuchów, niż weseli, gadatliwi, ruchliwi i czynni nieustannie, bo chociaż ci chwilami bardziej się jeszcze podniecają, rzadko dopuszczają się takich okrucieństw, jak pierwsi. Czyny ich, chociaż noszą cechę gwałtownych wybuchów, mają zawsze w sobie cechę śmieszności i dziecięcej często nieudolności i nieporadności, a przytem łatwo zazwyczaj dają się powstrzymać jakąś obietanką lub drobnym ustępstwem.

Podobnie jak z upośledzeniem umysłu zastojujem ma się rzecz z zanikiem wstecznym umysłu.

Są ludzie, którzy, mimo bardzo podeszłego wieku, zachowują całą siłę i bystrość swego umysłu z wieku dojrzalego. Wypadki te są jednak dość rzadkie. Natomiast prawie stale spostrzegamy, że skoro tylko ludzie zaczną dochodzić do wieku, noszącego wybitne piętno starości, pokazuje się stopniowy ubytek władz umysłowych. Ubytek ten

przejawia się najpierw tem, że osoby wiekowe nie potrafią tak jak dawniej nałamywać się do nowych warunków bytu, tworzących się przez postęp czasu, i nie mogą też zapamiętywać nowych wrażeń zmysłowych. Dlatego poczynają coraz mniej brać udziału w bieżącym życiu społecznym i żyją nie tyle terażniejszością, ile przeszłością, narzekając zawsze na warunki, stworzone przez postęp czasu i wzdychając do czasów dawnych. Ganią też skutkiem tego wszystko, co terażniejsze, a wychwalają wszystko dawniejsze, powtarzając prawie co chwilę utarte u starców zdanie: „za moich czasów inaczej bywało“. Słowa te dowodzą najlepiej, że starzy sami nie uważają się często za osoby terażniejsze, ale za przeszłe, nie mające i nie chcące mieć nic wspólnego z terażniejszością.

W wyższych stopniach rozwijającego się upośledzenia umysłu starczego objawia się zwykle odpowiednia zmiana myśli, wyobrażeń i poglądów, a z tem i zmiana usposobienia i działania. Starzy cofają się coraz bardziej wstecz, w tym względzie przypominają sobie już tylko najdawniejsze czasy, gdy byli jeszcze młodzieńcami i zachowują się nieraz podobnie jak młodzieńcy, dopuszczając się różnych wybryków, właściwych tylko temu wiekowi, a wcale nieodpowiednich starcom. Z czasem cofają się coraz bardziej wstecz, aż w końcu następuje okres zdziecinnienia i starzy w poglądach swych i czynach podobni są do małych dzieci, z nimi tylko się zabawiają i w ich tylko towarzystwie żyją, niezdolni do innych, jak tylko do dziecięcych wyobrażeń, myśli, dążeń i czynności. Takie wsteczne przeobrażenie się umysłu idzie zazwyczaj w parze ze zmianami wstecznymi całego ciała, gdzie wszystko ulega coraz większemu zanikowi.

Zdarza się niekiedy, że takie wsteczne przeobrażenie się występuje niezwykle prędko i szybko. Znane są przypadki, że mężczyźni, a częściej jeszcze kobiety, w wieku około lat 40 już noszą wybitną cechę starości. W wyjątkowych razach zdarzyć się to może jeszcze wcześniej.

Niektóre postaci starczego upośledzenia umysłowego noszą wybitną cechę zdziecinnienia, a ludzie niem dotknięci

ci odznaczają się nadzwyczajną łagodnością, dobroduszością, łatwowiernością, niezwykłą szczerością, otwartością i prostotą.

Upośledzenie umysłu rozwija się także niekiedy skutkiem pewnych chorób, zwłaszcza mózgowych, i wystąpić może w różnym wieku człowieka. Upośledzenie umysłowe zastojowe bywa zazwyczaj wrodzonym; atoli może się niekiedy rozwinąć i w ciągu późniejszego wieku dziecięcego, skutkiem jakichś chorób zapalnych mózgu lub jego opon u dzieci, które przedtem niczem nie zdradzały upośledzenia umysłowego. Takie we wczesnym wieku dziecięcym nabyte upośledzenie umysłu nie łatwo da się rozróżnić od upośledzenia umysłu wrodzonego, i dlatego oba te rodzaje upośledzenia umysłowego łączą lekarze zazwyczaj razem i opisują je pod jednym mianem. Pamiętać także należy i o tem, że u dzieci może się też rozwinąć podobne upośledzenie umysłu, skutkiem chorób czysto umysłowych, które są wprawdzie we wieku dziecięcym dość rzadkie, ale przecież nie należą do wyjątków.

Upośledzenie władz umysłowych rozwinąć się może niekiedy też pierwotnie i samoistnie, t. j. bez poprzedzającej choroby mózgu lub jego opon i bez jakiegokolwiek innej ostrej choroby umysłowej. Rozwojowi takiego upośledzenia umysłowego, które może dojść aż do zupełnego zniedołężnienia umysłowego, sprzyjają szczególnie dwa okresy życia ludzkiego, a mianowicie, okres pokwitania, w którym rozwój cielesny postępuje niekiedy tak szybko, że rozwój umysłowy stale w tyle pozostaje, i okres uwiązdu starczego, jeżeli ten już dosyć wcześnie się okazuje lub bardzo szybko postępuje. Takie pierwotne swoiste upośledzenie umysłu cechuje się zazwyczaj ośpieniem ogólnem władz i czynności umysłowych. Wyższy stopień takiego upośledzenia umysłowego przedstawić się może w postaci zupełnego ośpienia umysłu, *stupiditas*, które cechuje się tak znacznem upośledzeniem wszystkich władz i czynności umysłowych, że osoby niem dotknięte nie doznają prawie wrażeń zmysłowych, nie odczuwają ich i nie zwracają na nie uwagi. Dlatego też zapamiętują trudno

świeżo doznawane wrażenia zmysłowe, z powodu, że umysł nawet na silne podniety mało jest wrażliwym i mało zwraca na nie uwagi. Utrata pamięci, trudność kojarzenia myśli i wyobrażeń, a stąd niemożność rozumowania i wydawania pewnego sądu, opartego na przekonaniach stałych i należycie zestawionych podstawach, t. j. myślach i wyobrażeniach, jest główną oznaką tego zboczenia umysłowego. W wyższym stopniu choroby tracą chorzy wszelką prawie świadomość, nie wiedzą, gdzie są, skąd są, w jakim są wieku, czy są żonaci czy nie, często nie wiedzą nawet, jak się nazywają sami i nie pamiętają nazwisk nietylko najbliższych swych znajomych przyjaciół i krewnych, ale nawet i imion swych rodziców, żon i dzieci.

Osoby takie odznaczają się zazwyczaj obojętnością na wszystko wogóle, a więc tak na to, co bezpośrednio dotyczy ich własnej osoby, jako też na to, co się tyczy osób innych, choćby najbliższych, lub też rzeczy jakichkolwiek żywotnych, czy nieżywotnych.

Zachowanie się tych osób jest z tego powodu biernem; przyjmują one wszystko obojętnie, co się z nimi robi i co się z nimi dzieje; poddają się bez oporu wszystkiemu, nie myśląc wcale o tem, czy dobrze lub źle na tem wychodzą, co ich w przyszłości czeka i jakie będą później skutki obecnego ich zachowywania się. Stan taki ma wielkie podobieństwo do zadumy, *Hypophrenia*, różni się jednak tem, że w zadumie świadomość należyta jest utrzymaną przez cały czas trwania choroby, a tylko poczucie wogóle lub też głównie poczucie osobiste jest znacznie obniżone i stąd oddziaływanie nazewnętrz okazuje się odpowiednio upośledzonym z powodu braku odpowiednio silnej pobudki do czynu, podczas gdy w otępieniu umysłowym właśnie świadomość okazuje największe upośledzenie.

Zdarza się niekiedy, że w zadumie przychodzi z czasem także do upośledzania świadomości, większego lub mniejszego stopnia, a wtedy będziemy mieli obraz zadumy nierozumnej (*Hypophrenia hyponoica*). Niekiedy zaduma łączy się ściśle z upośledzeniem, względnie z otępieniem wszystkich władz umysłowych, a wtedy zwie się zadumą

nierozumną (*Hypophrenia hebetica*). Gdy zaś później stan upośledzenia umysłowego przeważać będzie nad innymi objawami, nazwiemy to upośledzeniem umysłu z otępieniem (*Hebephrenia stupida*), która to choroba nieraz wytwarza się następowo z czystej pierwotnie, t. j. rozmyślnej zadumy. Często dosyć wytwarza się także upośledzenie umysłu z otępieniem odrazu, t. j. bez poprzedniej zadumy, a dzieje się to niekiedy nawet nagle po jakimś wstrząsie umysłowym, t. j. zmysłowym lub myślnym, czyli duchowym, a niekiedy nawet po wstrząsie czysto mechanicznym.

Ta sama choroba powstaje też niekiedy skutkiem wycieńczenia po ostrych gorączkowych chorobach lub też po wycieńczających chorobach przewłocnych, a szczególnie po krwotokach obfitych, a nawet po wyczerpaniu nagle sił wskutek nadmiernej pracy cielesnej i duchowej lub skutkiem nadużyć płciowych, szczególnie samogwałtu, jakoteż po wycieńczeniu skutkiem nędzy, głodu i niedostatku, częstego czuwania, zbytecznych postów itp. Powstanie tej choroby poprzedza niekiedy ogólna nieomoga nerwowo-umysłowa. SCHULÉ widział powstanie tej choroby po zaczadzeniu, zagardleniu lub wieszaniu się i w ostatnich dwóch przypadkach stwierdził wzieraikiem ocznym bierne przekrwienie i obrzęk tarczy nerwu wzrokowego.

Różne zatrucia ostre i przewłoczne mogą także dać powód do powstania tej choroby, która znana jest ogólnie pod nazwą oglupienia pierwotnego ostrego (*Dementia*, względnie *Hebephrenia primaria acuta*).

Niedokrewność, przekrwienie bierne lub obrzęk ostry mózgu, względnie jego kory i opon, są istotną podstawą tej choroby, która może dojść do tego stopnia, że dochodzi do widocznego zastoju wszelkich czynności umysłowych, a wtedy zwie się osłupieniem, *stupor*, względnie upośledzeniem umysłu z otępieniem osłupnem (*Hebephrenia stuporosa*). Niekiedy przychodzi istotnie do zupełnego zastoju życia umysłowego we wszystkich kierunkach, a wtedy przedstawi się obraz bezmysłu osłupnego, względnie porażennego (*Aphrenia stuporosa, respective paralytica*).

Jakkolwiek pierwotne ostre upośledzenie władz umysłowych łączy się zazwyczaj ze znacznem ośpieniem umysłu i upośledzeniem wszystkich czynności umysłowych, a więc też i z ogólnem przygnębieniem, to jednakże w niektórych razach pojawić się może także ostre upośledzenie władz umysłowych z podnieceniem. Choroba ta cechuje się głównie upośledzeniem świadomości, a więc władzy rozsądku i rozumu, i tem właśnie różni się od szału zwykłego, w którym świadomość jest na szczycie nawet choroby dostatecznie utrzymaną.

Zdarza się jednakowoż, że szal zwykły, t. j. rozmysłny, przechodzi z czasem w upośledzenie umysłu z podnieceniem, a wtedy zwać się będzie szalem nierozmyslnym (*Hyperphrenia hyponoica*), jeżeli objawy szału przeważać będą; gdy zaś przeważać będzie upośledzenie władz umysłowych przy wybitnem podnieceniu ogólnem, nazwiemy to szalem nierozumnym albo głupowatym (*Hyperphrenia hebetica*). Gdy zaś cały obraz chorobowy nosić będzie nie tyle piętno podniecenia, ile upośledzenia umysłowego, możemy nazwać objaw ten upośledzeniem umysłu z podnieceniem (*Hebephrenia agitata cum exaltatione*). Upośledzenie umysłu rozwija się bardzo często skutkiem poprzedniego przebycia różnych chorób umysłowych i nosi wtedy nazwę upośledzenia umysłu lub oglupienia następowego (*Dementia, respective Hebephrenia consecutiva seu secundaria, secundärer Blödsinn*). Dotknięci tą chorobą przestają oceniać należycie najzwyklejsze nawet przedmioty i wypadki, nie zastanawiają się nad niczem głębiej, działają bezmyślnie, przychodzą np. do domu, nie zamykając drzwi za sobą, kładą się do łóżka, nie rozbierając się, ubierają się niedostatecznie, nieczysto i niewłaściwie, a nawet nieobyczajnie, nie zwracają uwagi na nic i obojętnie spełniają czynności, grożące wielkiem niebezpieczeństwem, chodząc np. z palącą się świecą wśród przedmiotów palnych itp. Z chorobą tą łączy się zwykle i brak wszelkiego uczucia wstydu i przyzwoitości. Chorzy rozbierają się i obnażają się często publicznie i pozwalają sobie używać najnieprzyzwoitszych, najobelżywych i najobraźliwszych wyrazów, nie sądząc wcale, że

kogoś tem urażają. Równocześnie z osłabieniem rozumu rozwija się zapominanie o obowiązkach, tudzież zapominanie o najprostszych zasadach godziwości i przyzwoitości towarzyskiej. Upośledzenie umysłu następowe może dojść do zupełnego zniedołężnienia umysłowego, przyczem okazuje się niezborność uczuć, myśli i czynów, a w końcu bezmyśl, t. j. zupełne zniesienie świadomości o stanie swej osoby tudzież otoczenia. Chory patrzy wokoło siebie, nie poznaje jednak przedmiotów, z którymi się styka. Pozostawiony na ulicy, nie może trafić do swego mieszkania; wyszedłszy z łóżka nie może trafić do niego z powrotem, chociaż długi czas leżał na tem samym miejscu; gdy chce opuścić pokój, nie może odnaleźć drzwi; nie poznaje przyjaciół ani krewnych; nie rozróżnia mężczyzn od kobiet itp. W niektórych postaciach upośledzenia umysłu następowego objawiają się pewnego rodzaju wybryki dowcipu głupkowatego, który Niemcy nazywają *Aberwitz*, *Wahnwitz*. PŁASKOWSKI zowie to obłędem dowcipnym, dziwaczny, błazeńskim, krotochwilnym lub też głupkowatością, *morositas*, *fatuitas*. Stosownie do postaci, w jakiej się choroba ta przedstawia zewnętrznie, możemy ją nazwać szaleństwem głupkowatym (*Hyperphrenia hebetica*, lub ogłupieniem z podnieceniem (*Hebephrenia agitata*). Streszczając pokrótce to, co dotychczas powiedziałem o upośledzeniu władz umysłowych, przypominam, że wskutek wstrzymanego rozwoju mózgu mogą władze umysłowe u człowieka okazywać się upośledzonymi od urodzenia, od najwcześniejszego życia niemowlęcego, od jakiegokolwiek wieku dziecięcego lub też od okresu pokwitania; dlatego też upośledzenie umysłu rozwojowe w różnym bardzo przedstawiać się może stopniu, w miarę tego, w jakim stopniu i od jakiego czasu zatrzymanie w rozwoju mózgu się objawia.

Upośledzenie umysłu rozwojowe może mieć swe źródło w dziedzicznym usposobieniu i wrodzonych jakichś wadach ustrojowych mózgu; ale może też być nabytem, skutkiem jakichś chorób mózgowych lub przeszkód mechanicznych w rozwoju mózgu, jak np. w wadliwej budowie i nieodpowiedniem rozwijaniu się czaszki itp., co nastąpić może

już w czasie życia płodowego, t. j. wewnątrzmacicznego, albo też w krótszym lub dłuższym czasie po urodzeniu, we wczesnym już wieku dziecięcym. Co w danym przypadku jest przyczyną upośledzenia umysłowego, nie zawsze da się rozstrzygnąć badaniem czysto przedmiotowym, i w tym względzie wywiady dopiero dają odpowiednie wyjaśnienia. Upośledzenie umysłu rozwojowe, jakiegokolwiek stopnia, może być przeto dziedzicznym, wrodzonym w dzieciństwie lub też w okresie pokwitania powstałym. Upośledzenie umysłu powstać może też jako odrębna samoistna choroba w którymkolwiek okresie wieku młodzieńczego, dojrzalego lub starczego. Takie upośledzenie umysłu zwie się nabytem pierwotnym, a rozwija się albo zwolna, albo nagle. Upośledzenie umysłu może też powstać skutkiem przebycia jakichś chorób mózgowych lub umysłowych, a wtedy zwie się upośledzeniem umysłu następowym. Pierwotne nabyte upośledzenie umysłu może także wystąpić jako ostra, przemijająca lub jako przewłoczna trwała choroba umysłowa; upośledzenie umysłu nabyte następowo staje się zawsze chorobą przewłoczną i zazwyczaj nieuleczalną, a w najlepszym razie zdolną do pewnej tylko ograniczonej i względnej poprawy.

Upośledzenie umysłu może też wystąpić jako choroba umysłowa, towarzysząca innym chorobom. Należą do nich różne ostre choroby zakaźne, połączone z objawami mózgowymi, jakoteż ściśle mózgowie choroby, jak np. zapalenie opon mózgowych, ropnie, nowotwory, krwotoki w mózgu itp.

Upośledzenie umysłu różnego stopnia i różnej postaci może też powstać z zatrucia różnego rodzaju, szczególnie wyskokiem i morfiną, tudzież innymi środkami odurzającymi.

Pod względem jakości może upośledzenie umysłowe różnie się przedstawić i być albo ogólnem, albo częściowym. Pod względem stopnia może przedstawiać większą jeszcze rozmaitość, gdyż od bezmysłu zupełnego, nieborności uczuć, myśli, czynów, dziwactwa, nierozumnego, względnie bezmyślnego i różnego stopnia głupoty, otępie-

pienia, tudzież ograniczenia umysłowego istnieją wszystkie możliwe przejścia aż do umysłu prawidłowo rozwiniętego u dojrzałego człowieka. Różnym stopniom upośledzenia umysłowego różne też nadają miano różni pisarze, a każdy rozróżnia dowolną ilość tych stopni, a więc dowolny tworzy sobie podział, gdyż granicy jakiejś ścisłej w tym względzie postawić wcale niepodobna.

Mówiąc o upośledzeniu umysłem w najogólniejszym tego wyrazu znaczeniu, wspomniałem, że najwyższy stopień tego zboczenia umysłowego przedstawia się jako bezum zupełny (*Aphrenia completa*), tudzież jako niezborność umysłu ogólna, t. j. niezborność odnosząca się do wszystkich zakresów życia umysłowego, a więc niezborność uczuć, myśli i czynów. Objaw ten nazywamy powszechnie bezładem albo pomieszaniami umysłu ogólnem (*Dysphrenia totalis*). Bezmyśl zupełny (*Aphrenia completa*) odpowiada prawidłowemu stanowi umysłu noworodka; bezład, t. j. niezborność czyli pomieszczenie umysłu (*Dysphrenia*), odpowiada prawidłowemu stanowi umysłu niemowlęcia, które im jest młodszy, tem wyższy okazuje stopień tego bezładu, t. j. niezborności, czyli pomieszczenia umysłu. Względny i przemijający bezład, a więc względna i przemijająca niezborność, czyli względne i przemijające pomieszczenie umysłu, okazuje się także u dzieci starszych, dochodzących do końca czwartego roku życia, a w niektórych warunkach utrzymuje się do późniejszego nawet czasu, zaciera się jednakże zwolna coraz bardziej, a w końcu zupełnie ustaje i wystąpić może jeszcze niekiedy wśród nadzwyczajnych chyba jakichś okoliczności.

Jeżeli umysł człowieka nie posiada warunków odpowiednich do dalszego rozwoju, może stan umysłu, odpowiadający bezmyślowi, względnie bezładowi, t. j. niezborności, czyli pomieszczeniu umysłu różnego stopnia i zakresu, utrzymać się stale przez całe dalsze życie, a w tym razie człowiek dorosły może okazywać umysł odpowiedni noworodkowi, względnie niemowlęciu lub dziecku małyemu. Będzie to bezmyśl wrodzony, względnie wrodzony bezład, albo wrodzona niezborność, czyli pomieszczenie umysłu wro-

dziane. Ponieważ człowiek, posiadający taki stan umysłu, nie jest zdolnym do samodzielnego życia i jest zupełnym niedołęgą umysłowym, przeto dla oznaczenia tych stanów bardzo odpowiednią jest nazwa polska „niedołęstwo umysłu zupełne“. Powszechnie utartą nazwą dla oznaczenia tych stanów jest wyraz łaciński „*Idiotismus*“ lub polski „niespełniaństwo umysłowe“. Tak bezmyśl, jakoteż bezład, t. j. niezborność, czyli pomieszanie, a więc niedołęstwo umysłu zupełne, może być albo wrodzonym, albo we wczesnym dziecięcym wieku nabytem skutkiem różnych chorób, a szczególnie mózgowych. Zdarzyć się jednak może, że tak bezmyśl, jako też niezborność, czyli pomieszanie umysłu, powstaną nagle lub wytworzą się powolnie, i to pierwotnie lub następowo u osób, które poprzednio okazywały prawidłowy umysł dojrzwały lub wielce do dojrzalego zbliżający się. W ostatnim przypadku używać należy nazwy „zniedołężnienie umysłu“, zamiast niedołęstwo umysłu, a to celem wyraźnego zaznaczenia, że stan ten umysłu później dopiero się wytworzył u osoby poprzednio zdrowej na umyśle, podczas gdy nazwę „niedołęstwo umysłu“ zatrzymać należy wyłącznie na oznaczenie takiego samego lub podobnego stanu umysłu w rozwoju swym wstrzymanego, t. j. zastojowego, właściwego mózgowi nierozwiniętemu lub niezdolnemu do należytego rozwoju. Zarówno niedołęstwo chorobowe, jakoteż zniedołężnienie umysłu, mogą okazywać zupełne podobieństwo do umysłu nierozwiniętego, a więc zastojowego, tak dalece, że bez wywiadów nie da się rozstrzygnąć, czy w danym przypadku mamy przed sobą bezmyśl, względnie bezład albo niezborność, czyli pomieszanie umysłu wrodzone lub we wczesnym dziecięcym wieku nabyte, czy też w późniejszym dopiero wieku pierwotnie albo następowo powstałe. Wyrażenia: „upośledzenie umysłu“ używam tu w najobszerniejszym znaczeniu tego wyrazu i rozumiem przez nie równoczesne upośledzenie władz, jakoteż czynności zmysłowych we wszystkich możliwych kierunkach i zakresach. Dlatego też możemy przez to ogólne wyrażenie „upośledzenie umysłowe“ rozumieć wszystkie możliwe stany umysłu nierozwiniętego, względnie cofające-

go się w swym rozwoju, odpowiadające stanom, jakie przedstawia umysł prawidłowy, od swego początkowego związku aż do zupełnego rozwinięcia się. Chcąc jednakże w tak znacznej rozległości tego pojęcia postawić pewne granice, rozróżniam przez wyrazy „upośledzenie umysłowe najwyższego stopnia“, co zwać się może także niedołęstwem, względnie, zniedołężnieniem umysłu, te tylko stany, w których istnieje albo zupełny bezmysł (*Aphrenia*), albo też bezład, t. j. niezhorność, względnie pomieszanie umysłu (*Dysphrenia*). Przez wyrażenie: „upośledzenie umysłowe wyższego i niższego stopnia“ rozumiem wyłącznie czyste upośledzenie władz umysłowych — z wykluczeniem niezhorności, tudzież znaczniejszej dziwaczności, a więc nie należyte rozwinięcie się, względnie ograniczenie umysłu zborne, nabyte pierwotnie lub następowo. Wyższy stopień tego czystego, t. j. zbornego upośledzenia władz umysłowych odpowiada umysłowi, jaki przedstawia się w prawidłowych warunkach rozwoju człowieka w wieku od lat 8—12, względnie 14, i wyklucza możliwość zajęcia samoistnego stanowiska w społeczeństwie, albowiem wyklucza odpowiedzialność wobec prawa za czyny popełnione. Stan ten zwiemy powszechnie głupotą, jeżeli odnosi się do umysłu wstrzymanego w swym rozwoju, a ogłupieniem, jeżeli dotyczy się umysłu poprzednio prawidłowo i należyście rozwiniętego, a później dopiero tak chorobowo zmienionego że przedstawia obraz upośledzenia znaczniejszego stopnia. Niższy stopień tego czystego, t. j. zbornego upośledzenia władz umysłowych odpowiada umysłowi, jaki się przedstawia w prawidłowych warunkach rozwoju człowieka w wieku od lat 12, względnie 14—18, i nie wyklucza, lecz ogranicza tylko odpowiedzialność za czyny popełnione.

Stan ten [umysłu] zwiemy powszechnie ograniczeniem umysłu, bez względu na to, czy dotyczy się umysłu wstrzymanego w swym rozwoju, czy też poprzednio prawidłowo i należyście rozwiniętego, a później dopiero tak chorobowo zmienionego, że przedstawia obraz upośledzenia niższego, t. j. niezbyt znacznego stopnia.

Stosownie do tego, co powiedziałem, możemy rozróżnić następujące postaci upośledzenia umysłu.

I. Upośledzenie umysłu ogólne najwyższego stopnia [niezborne], t. j. niedołęstwo, *Idiotismus*, względnie zniedołężnienie umysłu.

A. Bezmyśl, *Aphrenia*.

a) Bezmyśl wrodzony, dziedziczny, *Aphrenia innata, haereditaria*, t. j. po przodkach odziedziczony.

b) Bezmyśl wrodzony, nabyty przed urodzeniem, t. j. w czasie życia wewnątrzmacicznego, *Aphrenia innata, acquisita, intrauterina*.

c) Bezmyśl rozwojowy, nabyty pierwotnie i samodziennie w dzieciństwie, t. j. w czasie, gdy mózg, a więc i władze umysłowe, nie są jeszcze rozwinięte należycie, *Aphrenia acquisita, hypoplastica, primaria, idiopathica, infantilis*.

Wszystkie te trzy rodzaje bezmyśłu tworzą razem wzięte t. zw. niespełniactwo bezumne nieme lub paplające.

d) Bezmyśl nabyty, jako odrębna choroba umysłowa, powstała w okresie pokwitania, t. j. dojrzewania ale niezupełnego jeszcze dojrzewania, a więc niezupełnego rozwinięcia się człowieka tak pod względem cielesnym, jako też umysłowym (*Aphrenia acquisita praematura*).

e) Bezmyśl nabyty, jako odrębna choroba umysłowa, powstała w okresie zupełnego dojrzewania, a więc należytego rozwinięcia się człowieka tak pod względem cielesnym, jako też umysłowym, *Aphrenia acquisita matura*.

f) Bezmyśl zanikowy, czyli starczy (*Aphrenia atrophica, sive senilis*).

B. Bezład, t. j. niezborność czyli pomieszanie umysłu (*Dysphrenia*) a, b, c, d, e, f, jak wyżej.

O różnego rodzaju postaciach bezmyśłu i bezładu czyli niezborności, względnie pomieszania umysłu, powstałego jako odrębna choroba umysłowa w okresie dojrzewania, dojrzewania lub zanikania starczego człowieka, mówiłem już wyżej przy opisywaniu tych chorób.

IIa) Upośledzenie umysłu czyste, t. j. zborne, ogólne wyższego stopnia, t. j. głupota, względnie ogłupienie ogólne (*Hebephrenia totalis majoris gradus*).

IIb) Upośledzenie umysłu czyste, t. j. zborne, częściowe wyższego stopnia (*Hebephrenia partialis majoris gradus*).

IIIa) Upośledzenie umysłu czyste, t. j. zborne, ogólne niższego stopnia, t. j. ograniczenie umysłu ogólne (*Hebephrenia totalis minoris gradus*).

IIIb) Upośledzenie umysłu czyste, t. j. zborne częściowe niższego stopnia, t. j. ograniczenie umysłu częściowe (*Hebephrenia partialis minoris gradus*). Granicą między działem IIa, względnie IIb z działem IIIa, względnie IIIb, stanowi zniesienie lub też ograuczenie tylko odpowiedzialności za dokonane czyny, co w każdym poszczególnym przypadku wedle danych objawów rozstrzygnąć się musi.

We wszystkich przytoczonych pod I—IIIb działach i poddziałach rozróżnić możemy a, b, c, d, e, f, jak wyżej.

W upośledzeniu umysłu częściowym tak wyższego, jakoteż niższego stopnia rozróżnić możemy nadto:

A. Upośledzenie uczuć, *Hebephrenia hypothy mica*.

1) Upośledzenie uczuć wogóle, *Hebephrenia hypothy mica totalis*.

2) Upośledzenie pewnych uczuć, *Hebephrenia hypothy mica partialis*, a mianowicie:

a) upośledzenie uczuć zmysłowych, t. j. przedmiotowych,

b) upośledzenie uczuć ogólnych, t. j. podmiotowych.

W drugim razie rozróżnić możemy:

a) upośledzenie uczuć osobistych,

b) „ „ bliźnich,

c) „ „ moralnych,

d) „ „ etycznych,

e) „ „ estetycznych.

2) Upośledzenie pewnych uczuć obok nadmiernego rozwinięcia się innych uczuć, skutkiem czego wyradza się często dziwaczność uczuć, *Hebephrenia parathy mica*.

We wszystkich tych przypadkach rozróżnić nadto można a, b, c, d, e, f, jak wyżej.

B. Upośledzenie świadomości, *Hebephrenia hyponoica*.

1) Upośledzenie świadomości wogóle, *Hebephrenia hyponoica totalis*.

2) Upośledzenie świadomości częściowe, *Hebephrenia hyponoica partialis*.

a) upośledzenie uwagi,

b) „ pamięci,

c) „ wyobraźni,

d) „ kojarzenia myśli, t. j. upośledzenie w kojarzeniu wyobrażeń i oryentowania się.

e) upośledzenie rozsądku, t. j. upośledzenie w tworzeniu pewnych pojęć, zasad i sądów.

Każda z tych władz może ze swej strony być upośledzoną całkowicie lub częściowo, np. upośledzenie pamięci tyczyć się może całej pamięci lub pewnych jej rodzajów; i tak np. są osoby, cieszące się dosyć dobrą pamięcią w jednym kierunku, albo nawet w wielu kierunkach, ale okazujące pamięć upośledzoną w innych lub w jednym tylko kierunku, np. nie mogą pamiętać nazwisk osób lub nazw miejscowości; inni znowu nie mogą zapamiętać położenia pewnych okolic, a więc okazują upośledzenie t. zw. pamięci miejscowej, czyli lokalnej; jedni nie mogą zapamiętać pewnych zdań, inni pewnych wydarzeń itp. Ścisłe pod tym względem i szczegółowe rozróżnianie zadalekoby nas zaprowadziło; dlatego też je pomijam. Bardzo często spotykamy upośledzenie w tworzeniu wszelkich pojęć i zasad, ogólne znaczenie mających lub tylko, pojęć i zasad pewnego rodzaju, np.

a) pojęć i zasad oderwanych,

b) „ „ moralnych,

c) „ „ etycznych,

d) „ „ estetycznych.

Brak lub upośledzenie w tworzeniu pojęć moralnych i etycznych u niektórych osób stanowi rzecz bardzo ważną, szczególnie w medycynie sądowej. Osoby takie bowiem nie są zdolne rozróżnić tego, co jest dobrem, a co złem, co szlachetnem, a co podłym, co uczciwem i godziwem, a co nieuczciwem i niegodziwem. Podobne znaczenie w medycynie sądowej ma także brak całkowity lub częściowy roz-

sądu. Są ludzie, mający dość dobrą pamięć i dość dobrą wyobraźnię; mogą nawet wyuczyć się znacznej liczby pojęć i zasad różnego rodzaju, ale nie potrafią łączyć należycie tego wszystkiego, by tworzyć jakikolwiek sąd własny i samoistny, i dlatego też bardzo często okazują o tej samej rzeczy sąd chwiejny, zmienny, a nawet sprzeczny, i polegają w tym względzie głównie na sądzie osób innych, które naśladować usiłują. Na pamięć mogą się wielu rzeczy nauczyć, ale nie potrafią zestawić tego, co umieją, w jakiś pogląd samoistny. Przy upośledzeniu świadomości tak ogólnej, jak i częściowej, można rozróżnić, a, b, c, d, e, f, jak wyżej.

3. Upośledzenie świadomości częściowe w jednym, obok znacznego rozwinięcia się świadomości w innym kierunku tworzy upośledzenie umysłu częściowe z dziwaczną świadomością, *Hebephrenia paranoica*.

C. Upośledzenie woli, *Hebephrenia hypergatica*.

1) Upośledzenie woli wogóle, *Hebephrenia hypergatica totalis*.

2) Upośledzenie woli częściowe, *Hebephrenia hypergatica partialis*.

a) upośledzenie woli w kierunku osobistym,

b) " " " bliźnim,

c) " " " moralnym;

d) " " " etycznym,

e) " " " estetycznym,

3) upośledzenie woli w jednym obok zwiększenia woli w innym kierunku, czyli upośledzenie umysłu częściowe z dziwacznością woli, *Hebephrenia parergatica*.

Niektórzy rozróżniają w woli dwie odrębne władze, a mianowicie:

1) żądzę, względnie popęd do czynu i 2) czyn właściwy. Czystą żądzę można atoli zaliczyć także do uczucia, popęd do czynu może mieć różne źródło, samo zaś przedsięwzięcie wykonania pewnego czynu jest wyłączną czynnością świadomości. Popęd do pewnych czynów powstaje często skutkiem bezpośredniego lub pośredniego, np. odruchowego zadrażnienia odpowiednich ośrodków rucho-

wych przy utrzymanej wprawdzie, ale zazwyczaj upośledzonej świadomości i podwyższonem zazwyczaj odruchowo uczuciu odpowiedniem. Czyny czysto odruchowe, jakoteż polegające wyłącznie na bezpośredniem zadrażnieniu odpowiednich ośrodków ruchowych przy upośledzeniu właściwego czucia i przy zniesionej zupełnie świadomości, nie należą do czystego, t. j. zbornego, upośledzenia władz umysłowych, ale są cechą bezmysłu lub też pewnych postaci pomieszania umysłu. Gdy czyny powstają skutkiem silnego, burzliwego uczucia, a więc dokonywane bywają ze świadomością wprawdzie, ale bez zastanawiania się, t. j. bez rozsądku, czyli z upośledzoną świadomością, zwiemy to:

4) Upośledzeniem umysłu porywczem, *Hebephrenia affectiva*. Gdy przy upośledzonej świadomości czyny przychodzą do skutku przeważnie odruchowo lub przy miernem zadrażnieniu uczucia, względnie żądy, możemy to nazwać:

5) Upośledzeniem umysłu popędowem, *Hebephrenia instinctiva*. We wszystkich tych zboczeniach umysłu rozróżnić możemy a, b, c, d, e, f, jak wyżej. Prócz tego, możemy ze względu na przebieg, tudzież ze względu na sposób rozwijania się i przyczyny upośledzenia umysłowego inne jeszcze rozróżniać rodzaje tej choroby:

Każda bowiem z przytoczonych wyżej postaci upośledzenia umysłu nabytego może być wedle przebiegu swego:

1) Ostrą, t. j. krótko trwającą, względnie szybko przebiegającą, *Hebephrenia acuta*.

2) przewłoczną, t. j. długi czas trwającą, *Hebephrenia chronica*, a w takim razie:

a) ciągle jednostajną, *Hebephrenia chronica continua*,

b) zwalniającą, t. j. okazującą coraz słabsze nasilenie choroby, *Hebephrenia chronica remittens*,

c) przepuszczającą, t. j. okazującą naprzemian znaczne nasilenie i znaczne osłabienie objawów chorobowych, *Hebephrenia chronica intermittens*.

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

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

f) naprzemienną z podnieceniem, względnie szaleńcem lub przygnębieniem, względnie z zadumą—*Hebephrenia expansiva, seu excitativa, alternans cum Hebephrenia depressiva*.

g) naprzemienną z kilku postaciami chorób umysłowych, t. j. kolejną—*Hebephrenia circularis*.

Wedle sposobu występowania może być każda postać upośledzenia umysłowego nabytego.

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

2) powikłaną „ *complicata*,

a w takim razie:

a) powikłaną luźnie i przypadkowo „ *casualiter*,

b) „ ściśle i przyczynowo „ *causaliter*,

c) „ objawowo, *Hebephrenia complicata symptomatice*,

d) powikłaną współczulnie, *Hebephrenia complicata sympathica*,

e) powikłaną następowo, *Hebephrenia complicata consecutiva*.

Upośledzenie umysłu może powstać z zatrucia, a wtedy rozróżniamy:

1) Upośledzenie umysłu z zatrucia własnego, *Hebephrenia ex intoxicatione autochtona*.

2) Upośledzenie umysłu z zatrucia obcego, *Hebephrenia ex intoxicatione aliena*.

3) Upośledzenie umysłu z zatrucia pasorzytniczego, *Hebephrenia ex intoxicatione parasitica*.

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

VIII.

O chorobach nerwowych, łączących się ściśle z chorobami umysłowymi.

Kilkakrotnie już zaznaczyłem wyraźnie, że różne choroby umysłowe nabyte, zarówno ostre, jakoteż przewłoczne, łączyć się mogą z różnemi chorobami cielesnemi, a szczególnie nerwowemi. Połączenie to może być czysto przypadkowem i okazuje się wtedy, gdy obok jakiejś choroby cielesnej lub nerwowej rozwija się niezależnie od niej i zupełnie odrębnie dla siebie jakaś choroba umysłowa. Połączenie takie dwóch chorób ze sobą zwiemy luźnem, czyli niezależnem, t. j. przypadkowem. Częściej bywa to połączenie ściślejszem, co mianowicie wówczas się okazuje, gdy dana choroba umysłowa rozwinęła się skutkiem pewnej choroby cielesnej, a zwłaszcza nerwowej, która w ten sposób stała się bezpośrednią przyczyną powstania danej choroby umysłowej. Połączenie takie zwiemy przyczynowem, czyli bezpośrednio zależnem. Niekiedy znowu zdarzyć się może, że zarówno dana choroba cielesna, względnie nerwowa, jako też i istniejąca obok niej choroba umysłowa powstały, niezależnie wprawdzie od siebie nawzajem, ale spowodowane zostały działaniem tej samej wspólnej przyczyny. Połączenie takie zwiemy współczulnem, czyli sympatycznym. Niekiedy choroba umysłowa okazuje się przelotnie tylko w przebiegu jakiejś choroby cielesnej lub nerwowej i jest objawem wielkiego jej stopnia, względnie nasilenia. Połączenie takie choroby umysłowej z daną chorobą (główną) cielesną, względnie nerwową, zwiemy objawowem, czyli symptomatycznym. Zdarzyć się może, że taka pierwotnie przelotna i objawowa tylko choroba umysłowa rozwinię się później tak znacznie, że stanie się główną chorobą, a wtedy będzie można uznać ją za połączenie przyczynowe z daną chorobą cielesną, względnie nerwową. Niektóre choroby nerwowe dają powód do wytwarzania się pewnych tylko chorób umysłowych, a nadto nadają im pe-

Pam. Tow. Lek. T. 95. Z. II.

wne właściwe cechy, rozróżniające je ściśle od podobnych chorób umysłowych, samoistnie się rozwijających.

Wyżej wykazałem, że z różnych nerwic najściślej łączy się z obłędem śledziennica, a raczej cierpiennica, t. j. choroba polegająca na przykrej i dotkliwej zmianie uczucia podmiotowego. Nerwica ta bywa też bardzo często powodem różnego rodzaju dziwactw w następnie urojeń i obłędów. Obecnie zwrócić muszę uwagę na to, że zmiany w czuciu, a w następstwie tego różne dziwactwa, urojenia i obłędy rozwinąć się mogą też i na tle zmiennej drażliwości, jaką widzimy w macinnicy (*Hysteria*), tudzież na tle niedomogi całego układu nerwowego (*Neurasthenia*) lub tylko niedomogi umysłowej (*Phrenasthenia*). Wyżej już nadmieniałem, że skutkiem nadmiernej i wysiłającej, t. j. wyczerpującej siły duchowe pracy umysłowej może u najzdrowszego nawet człowieka powstać przelotnie i przemijająco lub rozwinąć się na stałe tak znaczna niedomoga umysłowa, że okazuje się rażąca niezdolność do wykonywania najprostszych czynności umysłowych.

Człowiek w tym stanie nie potrafi rozwiązać najprostszych zagadnień rachunkowych i nie potrafi myśli zebrać na tyle nawet, by na najzwyklejsze pytania 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 i wyczerpania umysłowego może się nawet okazać brak oryentowania się w czasie, przestrzeni i otoczeniu, a więc może się objawić zupełna niezborność, t. j. całkowity bezład, czyli pomieszenie umysłu. To samo widzieć się daje niekiedy wśród częstego zamyśliwania 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 niezborność, czyli bezład, t. j. pomieszenie umysłu wśród uczucia obawy, oczekiwania i niepewności albo strachu, np.

przy egzaminach, popisach itp. W takich razach okazują nieraz osoby zbyt wrażliwe tak silną niedomogę umysłową, że zdumiewają nią osoby otaczające. Nawet ludzie wyśoko wykształceni, górujący nieraz nad innymi bystrością umysłu swego tudzież rozległą i wszechstronną wiedzą, okazywać mogą wśród pewnych niekorzystnych warunków życia tak znaczne osłabienie czynności umysłowych, że stają się umysłowo zupełnie nieudolnymi i rażą wszystkich nieświadomością najprostszych nawet rzeczy, odnoszących się do najzwyczajniejszych zajęć życia codziennego. Niekiedy widzieć się daje wśród tych warunków przelotna i przemijająca niedomoga umysłu tak dalece rozwinięta, że okazują się czyny bezmyślne i bezcelowe, a mowa traci wątek logiczny myśli.

Po odpowiednim dłuższym wypoczynku ustępuje za zwyczaj ten chwilowo nieprawidłowy stan umysłu, ale powtarza się i pojawia się znowu wśród pewnych okoliczności.

Zanim niedomoga umysłowa (*Phrenasthenia*) należycie się rozwinie, występuje najwypierw uczucie znużenia, szybkiego męczenia się, niezdolność do dłuższej pracy, zarówno cielesnej, jak i umysłowej. Często przyłącza się do tego następujące uczucie zawrotu i tępego bólu głowy, tudzież mniej lub więcej znaczne utrudnienie myślenia. Najważniejszym objawem rozwiniętej już niedomogi umysłowej jest niemożność zebrania uwagi na pewien dowolny przedmiot, podczas gdy równocześnie okazują się mimowolnie różne inne myśli, zwane dlatego mimowolniami. Niekiedy występuje mimowolne myślenie o jakimś jednym i tym samym tylko przedmiocie. Takie myśli jednakowe, ciągle się powtarzające, mimo używania całej siły woli, by je odpędzić, zwieemy myślami natrętnymi. Niedomoga nerwowa rozwija się najczęściej—jak już wyżej zaznaczyłem—skutkiem nadmiernego wysilenia się czynności nerwowej przez nadmierną pracę, zwłaszcza umysłową lub też przez troski i kłopoty różnego rodzaju, niepewność i długie wyczekiwanie rozstrzygnięcia się spraw ważnych w procesach, ubieganiach się o posady itp., a szczególnie wskutek nadmiernego drażnienia nerwowego przez wybryki zmysłowe najrozmaitsze-

go rodzaju, jak nadużycia płciowe, namiętna gra hazardowna, spędzanie nocy bezsennie bez należytego potem wypoczynku itp. Silne, a szczególnie nagle, wzruszenia umysłowe, jak przestrasz, zwłaszcza wskutek jakiegoś życia zagrażającego wypadku, np. pożaru, powodzi itp., a więcej jeszcze przestrasz połączony ze wstrząsem ogólnym, jaki się wydarza np. przy trzęsieniu ziemi, zasypaniu w kopalniach, zetknięciu się pociągów na kolei żelaznej, a dalej wyścieńczenie po ciężkich chorobach jakiegokolwiek rodzaju, zarówno ostrych, jak i przewłocznych, może być także powodem niedomogi nerwowej i umysłowej. Często widzimy objawy niedomogi nerwowej i umysłowej u osób nierozwiniętych jeszcze dostatecznie, a nawet u dzieci. W tych razach samogwałt jest prawie wyłącznym powodem choroby. Myśli kierowane ciągle ku jednym i tym samym obrazom i uczuciom lubieżnym ustalają się tak silnie i występują tak łatwo, że nie dają przystępu myślom innym. Z tych powodów dzieci takie, mimo największego wysiłku ze swej strony, nie mogą się uczyć, nie mogą w szkole skupić uwagi na przedmiot wykładany, zapominając o tem, co się do nich mówiło i jakie się dawało polecenia. Nawet zabawy ich nie zajmują, a towarzystwo wszelkie nuży je i nudzi. Z czasem zaczyna się wytwarzać obłęd na tej podstawie, a szczególnie obłęd badawczy. Dzieci takie często się rumienia bez widocznego powodu, bo zdaje im się ciągle, że się na nie zwraca uwagę i odgaduje się ich myśli nieobyczajne, które występują u nich zawsze i wszędzie, nawet w kościele i w czasie modlitwy. Są i osoby dorosłe o tak drażliwych nerwach naczynio-ruchowych, że bez dostatecznego powodu bardzo łatwo rumienia się na twarzy. Sam widok obcych ludzi, a szczególnie wzrok ich lub mowa o jakichś wadach lub nagannych i niewłaściwych czynach, wywołuje silne rumieńce. Świadomość tego łatwego rumienienia się powoduje wytwarzanie się wielkiej nieśmiałości i nieokreślonego lęku. Osobom tym zdaje się bowiem, iż owo rumienienie się wytwarza u ludzi na nie patrzących słuszne podejrzenie, że dopuścili się jakichś nagannych, niewłaściwych, a nawet hańbiących i zbrodniczych czynów. Tak

tworzy się przedmiotowy obłąd podejrzewania, badania i śledzenia; wreszcie rozwija się wybitny obłąd prześladowczy osobowy. Niemożność zajęcia się dłuższego czemkolwiek wyradza u osób, cierpiących na niedomogę umysłową, brak ufności w siebie, nieśmiałość i bojaźń, że to, co się ma robić, będzie źle zrobione, a to, co dokonaniem zostało, źle wykonanem zostało. W ten sposób wyrabia się niechęć i bojaźń rozpoczęcia czegokolwiek, a nawet dotknięcia się czegokolwiek, wreszcie obawa popełnienia mimowolnego jakichś złych czynów, czyli obawa siebie samego, w końcu obawa wszystkich i wszystkiego, co połączeniem bywa z nieokreślonym lękiem grożącego niebezpieczeństwa, niepewności życia itp. Taki lęk może być albo ogólnym, *panophobia*, alboważ okazuje się w pewnym tylko kierunku. Tu należy np. lękanie się przestrzeni (*Agoraphobia*), na co WESTPHAL pierwszy zwrócił uwagę w r. 1872. Chorzy dotknięci tego rodzaju cierpieniem boją się przejść przez duży pokój, duży plac lub szeroką ulicę, bo im się zdaje, że ich coś złego spotka, że upadną i uszkodzą się, zostaną przejechani itp. Inni chorzy lękają się wspinania się na wieże lub wogóle pod górę (*Hypsophobia*), bo sądzą, że się poślizgną, upadną i zabiją lub w jakiś sposób ciężko uszkodzą. Przeciwnieństwem do tego jest t. zw. lęk przed głębokością (*Bathophobia*), przyczem chorym się zdaje, że wszystko, co się nad nimi znajduje, zapadnie się w gruzy, rozsypie się i zgniecie ich. Niektórzy boją się wychodzić wogóle z domu, bo mniemają, że zostaną napadnięci przez zbójów, będą pobici i obrabowani; kobiety sądzą, że zostaną gdzieś uprowadzone lub zgwałcone itp.

Częstem bardzo jest lękanie się jakiejs choroby, zwłaszcza zaraźliwej (*Pathophobia*). Najczęściej występuje obawa zarażenia się kiłą, (*Syphilidophobia*), wścieklizną (*Lysophobia*), cholerą (*Cholero-phobia*). Często też bywa obawa dotykania się pewnych przedmiotów z powodu, że na nich mogą być jakieś zarazki chorobowe lub trucizna (*Mysophobia*). Są chorzy, którzy obawiają się nawet zbliżenia do pewnych przedmiotów, gdyż, widząc np. przedmioty pomalowane na zielono, sądzą, że to jest trująca farba arszeni-

kowa, uciekają więc od tych przedmiotów, jakoteż z sal, gdzie widzą cokolwiek zielonego. Inni znowu obawiają się dotknięcia do metali, a szczególnie mosiądzu, bo ten może być powleczoney grynszpanem trującym itp.

Mimowolne dotknięcie się do takich przedmiotów powoduje silny niepokój i trwogę, i osoby, cierpieniem tem dotknięte, myją co chwilę ręce, boją się brać niemi pokarmy, by się nie otruć, boją się podawać ręce do uścisku przy witaniu się lub żegnaniu, by od innych osób nie zarazić się jakąś chorobą lub nie powalać się jakąś trucizną niebezpieczną itp. Chorzy tego rodzaju doprowadzają nieraz lekarzy do ostateczności swojemi urojonemi obawami, bo co chwilę do nich przychodzą i domagają się dokładnego i wszechstronnego zbadania, gdyż im się zdaje ciągle, że się jakąś chorobą zarazili lub struli jakąś trucizną. Każdy najdrobniejszy pryszczyk na ciele, każda plamka, każde draśnięcie, każda najdrobniejsza zmiana w czynnościach ustroju jest już dla nich bardzo ważnym i niezbitym objawem jakiejś ciężkiej i niebezpiecznej choroby lub śmiertelnego zatrucia. Często bardzo chorzy boją się siebie samych (*Autophobia*). a właściwie boją się skutku swych czynów lub zaniedbania i niewykonania jakichś czynności, co powoduje niezwykłą, do śmieszności niekiedy i dziwactwa posuniętą ścisłość w wykonywaniu wszystkich lub pewnych tylko czynności, a, mimo to, ciągle niedowierzanie sobie samemu. Chorzy tego rodzaju rozpieczętowują np. kilkakrotnie listy, które mają oddać na pocztę, bo im się zdaje, że je włożyli w niewłaściwe koperty, lub że, zamiast listów, całkiem co innego włożyli itp. Wyszedłszy z domu, wracają się często, bo im się zdaje, że drzwi należycie nie zamknęli itp. Dość często okazuje się na widok pewnych przedmiotów obawa popełnienia tymi przedmiotami jakichś zbrodniczych czynów.

Do myśli natrętnych i mimowolnych, z lękiem połączonych, należy także żądza dowiedzenia się i poznania czegoś przez ustawiczne pytanie się o coś i szperanie za czymś.

BERGER znał chorego, który ciągle mimowolnie zastanawiał się i rozmyślał nad tem, dlaczego jest jedno słońce i jeden księżyc, a nie dwa; lub też zadawał sobie pytanie, czy on sam żyje jeszcze, jak się nazywa, albo pytanie, dlaczego w wyrazie „*Mensch*“ figuruje „*sch*“, czy jest to przypadkowe, czy dowolne jak, np. to, że krzesło ma cztery nogi, czy musi mieć cztery nogi, czy nie może mieć trzech? itp.

FRIEDRICH (*Gerichtliche Psychologie*) przytacza liczne przykłady podobnego rodzaju. Tak np. zakonnicę Blaubeckin trapiła nieustannie myśl, co się stać mogło z tej części napletka Chrystusa, którą mu obcięto przy obrzezaniu.

Mimowolne i natrętne myśli mogą rozbudzić wyobraźnię do bardzo wysokiego stopnia, co przy równocześnie okazującej się nadmiernej drażliwości zmysłowej prowadzić może do występowania złudzeń, a nawet omamów zmysłowych, odpowiednich myślom chorych. Omamy takie wyobraźni rzadko dochodzą do tej siły, by chorzy nie potrafili odróżnić ich od rzeczywistych obrazów zmysłowych. Dlatego też zaliczamy je do omamów wrzekomych, gdyż chorzy sami uznają je za przywidzenia. Omamy wyobraźni okazują się najczęściej w zakresie zmysłu wzroku, t. j. chorzy widzą to, co im na myśl przyjdzie. Rzadziej spostrzegać się dają takie omamy w zakresie innych zmysłów; zdarza się jednakże czasami i to, a nawet znane są przypadki, w których omamy wyobraźni występowały w zakresie wszystkich zmysłów. W takich razach chorzy nie tylko widzieli to, co im na myśl przyszło, ale słyszeli pomyślane wyrazy i zdarzenia, odczuwali woń i smak przedmiotów pomyślanych itp.

U osób, cierpiących na niedomogę nerwowo-umysłową, wola bywa zazwyczaj tak mocno osłabioną, że osoby te nie mogą nigdy nic stanowczego postanowić i co chwilę swe postanowienia zmieniają; dlatego też nigdy nie potrafią zdobyć się na czyn jakiś, lecz ciągle wahają się, zastanawiają się, rozmyślają, i dla tego prawie ciągle marzą o prze-

różnych rzeczach, ale nie nie robią. Nawet gdy jedna myśl umysł uporczywie zajmuje, do czynu odpowiedniego zazwyczaj nie przychodzi. Z tego też powodu wymienione wyżej myśli mimowolne i natrętne, połączone z obawą dokonania jakichś czynów zbrodniczych, prowadzą bardzo rzadko i tylko w wyjątkowych wypadkach do istotnego wykonania tych czynów. Wyjątki te zdarzają się zazwyczaj w takim tylko razie, jeżeli z wykonaniem czynów łączy się jakaś korzyść lub przyjemność osobista lub jeżeli przez wspomniane myśli mimowolne i natrętne rozbudzają się pewne nałogowe popędy, skłonności i namiętności, a szczególnie popęd płciowy, skłonność do opilstwa, namiętnej gry w karty, kradzieży itp. Łatwiej jeszcze myśli mimowolne i natrętne prowadzić mogą do odpowiednich czynów u osób skłonnych do przewrotnych uczuć i dziwactwa już od młodego wieku, a najczęstszym objawem tego rodzaju jest skłonność do zaspakajania popędu płciowego w niezwykły, dziwaczny, a nawet zbrodniczy sposób. W tych razach okazuje się zazwyczaj tak silny pociąg do działania w pewnym kierunku, że to, co nieustannie zajmuje wyobraźnię człowieka, pcha go także mimowolnie do natychmiastowego wykonania czynów, odpowiednich danym myślom uporczywym. Niekiedy znowu zdarza się tak silny pociąg do wykonywania pewnych czynów, że zaledwie myśl o nich się pojawi, zaraz następuje mimowolna i niepowstrzymana dążność do ich wykonania. Czynny takie zwiemy popędowymi, jeżeli bywają wykonywane bez zastanowienia się, natychmiast skoro tylko myśl o nich przyjdzie, jak to w szale często spotykać się daje. Jeżeli czynny takie nosić będą cechą dziwaczności, możemy je nazwać dziwactwem popędowym.

Jeżeli czynny pewne przychodzą do skutku mimo wszelkiego możliwego usiłowania, aby się od nich powstrzymać, a więc wykonywane bywają z pełną wprawdzie świadomością, ale wbrew woli i chęci wykonawcy, zwą się czynami przymusowymi. Skłonność do wykonywania takich czynów przymusowych możemy nazwać czynną niedomogą

umysłową, *Phrenasthenia activa*. Czyny takie mogą być nieraz bardzo dziwaczными, a wówczas zaliczyć je należy do dziwactwa mimowolnego, czyli dziwactwa niedomowego. Dziwactwo to różni się zasadniczo od opisanego wyżej dziwactwa dowolnego i rozmyślnego, tudzież od powstałego stąd dziwactwa nałogowego, jako też od dziwactwa popędogo, spostrzeganego często w szale, tudzież dziwactwa bezmyślnego, spotykanego u osób upośledzonych na umyśle.

Czyny mimowolne przymusowe bywają bardzo różne i okazać się mogą we wszystkich możliwych kierunkach; dlatego też rażą często dziwacznością i niezwykłością.

Niekiedy jest bardzo trudno rozstrzygnąć stanowczo, czy pewne czyny należą do czynów przymusowych, a więc mimowolnych, czy do czynów dziwacznych dowolnych, względnie nałogowych, czy też do czynów popędogo albo do czynów bezmyślnych. Gdy się atoli uwzględni należyte wszystkie towarzyszące okoliczności, wówczas ocena danych czynów łatwiejszą się okaże, a trudność w tym tylko razie stanie się niepokonaną, gdy równocześnie różne znajdziemy objawy, co także nierzadko się zdarza. Czyny takie zaliczymy wówczas do przymusowych, jeżeli są wykonywane mimowolnie i mimo wszelkiego możliwego powstrzymywania się od ich wykonania. Jeżeli zaś bywają wykonywane rozmyślnie i dowolnie, czy to okolicznościowo, czy też nałogowo, zaliczamy je do dziwactwa rozmyślnego dowolnego. Tu należy np. dążność niektórych mężczyzn do obcinania warkoczy kobiecych, dążność do wykradania kobietom drobnych przedmiotów, szczególnie chustek do nosa lub brudnej przepoconej bielizny, która jest powalana krwią z miesiączkowania itp. Czyny te bowiem wykonywane bywają zazwyczaj w tym z góry już określonym celu, aby wykradzione przedmioty zanieść do swego mieszkania, tam napawać się ich wonią i widokiem i w ten sposób wzbudzić podniecenie popędu płciowego, który bywa potem zaspakajany już to w sposób naturalny przez spółkowanie z jakąś kobietą, już też w sposób

nienaturalny z osobą płci własnej lub—co najczęściej się zdarza—przez samogwałt, przyczem wykradzione przedmioty służą już to za podniecającą podkładkę pod głowę, względnie pod nos, już też za podkładkę dla części płciowych, względnie za miejsce do wypuszczania z nich nasienia. Niektórzy potrzebują do nowego podniecania się nowych takich przedmiotów i dlatego raz użyte przedmioty zaraz wyrzucają i o nowe się starają; inni używają po kilka razy tych samych rzeczy do swoich celów, a więc wyrzucają tylko zbyteczne, mniej podniecające, a chowają starannie bardzo podniecające, któremi często się rozkoszują. Niektórzy chowają wszystko na pamiątkę i albo składają bezładnie, albo też porządkują ściśle i układają w osobnych schowankach według daty i znaczenia, opatrując każdy przedmiot odpowiednią kartką z potrzebnym napisem. Niektórzy lubią nosić takie rzeczy przy sobie, aby, wedle potrzeby i w miarę zdarzającej się sposobności, móż rozkoszować się niemi na każde zawołanie. Często spotykamy u tych samych osób zmienne zachowywanie się i zmienność objawów chorobowych wogóle. Niektórzy skłonni są w pewnym czasie do pewnych myśli natrętnych, w innym czasie do pewnych czynów przymusowych, a niekiedy zdarza się nawet, że w tym samym czasie, a więc równocześnie ckazuje się skłonność do myśli natrętnych w jednym, a do czynów przymusowych w innym całkiem kierunku, tak że myśli i czyny nie są w ścisłym ze sobą związku. Czasem rozpoczynają się objawy chorobowe myślami natrętnymi, a kończą się czynami przymusowymi, czasem znowu dzieje się przeciwnie. Gdy czyny niedomogowe dość stałymi się okażą i nosić będą cechę zwięzłości i pewnej celowości, gdyż przewodniczyć im będzie pewna myśl stała i jasna, chociaż mimowolna, wówczas należeć będą do dziwactwa, względnie obłądu czynnego niedomogowego i nazwiemy to niedomogą czynną zborną, *Phrenasthenia activa cohaerens*. Gdy atoli czyny niedomogowe będą niestałe i często zmienne, a nadto pozbawione będą pewnej łączności ze sobą, a więc pewnej celowości i myśli przewodniej, wówczas na-

leżeć już będą nie do obłądu, lecz do pomieszania umysłu niedomogowego, a objaw ten zwać się będzie niedomogą czynną niezborną, *Phrenasthenia activa incohaerens*. To samo tyczy się niedomogi czuciowej i myślnej, jako też niedomogi ogólnej.

Gdy niedomoga ogólna okazywać będzie wybitne piętno niezborności, wówczas choroba cała przestanie być niedomogą i stanie się pomieszaniami umysłu niedomogowem, *Dysphrenia asthenica*.

Z tego widzimy, że niedomoga umysłowa wikłać się może zarówno z dziwactwem, względnie z obłądem, jakoteż z pomieszaniami umysłu, i dać może powód do rozwinięcia się każdej z tych chorób oddzielnie, a nawet spowodować może łączenie się mniej lub więcej bezładne i często zmienne wszystkich tych trzech zboczeń umysłowych razem.

Zamiast wyrażenia *Phrenasthenia cohaerens*, możnaby użyć także nazwy *Phrenhyposthenia*; a w takim razie wyrażenie *Phrenasthenia* nie miałoby już znaczenia ogólnego, lecz tylko znaczenie ściślejsze niedomogi umysłowej niezbornej, *Phrenasthenia incohaerens*.

Oprócz śledziennicy, czyli cierpiennicy, tudzież niedomogi nerwowej, mogą inne także nerwice, np. macinnica, dać powód do rozwinięcia się obłądu lub innej postaci obłąkania. Obłąd macinniczy, czyli histeryczny, cechuje się niestałością i ciągłą zmiennością, a nawet sprzecznością objawów, jak np. podwyższoną znacznie pobudliwością, drażliwością i mocą w jednym kierunku, a upośledzoną pobudliwością przy łatwym wyczerpywaniu się wszelkiej czynności w drugim kierunku. Objawy te odnosić się mogą do wszystkich lub też niektórych pojedynczych tylko zakresów życia umysłowego, czy to czuciowego, czy duchowego, czy też ruchowego. Odruchy bywają zazwyczaj niezwykle silne, skłonne do kurczów zarówno częściowych, jakoteż ogólnych. Na tem polegają znane wszystkim dobrze kurcze mięśni połykowych (*Globus*), krtaniowych z dusznością, oddechowych z gwałtownym kurczowym śmiechem lub łkaniem i dzikim krzykiem, przepony z czkawką (*Singultus*),

mięśni naczyniowych z nagłym blednięciem lub rumienieniem się twarzy lub kończyn, bólami głowy migrenowymi itp. Kurczo macinnicze, t. j. histeryczne, ogólne bywają niekiedy zupełnie podobne do padaczkowych (*Hystero-epilepsia*), niekiedy zaś są od nich całkiem różne, często toniczne lub tetaniczne, nie kloniczne, jak np. skręcanie swego ciała w kabłąk, obracanie się około osi podłużnej, rzucanie całym ciałem w górę w położeniu pionowym itp. Obok wielkiej skłonności do ruchów kurczowych pewnych mięśni, istnieje równocześnie mniej lub więcej rozległe, stałe lub zmienne, ale dość łatwo przemijające porażenie innych mięśni. Często spostrzegać się też daje skłonność do mdłości i omdlewania. Nastrój osób histerycznych bywa także często łatwo zmiennym, częściej jednakże wesołym, niż smutnym. Władze umysłowe wogóle nie bywają wcale zmienione, pamięć, wyobrażenia i rozsądek są zazwyczaj zupełnie zachowane. Uczucia moralne i etyczne zdradzają również często zmienność i okazują skłonność do samolubstwa, popędliwości, gniewliwości i zmysłowości, dziwacznych i uporczywych, chociaż często zmiennych, zachcianek przewrotności, kłamstwa, udawania i przesady. Zmysły okazują, obok podwyższonej pobudliwości i drażliwości w jednym kierunku, często obniżoną pobudliwość, a nawet znieczulenie w innym też, a niekiedy skłonność do przewrotności (*Paraesthesiae*). Częstośćmi są też dlatego nerwobóle lub też, przeciwnie, znieczulenia albo obok nerwobólów w jednych miejscach znieczulenia w innych itp. Na podwyższonej pobudliwości zmysłowej polega wyraźne widzenie itp. Na kurczowym zwężeniu się naczyń polega trupa błądliwość, względnie lodowata zimność twarzy lub kończyn, zmalenie, względnie zcieńczenie ich, zapadnięcie się oczu. Przeciwnie, na porażennem rozszerzeniu się naczyń polega obrzęk twarzy, obrzęk kończyn, wysadzenie gałek ocznych itp.

Przemijające porażenia nerwów polegają prawdopodobnie na kurczowym ściągnięciu się naczyń krwionośnych w odnośnym zakresie i można by powiedzieć, że od zmian

naczynioruchowych pochodzą głównie prawie wszystkie objawy macinnicy, czyli histeryi. Zdarzają się nawet porażenia połowiczne, i to całkowite lub też tylko ruchowe, albo tylko czuciowe, często z pozostawieniem niektórych, wysepkowo ograniczonych okolic w stanie prawidłowym. To samo tyczy się i porażień w zakresie pojedynczych zmysłów, jak wzroku, słuchu, smaku, powonienia, czucia, ciśnienia, przestrzeni, ciepłoty, łaskotania, lechtania, bólu itp. Zmiany te powstają niekiedy po napadach podobnych do epileptycznych, tak że nieraz możnaby je uważać za skutek tych napadów.

FUNK i MEYNERT dowiedli, że zmiany te polegać mogą wyłącznie na zaburzeniach odpowiednich nerwów naczynioruchowych, z czego MEYNERT wnosi, że wszystkie objawy macinnicze, t. j. histeryczne, polegają wyłącznie na zmianach w zakresie nerwów naczynio-ruchowych, są więc czysto czynnościowymi i bywają dlatego zwykle bardzo różnorodnymi, łatwo zmiennymi, niestałymi, często szybko przemijającymi. Cechującym objawem macinnicy, czyli histeryi, jest, jak to już kilkakrotnie zaznaczyłem, zmienność, a niekiedy dziwaczność objawów w zakresie życia umysłowego, np. zmienność nastroju, zmienność i dziwaczność zachcianek, łatwa i częsta zmienność poglądów i przekonań; stąd skłonność do przewrotności, kłamstwa, oszukiwania, posądzania itp. Uderzającą jest skłonność do poddawania się wpływow pewnych osób, zwłaszcza obcych; stąd łatwość popadania w usennienie, t. j. hypnotyzm, a z drugiej strony skłonność do oporu i sprzeciwiania się na każdym kroku względem innych osób, szczególnie domowych i najbliższych krewnych i znajomych. W tych obu względach widzimy zazwyczaj rażącą i każdego z widzów uderzającą sprzeczność, a więc uległość niezwykłą z jednej, a nadzwyczajną siłę oporu z drugiej strony, bezsilność, a stąd łatwe i bezgraniczne poddawanie się pierwszemu — a uderzającą i zadziwiającą moc i wytrwałość w drugim razie. To samo tyczy się także objawów nerwowych, bo, jak wiadomo, spostrzegamy w macinnicy prawie zawsze

sprzeczność objawów, i tak porażenia, względnie łatwe wyczerpywanie się aż do porażen w jednym, a niezwykłą siłę i skłonność do kurczów w drugim kierunku. Sprzeczność ta w różnych kierunkach, chociaż często w tym samym zakresie występująca, rodzi rażącą zazwyczaj dziwaczność uczuć, myśli i czynów. Na tej podstawie możnaby na oznaczenie tej choroby używać, zamiast wcale nieodpowiedniego i, jak dla mężczyzn, dziwaczного, wyrazu *macinnica*, *histerya*—nazwy *d z i w o m o g a*.

W razie, gdy objawy chorobowe, jakkolwiek bardzo rozliczne i często zmienne, okazują pewien ład i porządek, t. j. pewną łączność ze sobą, pewną celowość i rozmyślność w dowolnem działaniu, możnaby nazwać tę chorobę *dziwomogą zborną*, *Parasthenia*. W razie zaś, gdy żadnego w objawach ładu, ani żadnej między nimi łączności do patrzeć się nie można, a czyny noszą cechę bezmyślności i zagadkowości raczej, niż jakiejś rozmyślnej i celowej działalności, możemy ją nazwać *dziwomogą niezborną*, *Dyssthenia*. *Dziwomoga zborna* i *niezborna* tyczyć się może samych tylko nerwów, i to czuciowych, względnie zmysłowych lub ruchowych, a wtedy można ją nazwać *dziwomogą zborną* lub *niezborną*, *nerwową* *Parasthenia*, *respective Dyssthenia nervosa*, *vel Neuro-parasthenia*, *respective Neuro-dyssthenia*, albo tyczyć się może głównie objawów życia umysłowego, a wtedy nazwać ją można *dziwomogą zborną* lub *niezborną umysłową*, *Parasthenia*, *respective Dyssthenia psychica*, *vel Psycho-parasthenia*, *respective Psychodyssthenia*, *aut Phreno-parasthenia*, *respective Phrenodyssthenia*; wreszcie tyczyć się może tak nerwów, jako też umysłu, a wtedy będziemy mieli *dziwomogę nerwowo-umysłową zborną* lub *niezborną*, *Parasthenia*, *respective Dyssthenia*, *psycho-nervosa*, *vel phreno-nervosa*.

Dziwomoga zborna umysłowa, jako też *nerwowo-umysłowa*, wyradza się często w obłąd zborny, *Paraphrenia*, *dziwomoga zaś umysłowa*, tudzież *nerwowo-umysłowa niezborna* wyradza się często w *niezborność*, czyli *bezład*, t. j. po-

mieszanie umysłu (*Dysphrenia*). Tak niedomoga, jakoteż dziwomoga, okazywać się mogą już to równomiernie we wszystkich zakresach życia umysłowego, już też nierównomiernie, t. j. w pewnych zakresach więcej, niż w innych. Na tej podstawie możemy przeto, podobnie jak w innych chorobach umysłowych, rozróżnić niedomogę, względnie dziwomogę 1) ogólną, 2) częściową. W ostatnim razie niedomogę, względnie dziwomogę:

1) czuciową (*Phren-para,-dys,-hypo-a-sthenia para,-dys,-hypo,-a-thymica*).

2) myślną (*Phren-para,-dys,-hypo,-a-sthenia para,-dys,-hypo,-a-noica*).

3) czynną (*Phren-para,-dys,-hypo,-a-sthenia para,-dys,-hypo,-an-ergatica*).

stosownie do tego, czy choroba dotyczy głównie uczucia, świadomości czy woli.

Prócz śledziennicy, czyli cierpiennicy, tudzież niedomogi i dziwomogi nerwowej, względnie umysłowej, albo nerwowo-umysłowej, łączyć się może bardzo ściśle z różnymi chorobami umysłowymi t. zw. padaczka (*Epilepsia*), która najczęściej daje powód do pojawiania się t. zw. zamroczeń [padaczkowych], o których mówiłem wyżej przy opisywaniu różnych postaci bezmysłu.

Inne nerwice łączą się zazwyczaj mniej ściśle z chorobami umysłowymi, niż nerwice wyżej przytoczone.

Prócz nerwic, łączą się niekiedy z chorobami umysłowymi bardzo ściśle różne cierpienia cielesne, a szczególnie mózgowe, jak np. zapalenia ostre i przewłoczne, rozlane i ograniczone opon mózgowych, kory mózgowej, tudzież samej istoty mózgu, jakoteż różne nowotwory czaszkowe oponowe i mózgowe, względnie niedokrewności, przekrwienia, wynaczynienia, występujące w obrębie opon i mózgu. Ze wszystkich cierpień mózgowych łączy się najściślej z chorobami umysłowymi t. zw. zapalenie przewłoczne rozlane opon miękkich i kory mózgowej, *Meningo-periencephali-*

tis chronica diffusa, która daje powód do powstawania odrębnej choroby umysłowej, zwanej obłąkaniem z porażeniami postępującymi (*Phrenopathia cum paralysi progressiva*). Choroba ta wystąpić może pod kilku różnemi postaciami, o czem później szczegółowo mówić będę.

[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 19 Września 1899 r.

Przewodniczący Wice-Prezes **H. Nusbaum.**

Obecnych członków 43 i gość 1.

T r e ś ć: A. GABSZEWICZ.—*Exophthalmus pulsans* (*Anerysma arteriae ophthalmicae*).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego po odczytaniu przyjęto.

II. Przewodniczący wita obecnego na posiedzeniu gościa kol. Aleksandra KOPCZYŃSKIEGO.

III. Biblioteka Towarzystwa otrzymała w darze odbitki prac: W. OLTUSZEWSKIEGO, L. KALICIŃSKIEGO, J. PESZKEGO, A. HOŁOWIŃSKIEGO, oraz od Redakcyi „Medycyny”: „Prace Chirurgiczne wydane ku uczczeniu 35-letniej pedagogicznej działalności Prof. Kosińskiego”, w ozdobnej oprawie.

IV. Przewodniczący podaje do wiadomości, że Muzeum Ossolińskich we Lwowie nadesłało podziękowanie za ofiarowany „Pamiętnik Towarzystwa”, z. II r. b.

V. A. GABSZEWICZ odczytał pracę o wysadzeniu gałki tętniącej (*exophthalmus pulsus*), do której napisania zachęcił go przypadek przez niego samego spostrzegany. Dotyczył on 30-letniej kobiety, u której przy gwałtownym napadzie kaszlu wystąpiło uczucie trzasku w lewym oku, a wkrótce zjawił się szum i wysa-

Pam. Tow. Lek. T. 95. Z. IV.

dzenie gałki lewej. Później bóle głowy, utrata wzroku w lewym oku; przy badaniu dały się słyszeć wyraźne szmery nie tylko w okolicy oka, ale i na całej głowie, nawet na szyi. Po podwiązaniu tętnicy szyjowej wspólnej szmery i bóle głowy ustąpiły natychmiast, a wysadzenie gałki stopniowo się teraz zmniejszało, tak że po kilku tygodniach gałka powróciła do swego prawidłowego położenia. W czasie ciąży która później nastąpiła, zjawiały się szumy, w ostatnich dniach nawet przed rozwiązaniem gałka lewa zaczęła się w niewielkim stopniu wysadzać, po urodzeniu jednak dziecka szmery zniknęły, a gałka wróciła do swego prawidłowego położenia.

Nawiązując rzecz do swego przypadku, GABSZEWICZ zajmuje się szczegółowo tą stosunkowo rzadko spostrzeganą postacią chorobową. Odróżniając przypadki urazowego i idiopatycznego pochodzenia, G. zastanawia się nad objawami, towarzyszącymi tej chorobie, z których najważniejsze są: wysadzenie gałki, i szmery stale towarzyszące, jak jednym, tak i drugim przypadkom; do mniej stałych należy tętnienie gałki lub guzów, tworzących się w wewnętrznym kącie oczodołu, a zależnych zazwyczaj od rozszerzenia żyły ocznej górnej i porażenia mięśni ocznych. G. przytacza szczegółowo te zmiany, które powstają w przebiegu choroby na siatkówce, i zboczenia w sile widzenia. Dla dokładniejszej ilustracji tej ciekawej postaci chorobowej opisuje prelegent rezultaty nielicznych stosunkowo sekcji, dokonanych w przypadkach pochodzenia urazowego i dobrowolnego, a które wykazują, że najczęstszą przyczyną tej sprawy chorobowej jest pęknięcie tętnicy szyjowej wewnętrznej w zatoce jamistej. Bardzo szczegółowo przechodząc do rozpoznania różniczkowego, G. zajmuje się odróżnianiem wysadzenia gałki tętniącej w zależności od tętniaków tętnicy ocznej w oczodole, i rozmaitych innych guzów, znajdujących się w oczodole i mogących spowodować wysadzenie gałki ocznej. Po poświęceniu kilku słów dla wyjaśnienia dwustronnego wysadzenia gałki tętniczej, G. przechodzi do leczenia tej postaci chorobowej. Najpierw zastanawia się nad sposobem, polegającym na uciskaniu tętnicy szyjowej wspólnej i, zestawiając wyniki ze stosowania tej metody, uważa ją za zupełnie niedostateczną w przypadkach urazowego pochodzenia, a mało obiecującą w przypadkach pochodzenia samoistnego. Przechodząc do najczęściej używanej metody, t. j. do podwiązania tętnicy szyjowej wspólnej, przytacza jej wyniki pomyślne, które procentowo, przedstawiają się wcale dobrze; zejście śmiertelne w dawniejszym okresie przedantyseptycznym zależne było od krwotoków z samej rany operacyjnej. Mówiąc o zdarzających się nawrotach choroby, prelegent przytacza przypadki obustronnego podwiązania tętnicy szyjowej wspólnej, przy czym nie zauważono żadnych trwałych groźnych zaburzeń ze strony mózgu. Wreszcie mówca wspomina o niebezpieczeństwach, gro-

żących samemu wzrokowi wskutek podwiązania tętnicy szyjowej wspólnej — niebezpieczeństwach, przytoczonych przez niektórych autorów, co, podług G., należy do zjawisk nadzwyczaj rzadkich, i nie powinno zniechęcać do stosowania tej metody operacyjnej przy wysadzeniu gałki tętniczej, gdyż metoda ta daje stosunkowo najlepsze i najtrwalsze wyniki. [Autoreferat].

Wiceprezes NUSBAUM, wobec tego, że ze statystyki, zestawionej przez prelegenta, wynika, że u kobiet stwierdzano przeważną ilość przypadków idiopatycznych, zapytuje, czy przypadki te nie dotyczą kobiet, które rodziły?

GABSZEWICZ odpowiada twierdząco, że niektóre przypadki dotyczyły kobiet, które rodziły, a niektóre miały miejsce u kobiet ciężarnych.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes: *H. Nusbaum.*

Sekretarz: *J. Winiarski.*

Posiedzenie kliniczne dnia 26 Września 1899 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecných Członków 69 i gości 3.

T r e ś ć. ŚMIECHOWSKI A.—Przedstawienie dziecka 4-miesięcznego, któremu przed 5-tygodniami wyłuszczone *meningocele* na plecach.

OLTUSZEWSKI Wł.—Niedorozwój psychiczny i stosunek jego do różnych kategorii zboczeń mowy. Wybór Zarządzającego Kasą Wsparcia Wdów i Sierot po lekarzach.

Wybór Członka Komitetu Kasy Wsparcia Wdów i Sierot po lekarzach.

I. Protokół posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. PREZES wita obecnych na posiedzeniu gości: pp. Ewarysta RADZISZEWSKIEGO, Zygmunta MOCARSKIEGO oraz kol. Michała JARNUSZKIEWICZA.

III. PREZES podaje do wiadomości, że otrzymał podania od Doc. D-ra Stanisława CIECHANOWSKIEGO oraz od kol. Jana ŚWIĄTECKIEGO [z Olity], pragnących zostać Członkami-Korespondentami Towarzystwa. CIECHANOWSKIEGO przedstawia Prezes MARKIEWICZ, popierają: JANOWSKI i KARCZEWSKI, sprawozdania z prac podjął się JANOWSKI; ŚWIĄTECKIEGO przedstawia DUNIN, popierają: KRAJEWSKI i JANOWSKI; sprawozdania z prac podjął się JANOWSKI.

IV. ŚMIECHOWSKI A. przedstawił czteromiesięczne dziecko, któremu przed 5-iu tygodniami wyłuszczył *meningocele* na plecach. Guz był ciekawy ze względu na umiejscowienie i na zachowanie się; zajmował on przestrzeń na środku pleców między 4 a 8 kręgiem piersiowym, był wielkości pięści dziecka, postaci kulistej, spłaszczony na powierzchni grzbietowej i osadzony na szypule o dość szerokiej podstawie; skóra na nim prawidłowa, wciągnięta trochę do wewnątrz na środku spłaszczenia, dawała się ująć w fałdę. Guz nie powiększa się przy płaczu dziecka, ani nie zmienia koloru. Przy obmacywaniu posiada konsystencję elastyczną, robi wrażenie wypełnionego płynem, który jednak przy ucisku nie ustępuje. Wobec tego, rozpoznanie wahało się między *teratoma* i *meningocele*. Badanie przy pomocy promieni ROENTGEN'a, łaskawie wykonane przez Mikołaja BRUNNERA, nie wykazało żadnego braku w łukach kręgowych; zawartość guza była zupełnie przezroczysta dla promieni X. Dzięki uprzejmości ANDERSA, ŚMIECHOWSKI w dniu 22 VII wykonał w uśpieniu chloroformowem wyłuszczenie guza; okazało się, że miano do czynienia z *meningocele*.

Po wyłuszczeniu guza zaczął się wylewać w wielkiej ilości płyn mózgo-rdzeniowy. Opony rdzeniowe zaszyto szwem kapciuchowym, skórę nad szwem zaszyto i nałożono opatrunek jodoformowy. Przebieg był zupełnie bezgorączkowy.

Przez tydzień sączyło się trochę płynu, lecz po tygodniu i to ustało, szew głęboki zropiał i w 3 tygodnie po operacji przez otworek został wydany. W tydzień potem nastąpiło zupełne zagojenie. W wyłuszczonej worku żadnych elementów nerwowych nie znaleziono; ścianki były pokryte błoną błyszczącą. Badanie drobnowidzowe będzie dokonane później. [Autoreferat].

V. OLTUSZEWSKI Wł. wygłosił odczyt pod tytułem: „Niedorozwój psychiczny i stosunek jego do różnych kategorii zbroczeń mowy“.

Prelegent zastanawia się przedewszystkiem nad ogólnym obrazem chorobowym niedorozwoju psychicznego. Pod nazwą tą pojmuje stan umysłu, noszący nazwę idyoty, głuptaka lub zacofanego. Klasyfikację niedorozwoju psychicznego opiera prelegent na podstawie symptomatycznej i psychologicznej. Odpowiednio do tego; rozdziela dzieci z niedorozwojem psychicznym na idyotów zupełnych, niezupełnych, głuptaków oraz zacofanych. Opisuje znamiona zwyrodnienia [anatomiczne, fizyologiczne ewentualnie psychiczne i społeczne], objawy fizyologiczne niedorozwoju ze strony układu nerwowego [porażenia, niedowłady, atetoza, płasawica itd.] oraz psychiczne u idyoty zupełnego, niezupełnego, głuptaka i zacofanego. W rzędzie przyczyn, lubo rozróżnia zwyrodnienie dziedziczne od przyczyn przypadkowych, a ztąd idyotyzm wrodzony od nabytego, zaznacza jednak, że granicy ści-

słej w tym względzie nie da się przeprowadzić, ponieważ oba łączy dziedziczność, jako wspólny moment etyologiczny. Przyczyny przypadkowe mogą działać na płód bezpośrednio lub pośrednio przez matkę, dalej w czasie porodu lub po urodzeniu. Zmiany anatomo-patologiczne dzieli O. na dwie klasy. Pierwsza obejmuje zmiany we właściwym znaczeniu, druga zaś zawiera zбочenia teratologiczne. Szczegółowo omawia patogenezę nieprawidłowego rozwoju mowy, zależnego jedynie od upośledzenia inteligencji oraz właściwych zбочen mowy, uwarunkowanych zmianami anatomicznymi w ośrodkach słownych [niemota ruchowa, głupota wyrazowa, bełkotanie, mowa nosowa i jąkanie]. Rozpoznawanie niedorozwoju psychicznego opiera O. na wywiadach oraz na dokładnem zbadaniu sfery psychicznej. Przy rozpoznaniu różniczkowem podaje O. wskazówki, służące do rozpoznawania zбочen mowy, w szczególności wyróżniania rozmaitych postaci niemoty. Porażenia mózgowe, z wyjątkiem bardzo nielicznych przypadków, zalicza do kategorii niedorozwoju psychicznego. Wreszcie zastanawia się nad rokowaniem, liczebnym stosunkiem, jaki zajmuje niedorozwój w etyologii zбочen mowy, oraz leczeniem niedorozwoju, łącznie z towarzyszącymi mu zбочeniami mowy. Liczebny stosunek, opierający się na własnym materiale klinicznym prelegenta, przedstawia się w sposób następujący. Na 1260 przypadków zбочen mowy, spostrzeganych do 1 VII 99 r., niedorozwój powodował zбочenia mowy w 158 przypadkach¹⁾. Odliczając od wymienionej liczby 38 przypadków niemoty u dorosłych, 8 przypadków trzepotania, które nie łączyły się z niedorozwojem, oraz 641 przypadków jąkania, któremu towarzyszył niedorozwój tylko w 12 przypadkach, a dalej, wyłączając wrodzoną zupełną głuchotę, jako bardzo częstą przyczynę niemoty u dzieci, okazuje się, że niedorozwój w rzędzie przyczyn niemoty, bełkotania, ewentualnie wadliwego wymawiania oraz mowy nosowej odgrywa rolę pierwszorzędną. Przy leczeniu zбочen mowy, towarzyszących niedorozwojowi, O. akcentuje rozwijanie władz duchowych, gdyż do powstania mowy potrzebne są te same czynniki, co do rozwoju sfery umysłowej, to jest pamięć, uwaga i wola. Wyniki lecznicze, jakie otrzymał O. w swoim zakładzie przy leczeniu idiotów niepełnych, głuptaków oraz zacofanych, są w zupełności zadawalające, jak tego dowodzą załączone spostrzeżenia oraz kilkanaście przypadków, opisanych w pracy: „O stosunku porażeń mózgowych do różnych kategorii zбочen mowy“, drukowanej w zeszłorocznym roczniku „Gazety Lekarskiej“.

¹⁾ Liczbę tę uważa jedynie za przybliżoną, gdyż faktycznie jest ona daleko większą z powodu braku w wielu przypadkach ścisłych wywiadów, trudności, przedstawiających się przy określaniu sfery umysłowej u małych dzieci, itd.

Opierając się na niniejszej pracy, prelegent uzasadnia, że zboczenia mowy pozostają w ścisłym związku z niedorozwojem, zarówno pod względem przyczyny, jako też metody leczniczej, że lekarz, zajmujący się zboczeniami mowy, winien być obeznany z jego patogenezą, a zakład dla zboczeń mowy jest nieodzowny dla dzieci z niedorozwojem psychicznym, tembardziej, że najcięższe postaci zboczeń mowy zostają tu zazwyczaj kierowane. [Autoreferat].

K. RYCHLIŃSKI jest zdania, że zarówno przy cięższych zmianach anatomicznych mózgu, jak ostre i przewlekłe zapalenie opon mózgowych, *meningo-encephulitis chronica*, stwardnienie mózgu na dużej przestrzeni itd., jak i przy zboczeniach teratologicznych, trudno się spodziewać, aby leczenie idyotyzmu mogło dać jakikolwiek bądź wynik dodatni. Mówca nie pojmuje, co to znaczy leczyć idyotów, i sądzi, że należy jedynie zająć się ich wychowywaniem. Niezbędne są dla tego celu u nas specjalne zakłady wychowawcze, na wzór podobnych, istniejących zagranicą. Zdaniem mówcy, w łżejszych przypadkach idyotyzmu, zwłaszcza spowodowanych stwardnieniami ogniskowymi mózgu, następuje niekiedy poprawa mowy, lecz dzieje się to dzięki siłom przyrody. Mówca podziela pogląd SOLLIER, że jakkolwiek bądź mowa wiele znaczy, nie jest jednak wszystkim, gdyż trzeba znaleźć umysł zdolny do mowy. Dlatego też, nim się zabierzemy do leczenia zboczeń mowy u idyotów, powinniśmy sobie jasno postawić pytanie, w których przypadkach możemy coś zdziałać?

W. GAJKIEWICZ uważa przemówienie RYCHLIŃSKIEGO za zbyt absolutne i teoretyczne i sądzi, że w licznych przypadkach niedorozwoju psychicznego, uwarunkowanych mniej poważnemi zmianami anatomicznemi, wyniki leczenia idyotyzmu mogą być pomyślne, gdyż nie w każdym przypadku idyotyzmu kora mózgowa cierpi całkowicie.

O. HEWELKE wynosi z odczytu to przekonanie, że O. utożsamia leczenie idyotyzmu z leczeniem zboczeń mowy; tymczasem leczenie zboczeń mowy może być tylko jedną z dróg, mających na celu wychowanie idyotów.

OLTUSZEWSKI odpowiada, że w odczycie swym zaznaczył, iż idyotyzm, uwarunkowany rozległemi zmianami anatomicznemi lub zboczeniami teratologicznemi, należy do nieuleczalnych [idyoci zupełni]. Lubo przy dzisiejszych wynikach nauki nie możemy klasyfikować dzieci z niedorozwojem na podstawie anatomii patologicznej, lecz przyjmujemy klasyfikację symptomatyczną i psychologiczną, jednak zupełny upadek sfery psychicznej pozwala nam przypuszczać zmiany, o których mówi RYCHLIŃSKI. Pozostałe kategorie dzieci z niedorozwojem, a więc idyoci niezupełni, głuptacy i zacofani, u których zmiany są mniej obszerne, w zupełności nadają się do leczenia, co stwierdzają zarówno spostrzeżenia OLTU-

SZEWSKIEGO, jako też i wyniki dodatnie, widziane przezeń w Bicetrè oraz innych zakładach zagranicznych. U tej ostatniej kategorii idiotów może nastąpić siłami przyrody pewna nieznaczna poprawa sfery umysłowej oraz zboczenia mowy, występuje ona jednak dopiero w okresie szkolnym lub nawet później, uniemożliwiając do tego czasu rozpoczęcie prawidłowego kształcenia umysłu dziecka.

HEWELKEMU odpowiada O., że bynajmniej nie utożsamia leczenia idiotyzmu z leczeniem zboczeń mowy, gdyż to ostatnie prowadzi się równolegle z rozwijaniem się sfery umysłowej.

RYCHLIŃSKI w replice zaznacza, że klasyfikacja symptomatologiczna, której się zamierza trzymać prelegent, mniej musi być opracowaną, niż anatomo-patologiczna, chociażby z tego względu, że rozstręgowanie normalnego indywidualizmu ludzkiego jest nader trudnem, tem trudniejszym przeto będzie klasyfikowanie idiotów według stanu władz umysłowych. Zresztą, czy tej, czy innej klasyfikacji trzymać się będziemy, nie ulega wątpliwości, że na uwagę przedewszystkiem powinniśmy mieć rozwój u idiotów pojęć, a nie wyrazów. Uczenie mowy tych osobników, u których brak pojęć, będzie mieć w skutku tylko wyrobienie automatycznej frazeologii.

OZTUSZEWSKI odpowiada, że, zgodnie z większością autorów, przyjmuje wyłącznie klasyfikację symptomatyczną i psychologiczną. Terminu „leczenie idiotyzmu“ używa O., zarówno jak i inni lekarze, zajmujący się niedorozwojem, z tego względu, że do prowadzenia kuracyi nie wystarczy znajomość pedagogiki, lecz niezbędnem jest i dokładne zdawanie sobie sprawy ze zmian materialnych niedorozwoju oraz psychologii patologicznej. Wszak nie nazwiemy wychowaniem stosowania w analogicznych warunkach psychoterapii przy leczeniu histeryi, neurastenii, jak również nikt nie nazwie wychowaniem zabiegów ortopedycznych, leczenia masażem itd. Zresztą, leczenie idiotyzmu bynajmniej nie wyłącza używania w bardzo wielu przypadkach środków lekarskich, działających na układ nerwowy, jak hydroterapii, bromu, środków nasennych itd. Również należy zaznaczyć, że idyoci podlegają różnym chorobom, ze względów zrozumiałych trudniejszym do rozpoznania, aniżeli u dzieci prawidłowych, a które to choroby należy odpowiednio leczyć.

VI. PREZES podaje do wiadomości, że PUŁAWSKI, z powodu wyjazdu na stałe zamieszkanie do Nałęczowa, prosi Towarzystwo o zwolnienie go z obowiązków Zarządzającego Kasą Wsparcia Wdów i Sierot po lekarzach.

VII. PREZES zarządza głosowanie tajne nad wyborem nowego Zarządzającego Kasą Wsparcia. W 1-em głosowaniu nikt wymaganej większości nie otrzymał. W 2-iem głosowaniu obrano M. JAKOWSKIEGO.

VIII. PREZES zarządził głosowanie nad wyborem 2 Członków Komitetu Kasy Wsparcia. W 1-em głosowaniu wymaganą większość głosów otrzymał i wybrany został SAWICKI Bronisław. W powtórne głosowaniu nikt wymaganej większości nie otrzymał. Dalsze wybory PREZES odłożył do następnego posiedzenia. Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz.*

Sekretarz *J. Winarski.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 3 Października 1899 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 52 i gości 3.

T r e ś ć: B. JAKIMIAK.—Przedstawienie chorego z naczyniakiem kędzierzastym (*Angiona cyrsoides*) na twarzy.

S. CETNAROWICZ.—Kilka uwag z powodu pobytu ruchomego oddziału okulistycznego w Suchedniowie.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. PREZES wita obecnych na posiedzeniu gości: kol. JARNUSZKIEWICZA, UŚCIŃSKIEGO i WAGNERA

III. Biblioteka otrzymała w darze od Wł. JANOWSKIEGO 7 tomów Sprawozdania z kongresu międzynarodowego w Budapeszcie w r. 1894.

IV. PREZES oznajmia, że komitet stypendyalny imienia D-ra KOCZOROWSKIEGO na posiedzeniu w dniu 29 Września r. b. przyznał stypendya po 300 rubli rocznie na rok 1899—1900 następującym studentom medycyny: 1) Borzęckiemu Tadeuszowi, 2) Gryglewiczowi Teofilowi, 3) Jarzyńskiemu Janowi, 4) Kizlerowi Józefowi, 5) Kowalczewskiemu Józefowi i 6) Koczorowskiemu Władysławowi.

Stypendyum z zapisu D-ra Ignacego GOŁĘBIOWSKIEGO w kwocie 250 rubli postanowiono przyznać na rok 1899—1900 studentowi Cyrklerowi Henrykowi.

Lista powyższych stypendystów będzie przedstawioną do zatwierdzenia Kuratorowi Okręgu Naukowego Warszawskiego.

V. B. JAKIMIAK przedstawił 66-letniego mężczyznę z *angioma cyrsoides* na prawym policzku. Chory ten urodził się z maulenką [wielkości ziarnka prosa] plamką czerwoną na skórze prawego policzka. W miarę wzrostu plamka ta powiększała się. W 46-ym roku życia chory zauważył, że na plamie zaczęły występować guziczki, mniej lub więcej wyniosłe, które również stopniowo się powiększały. Obecnie guz przedstawia się w postaci gro-niastego narostu, składającego się z 2 części, każda wielkości dużego kartofla; guz ma barwę ciemno-wiśniową. Nowotwór rozszerzył się na błonę śluzową prawego policzka i na prawe górne dziąsło. Z 8 dzieci chorego—2 ma naczyniaki na pośladkach.

VI. S. CETNAROWICZ wygłosił: „Kilka uwag z powodu pobytu ruchomego oddziału okulistycznego w Suchedniowie“.

Zaznaczywszy we wstępie działalność towarzystwa opieki nad ślepych w Cesarstwie i omówiwszy tamtejszą organizację ruchomych oddziałów okulistycznych jako jednego ze środków walki z cierpieniami oczu wśród ludności Cesarstwa, prelegent uważa za korzystne przeniesienie na nasz grunt podobnych ruchomych oddziałów choćby z następujących względów:

1) Oddziały ruchome wskażą nam miejscowości, gdzie mamy najwięcej chorych na oczy.

2) Wykształcą nam na tyle okulistów na prowincyi z pośród lekarzy prowincjonalnych, przyjmujących udział w pracach oddziałów w charakterze pomocników zarządzających oddziałami, iż będą nie gorszymi okulistami, niż są np. akuszerami.

3) Skierują ludność, cierpiącą na oczy, po porady do lekarza, a nie do znachorów i wogóle osób, nie uprawnionych do zajmowania się leczeniem chorób oczu.

4) Zwrócą uwagę odnośnych władz i sfer na sprawę leczenia u nas oczu i zapobiegania ślepotie, a może w ten sposób urzeczywistni się drugi, dzielniejszy środek zwalczania ślepoty—zakładanie stałych oddziałów ocznych przy szpitalach prowincjonalnych.

Liczba oddziałów ruchomych na początek może być niewielką. zwłaszcza jeżeli weźmiemy pod uwagę istnienie w kilku miejscowościach Królestwa okulistów [Łódź, Lublin, Kielce, Radom, Łomża, Częstochowa]; tym należałoby ułatwić udzielanie bezpłatnej pomocy niezamożnym chorym na oczy.

Dalej prelegent wspomina o głosach, które w swoim czasie przeciwne były wysyłaniu oddziałów ruchomych; przytacza szczegółowo głos organu specjalnego „Postępu okulistycznego“ i dziwi się przedwczesnemu przesądzeniu przez te głosy całej sprawy, jakoby nie odpowiadającej istotnej naszej potrzebie i warunkom.

Nie odmawia wysokiego znaczenia organizowaniu stałych oddziałów okulistycznych na prowincyi, jednakże wspomina, iż w swoim czasie o wyborze pomiędzy organizacją stałej pomocy na prowincyi a wysyłaniem ruchomych oddziałów nie mogło być mowy, gdyż proponowano tylko ten drugi środek; należało go więc przyjąć, tembardziej, iż ten ostatni, wprowadzony tytułem próby, nie wyklucza możliwości wprowadzenia stałej na prowincyi pomocy. Ruchome oddziały, wysłane w roku bieżącym, nie miały charakteru koczowniczego, przebywały bowiem w danej miejscowości najmniej przez 4 tygodnie; każdy był prowadzony pod kierunkiem obznajmionego ze specyalnością lekarza; oddziały miały, prócz ambulatoryum, i stałe łóżka, nie się tu dorywczo nie robiło, a odpowiednie zaopatrzenie oddziałów w środki opatrunkowe i narzędzia dawały im możność prowadzenia pracy nie gorzej, jak to ma miejsce na stałych oddziałach.

W Suchedniowie oddział przebywał przez 6 tygodni pod kierunkiem CETNAROWICZA, rozporządzał 25 łóżkami, udzielił 670 chorym 1392 porady; w szpitalu tymczasowym leczono 53 chorych, którzy spędzili 838 dni szpitalnych. Niewidomych nieuleczalnych zanotowano 57, niewidomych na jedno oko 87, jako powód ślepoty w znacznej części przypadków notowano ospę, jaglicę, zanik gałki ocznej, spowodowany bądź urazem, bądź wrzodami rogówki. Operacyi dokonano 167. Chorzy płacili, stosownie do orzeczenia komitetu, za poradę po 10 kop., ubodzy leczyli się na koszt właściwych gmin. Utrzymania chorych szpitalnych podjęły się również odpowiednie gminy.

Wyniki operacyjne były wogóle dobre.

Wybór miejscowości z racyi dogodnej komunikacji [Suchedniów leży na szlaku drogi żelaznej Iwangrodzko-Dąbrowskiej] był szczęśliwy; chorzy napływali ze wszystkich powiatów gubernii Kieleckiej i Radomskiej, często ze znacznych, bo przenoszących 130 wiorst, odległości; kuracyi i zabiegom operacyjnym poddawali się chętnie i z całem zaufaniem.

Pomocnikami zarządzającego oddziałem był lekarz miejscowy dr. WIGURA i student p. Borowski; obaj przyjmowali czynny udział w pracy oddziału.

Korzyści, jakie, zdaniem CETNAROWICZA, odnosi ludność z pobytu oddziałów są dwojakie: po pierwsze, oddział spełnia swoje najbliższe zadanie, radykalnie leczy ociemniałych [wydobycie zaćmy, irydektomja—w Suchedniowie naliczono takich przypadków 51], sprawia ulgę w cierpieniu, często leczy chorych z cierpieniami przewlekłemi, bądź to dzięki dalszemu leczeniu przez lekarza miejscowego, który przyjmuje czynny udział w pracy oddziału i ma tem samem możność zapoznania się z chorobami oczu; bądź dzięki właściwym wskazówkom oddziałów.

Powtórę, oddział spełnia zadanie cywilizacyjne, może bowiem poznać warunki higieniczne miejscowości, wśród której pracuje, ułożyć statystykę cierpień oczu, wskazać środki do walki z temi cierpieniami, wykazać znaczenie czystości i ochędóstwa, jako środków do walki z nieprzyjaciołmi, przekonać ludność o możliwości i skutecznem leczeniu przy pomocy nauki, a nie znachorów i szarlatanów, zachęcić lekarzy prowincjonalnych do studyowania okulistyki, wykazać im potrzebę konieczną znajomości tej gałęzi medycyny, wreszcie w ten sposób może zachęcić właściwe władze do tworzenia przy szpitalach gubernialnych i powiatowych stałych oddziałów okulistycznych.

Na zakończenie CETNAROWICZ przytacza ścisłą statystykę widzianych w Suchedniowie przypadków, z której okazuje się, iż prawdziwą plagą na prowincyi jest jaglica z całym szeregiem powikłań; stanowi ona 22^o/_o wszystkich cierpień oczu. Środkiem przeciw temu cierpieniu, zdaniem prelegenta, może być tylko wczesne leczenie i profilaktyka, co leży tylko w rękach lekarzy zamieszkałych na prowincyi i mających bezpośrednią styczność z ludnością wsi i miasteczek. [Autoreferat].

W dyskusyi W. KAMOCKI przypomina, że w Cesarstwie pierwszy BELLARMINOW rzucił myśl utworzenia oddziałów okulistycznych, która podjęta i rozwinięta została przez Towarzystwo opieki nad ślepyimi. Najpoważniejsze jednak głosy prasy rosyjskiej [dość przypomnieć Chodina, Adamiuka], nie wyrażały się pochlebnie dla tej sprawy. Ze sprawozdań, składanych przez kierowników takich oddziałów, przekonać się można, że często lekarze miejscowi niechętnie widzieli u siebie kolegów z miast uniwersyteckich; lekarze ci bardzo często nie przyjmowali udziału w pracach oddziałów.

Nawiązując rzecz do odczytu CETNAROWICZA, KAMOCKI nie sądzi, aby lekarz, który w czasie kursów uniwersyteckich mało zajmował się okulistiką, chciał i mógł, ze względu na swą zwykłą mozolną pracę, zająć się jedynie chorobami oczu podczas bytności oddziału.

Zdaniem KAMOCKIEGO, oddział może tylko wyoperować wszystkie, udające się do operacyi, przypadki, co zresztą nie jest głównem zadaniem oddziału. Dla walki z jaglicą oddziały nie mogą mieć wielkiego znaczenia. Pobyt bowiem oddziału choćby 6 miesięczny, dla jaglicy nic nie robi, gdyż jest to cierpienie prawie nieuleczalne, jeżeli się rozwinie. W leczeniu tego cierpienia potrzeba stałej pomocy lekarskiej. KAMOCKI sądzi, że jedyną skuteczną rzeczą dla leczenia cierpień oczu na prowincyi byłoby kształcenie lekarzy prowincjonalnych w tej gałęzi medycyny. Należałoby dać lekarzom prowincjonalnym możność pracowania

przez kilka miesięcy w większych miastach w oddziałach dla chorych z cierpieniami oczu.

J. STEINHAUS nie chce poruszać kwestyi, czy oddziały będą korzystne, czy też nie. Idzie mu przede wszystkim o materiał, przedstawiony przez CETNAROWICZA. W statystyce swej C. podaje, że odsetka ślepych, którzy się zgłosili o poradę do oddziału, przewyższa 8, nie mówi jednak skąd ci ślepi pochodzili, t. j. z jakich [bliższych czy dalszych] miejscowości? Gdyby C. obliczył, ilu chorych było z każdego powiatu, a wśród tej liczby—ślepych, to statystyka z pewnością byłaby inną. S. nie może przypuścić, aby procent ślepych był tak znaczny, większy niż w statystykach, podawanych z Cesarstwa. Co do cierpienia worka łzowego, S. zapytuje, do jakiej narodowości chorzy ci należeli, ilu było żydów, a ilu chrześcijan? Ilu mężczyzn, a ile kobiet? Taka bowiem tylko statystyka może nam dopiero dać pojęcie w tej kwestyi.

Co się tyczy młodszych prowincjonalnych lekarzy, to, zdaniem STEINHAUSA, są oni w większości przypadków obznajmieni z okulistyką; bardzo często dobrze leczą i wiedzą, kiedy wysłać chorych do specjalisty. Na podstawie swoich danych STEINHAUS sądzi, że pomoc lekarska na prowincyi w chorobach oczu nie jest tak złą.

Co do *blennorrhoea neonatorum*, cierpienia, które bardzo często może spowodować ślepotę, a którego przypadków CETNAROWICZ nie spostrzegał, to STEINHAUS tłumaczy to sobie tą okolicznością, że oddział przebywał w Suchedniowie latem, kiedy bywa najmniej porodów, przez co cierpienie to mogło nie być notowaniem.

B. R. GEPNER [syn] zwraca się również do statystyki CETNAROWICZA, z której widać, że udzielono porad przeszło 1000. Z góry można było przewidzieć, że do oddziału zgłoszą się wszyscy ślepi, chorzy z przewlekłymi cierpieniami, którym nic albo niewiele pomódz można; a, jak to widać ze statystyki, 22⁰/₁₀₀ stanowili chorzy z jaglicą. GEPNER zapytuje więc, co się stanie z tymi chorymi, którzy po kilku miesiącach nie będą mogli zgłosić się do lekarza? Następnie GEPNER zapytuje, czy w statystyce CETNAROWICZA wprowadzone były rubryki, ilu chorych zostało wyleczonych, u ilu nastąpiła poprawa, aby wiedzieć faktyczną wartość oddziału.

Zdaniem GEPNERA, oddziałów ruchomych nie należy uważać za rzecz złą, lecz za sprawę za mało dobrą, aby je popierać.

K. RYCHLIŃSKI zabiera głos z powodu sprawy ogólnej, a mianowicie sprawy racjonalnego leczenia ludu i sądzi, że prawdziwa pomoc może być tylko wtedy, gdy będą założone oddziały stałe.

RYCHLIŃSKI nie zgadza się z CETNAROWICZEM, aby zarządzający oddziałem mógł w krótkim czasie nauczyć okulistyki lekarza prowincjonalnego.

W odpowiedzi na powyższe uwagi CETNAROWICZ zaznacza, że w jego przekonaniu oddziały ruchome mogą stanowić tylko jeden ze

środków do walki z chorobami oczu i najłatwiej w naszych warunkach można je zastosować. Nie ulega wątpliwości, że oddziały stałe będą lepsze. Wobec jednak tego, że obecnie proponowano tylko pomoc czasową, w postaci oddziałów ruchomych, należało więc ją przyjąć, aby choć w ten sposób przynieść ulgę cierpiącym na prowincyi.

Lekarze na prowincyi sami czują potrzebę kształcenia się w okulistyce, gdyż uznają tego konieczność. Co do statystyki zapalenia worka łzowego, to CETNAROWICZ jest tego zdania, co i STEINHAUS, a jakkolwiek nie zajmował się specjalnie tą kwestyą, może powiedzieć, że sprawa ta u żydów zdarza się częściej, niż u chrześcijan.

GEPNEROWI odpowiada, że w walce z jaglicą pomoc w ruchomych oddziałach ma takie znaczenie, jak w specjalnych stałych ocznych oddziałach: dopóki chory się leczy, czuje poprawę; skoro zaś zaprzestanie leczenia, sprawa znowu występuje.

Co do statystyki ślepych i wypływających stąd mniej korzystnych danych u nas, niż w Cesarstwie, to CETNAROWICZ zaznacza, że brał liczby z odnośnych sprawozdań i zdaje się, że praca oddziałów odbywała się w jednakowych warunkach.

Na co PREZES zwrócił uwagę, że obie statystyki w podobnych warunkach nie odpowiadają rzeczywistym danym.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *St. Markiewicz.*

Pom. Sekretarza: *A. Łogucki.*

Posiedzenie kliniczne dnia 17 Października 1899 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 72

- T r e ś ć:** Wł. JANOWSKI. — Sprawozdanie z wydawnictwa Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za rok bieżący.
A. KOZERSKI. — Przedstawienie chorej po wyleczeniu raka skóry nosa.
A. SOKOŁOWSKI. — Alkohol w etyologii i terapii chorób dróg oddechowych.

Wybór W. KAMOCKIEGO na Członka Komitetu
Kasy Wsparcia.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Biblioteka otrzymała w darze odbitki prac JOTYKI, GROSLIKA i NEUGEBAUERA oraz kilka zeszytów „Medicinisher Anzeiger“.

III. Wł. JANOWSKI, Redaktor Pamiętnika Towarzystwa, odczytał sprawozdanie z wydawnictwa Pamiętnika za rok bieżący. Sprawozdanie to, stosownie do Regulaminu Towarzystwa, będzie wydrukowane w Pamiętniku w roku przyszłym.

W końcu sprawozdania JANOWSKI, wyliczywszy kosztą druku wydawnictwa Pamiętnika, przedstawia, że należy powiększyć fundusz na wydawnictwo, gdyż przeznaczony obecnie nie wystarcza. Redaktor z tego powodu nie może drukować wszystkich prac, nadsyłanych do Pamiętnika, zwłaszcza wymagających tablic.

SOKOŁOWSKI, podnosząc zasługi ostatnich dwóch redaktorów Pamiętnika, JAKOWSKIEGO i JANOWSKIEGO, sądzi, że nawoływania JANOWSKIEGO o powiększenie funduszu na wydawnictwo są słuszne; wnosi przeto, aby kwestya ta była poruszona na posiedzeniach Zarządu. Na co PREZES oznajmia, że Zarząd jest zajęty obecnie układaniem budżetu na rok przyszły, a Redaktor Pamiętnika, jako członek Zarządu, zapewne będzie gorącym rzecznikiem w tej sprawie. PREZES proponuje przeto, aby dyskusję nad tą kwestyą odłożyć do czasu dyskusyi nad budżetem, który będzie przedstawiony Towarzystwu.

IV. A. KOZERSKI przedstawił chorą, która zgłosiła się do niego przed kilku miesiącami z wrzodzącym rakiem skóry nosa. KOZERSKI zalecił wówczas chorej pędzlowanie z 1% roztworu kwasu arsenowego. Chora zalecone pędzlowanie robiła przez kilka miesięcy. Obecnie na miejscu nowotworu znajduje się bliznowata tkanka. Chora czuje się zupełnie dobrze.

V. A. SOKOŁOWSKI wygłosił odczyt p. t.: „Alkohol w etyologii i terapii chorób dróg oddechowych“.

Poświęciwszy we wstępie kilka słów sprawie walki z gruźlicą wogóle i umotywowawszy cel urządzania sanatoryów dla chorych gruźliczych ze względów humanitarnych i społecznych, prelegent zastanawia się nad ważnością podjęcia walki z gruźlicą w sensie etyologicznym, wykazując szereg czynników, które odgrywają niepoślednią w powstawaniu gruźlicy rolę. Do liczby takich czynników, wpływających na powstawanie i szerzenie się gruźlicy płuc, *resp.* usposabiających do tej choroby, należy niezaprzeczenie alkoholizm. Bezpośredni szkodliwy wpływ alkoholu na organizm przejawia się w zmniejszeniu się odporności ustroju alkoholików na zarazki chorób, czego wyrazem jest u takich osobników czę-

stość chorób zakaźnych ostrych. Pośredni wynik działania alkoholu jest więcej wyraźny, ponieważ sprzyja rozwijaniu się całego szeregu momentów, ułatwiających rozwój gruźlicy, już nie tylko u danego osobnika, ale i u jego najbliższego otoczenia. Do tych czynników należy zaliczyć zubożenie rodziny alkoholika, wywołane codzienną stratą na alkohol, przez co cała rodzina zaczyna odżywiać się niedostatecznie, przenosi się do coraz gorszych i szczuplejszych mieszkań, a tem samem w całej rodzinie rozwija się mniejsza odporność, przytem powstaje szereg momentów, moralnie deprymujących całą rodzinę [wymówki, kłótnie, niesnaski, złe nałogi i wady u dzieci], jednym słowem rozwijają się obok upadku moralnego wybitne cechy t. zw. pauperyzmu. I doświadczenia kliniczne we wszystkich krajach oddawna wykazały, że alkoholizm usposabia w wysokim stopniu do suchot [CLARK, LANCEREAUX, RICHARDSON i wielu innych] Statystyka zebrana przez DRISDALE'a w szpitalu dla suchotników w Londynie, wykazała, że większość suchotników, zapadłych na tę chorobę między 40 a 50-ym rokiem życia, należała do kategorii pijaków. Według statystyki FIRKS'a na 1000 zejść śmiertelnych u kelnerów—528 ma za powód gruźlicę płuc. Statystyka SOKOŁOWSKIEGO na 150 suchotników, leczonych w ostatnich czasach w szpitalu, wykazała u 45 [30%] nadużycie alkoholu.

Zdaniem SOKOŁOWSKIEGO, w klasach tak zwanych lepszych, a nawet najzamożniejszych, gdzie wszelkie inne czynniki, osłabiające organizm, dawały się wykluczyć, w wielu razach należało przypisać rozwój gruźlicy nadmiernemu używaniu alkoholu. To samo da się powiedzieć o gruźlicy płuc, powstałej u mieszkańców wsi, a nawet u górali, zamieszkujących w wyborzych warunkach klimatycznych — i tu najczęstszą przyczynę choroby stanowi alkoholizm. Prelegent przytacza na potwierdzenie powyższego fakt, zakomunikowany mu przez kł. Karewskiego ze Szląska, że suchoty nie są tam rzeczą rzadką i występują głównie we wsiach, w których mieszkańcy nadużywają alkoholu.

Z kolei SOKOŁOWSKI zastanawia się nad kwestyą, w jaki sposób u tej ostatniej kategorii ludzi nadmierne użycie alkoholu może wpływać na rozwój gruźlicy, i sądzi, że w tych wypadkach, obok momentów ogólnych, t. j. usposabiających do infekcyi gruźliczej na drodze osłabienia organizmu, działać muszą i wpływy pośrednie, t. j. wywołujące zaburzenia w aparatach krążenia i oddychania. U każdego alkoholika po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu występują typowe zmiany, przeważnie w gardzieli i krtani; zmiany te z czasem szerzą się niżej, powodując uporeczone katary tchawicy i oskrzeli z następującą rozedmą płuc. U większości tych chorych w następstwie rozwija się postać gruźlicy, którą prelegent w swoim czasie opisał i scharakteryzował, jako *phthisis pulmonum emphysematosa*.

W aparacie krążenia alkohol wywołuje cały szereg zmian w naczyniach i w odżywianiu mięśnia sercowego. Przerost z następującą niedomogą mięśnia sercowego powoduje ze swej strony cały szereg zaburzeń w narządach oddechowych. Zmiany te osłabiają w wysokim stopniu tkanki tych narządów, usposabiając je do zakażenia gruźliczego. Tą drogą powstają u nałogowych pijaków spostrzegane klinicznie podostrawne postaci suchot płucnych i forma, którą prelegent w swej pracy: „O skrytych postaciach suchot płucnych“ nazwał pseudolobarną [pseudokrupową].

SOKOŁOWSKI doszedł do wniosku, że nadmierne używanie alkoholu wpływa stanowczo nie tylko na powstawanie suchot płucnych, lecz jednocześnie fatalnie oddziałuje na przebieg tej sprawy. Następnie prelegent przechodzi do historii terapii alkoholowej suchot, nadmienając, że w ciągu ostatnich trzech dziesiątków lat leczenie to stało się niezwykle popularnem wśród lekarzy niemieckich, a stamtąd przeszło i do nas. Tutaj opisuje S. stosowanie alkoholu w zakładzie BREHMER'a w Görbersdorfie, gdzie był asystentem przez lat 6 [1874—1880] w czasie najświetniejszego rozwoju zakładu. Alkohol był tam tylko mało znaczącym dodatkiem; zalecano lekkie wino węgierskie w ilości bardzo umiarkowanej i koniak, który stosowano u chorych gorączkujących i pocących się nadmiernie. BREHMER, jako pobudkę do stosowania takiej terapii alkoholowej u suchotników, uważał nie własności odżywcze alkoholu, lecz pobudzające jego działanie na serce. Tym sposobem w Görbersdorfie terapia alkoholowa odgrywała tylko podrzędną rolę, i ze stosowania jej nie widziano jakichkolwiek wyrażnie ujemnych wyników. Dopiero naśladowcy metody BREHMER'a, szczególnie DETTWEILER, WOLFF, TURBAU i inni, nadali alkoholowi w terapii suchot płucnych bardzo wybitne znaczenie. Alkohol używano nie dla pobudzenia serca, lecz w znaczeniu środka czysto odżywczego, przeciwgorączkowego, a nawet wzmacniającego trawienie i apetyt, opierając się na pracach doświadczalnych BINZ'a i jego szkoły. Poglądy DETTWEILER'a i jego zwolenników zaczęto stosować w zakładach Niemczech, a z zakładów tych terapia alkoholowa weszła szybko w ogólne użycie lekarzy praktyków.

Jednakże doświadczenia kliniczne przekonały SOKOŁOWSKIEGO, że podawanie alkoholu w powyżej wymienionych celach bywa bezskuteczne, często nawet szkodliwe, co skłoniło go do zaniechania w zupełności alkoholu, nie tylko u suchotników, lecz wogóle u chorych z cierpieniami dróg oddechowych. Na poparcie tego prelegent przytacza tutaj odpowiednią kazuistykę.

I w Niemczech w ostatnich latach również wystąpiły liczne głosy nie tylko za ograniczeniem alkoholu u suchotników, lecz nawet za zupełnem jego wyrugowaniem, co jest kwestyą nie tylko

terapeutyczną, lecz ekonomiczną i społeczną; z jednej strony bowiem ograniczy to koszt utrzymania chorego, z drugiej zaś chorzy po ukończeniu kuracyi nie tylko sami nie będą nadal pić alkoholu, lecz będą i propagatorami wstrzeźliwości wśród swego otoczenia. Tutaj prelegent podaje wyliczenia D-ra SZNELER'a, z których widać, jak wiele pochłaniają napoje alkoholowe w 4 berlińskich przytułkach dla biednych chorych.

Następnie SOKOŁOWSKI rozbiera dane, zdobyte drogą eksperymentu farmakologicznego, na których podstawie zwolennicy stosowania alkoholu przypisywali mu własności środka, oszczędzającego w ustroju tłuszcz i białko, i środka odżywczego, i dochodzi do wniosku, że powyższe jakoby dodatnie własności alkoholu zostały w ostatnich czasach zakwestyonowane. Dalej rozpatruje przeciwgorączkowe własności alkoholu, wykazując mało znaczące jego działanie pod tym względem. Wreszcie, zdaniem prelegenta, alkohol wpływa szkodliwie na system nerwowy.

W końcu SOKOŁOWSKI zaznacza, że to, co powiedział o bezskuteczności, a właściwie o szkodliwości terapii alkoholowej w przebiegu suchot płucnych, da się zastosować i do innych przewlekłych cierpień dróg oddechowych, w których leczeniu alkohol w ostatnich czasach stosowano *larga manu*.

I w leczeniu ostrych gorączkowych chorób dróg oddechowych SOKOŁOWSKI w ostatnich latach zaprzestał w zupełności stosowania alkoholu, zastępując go w okresach osłabienia działalności serca środkami pobudzającymi, a więc kofeiną, kamforą itd., i ma wyniki nie gorsze, a nawet lepsze, niż przy stosowaniu terapii alkoholowej [ze 116 chorych, dotkniętych ostrem zapaleniem płuc, leczonych bez alkoholu na oddziale w ostatnich czasach, zmarło 7, t. j. 6%].

Zdaniem prelegenta, szkodliwość terapii alkoholowej można również wykazać i w leczeniu innych chorób narządów wewnętrznych, a szczególnie cierpień kanału pokarmowego i układu nerwowego.

W dyskusyi prof. BARANOWSKI zaznacza, że SOKOŁOWSKI w odczycie swym poruszył kwestyę bardzo ważną, gdyż obecnie sprawa walki z powodu nadużywania alkoholu stała się powszechną. Pewne fakty, zaobserwowane w tej sprawie we Francyi, spowodowały, że agitacya przeciw alkoholowi, która wyszła z Anglii w sektach Armii Zbawienia, zajęła umysły społeczeństw. Agitacya ta wkroczyła i w dziedzinę medycyny. Nadużywanie alkoholu bez zaprzeczenia jest szkodliwem, i podawanie alkoholu w znacznej ilości i w znacznem stężeniu jest rzeczą zdrożną, gdyż w tym razie alkohol wywołuje zatrucie ustroju. Wniosekować jednak, aby alkohol, w miarę użyty, mógł być szkodliwym, trudno, i prof. BARANOWSKI z wielką tolerancją traktuje używanie alkoholu, jako środka

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

lecniczego, który, jak wykazały doświadczenia GLUZIŃSKIEGO, w rozczyinach 10⁰/₀ i w odpowiedniej ilości nie wywiera ujemnego wpływu na trawienie. Lekarz często nie może się obejść bez alkoholu, jako jednego ze środków podniecających. Jeżeli więc wykluczemy alkohol, musimy go zastąpić przez inny jakikolwiek środek. O wynikach działania alkoholu, jako środka podniecającego, da się powiedzieć to samo, co o używaniu np. kofeiny i wogóle innych środków podniecających. Również alkohol, używany jako lek obniżający ciepłotę, przez to, że truje protoplazmę komórek i działa jak eksfiksja, wywołuje w ustroju toż samo działanie, jak inne środki obniżające ciepłotę. Bez alkoholu więc, jeżeli bywa rozsądnie używany, jako środek farmakologiczny, obejść się trudno. Prof. BARANOWSKI zgadza się na usunięcie alkoholu z zakładów leczniczych dla biednych chorych.

WICE-PREZES zrobił by zarzut w pierwszym rzędzie z tego względu, jak trudno jest stosować często jakikolwiek lek w chorobach i sądzić, czy dany środek bywa skuteczny, czy też nie. Dotyczy to i alkoholu. Kwestyę farmakologiczną należy zawsze postawić czysto. Jako środek podniecający, alkohol ma tę wyższość przed innymi podobnymi środkami, że jest przyjemny w użyciu, jest używką. Bez alkoholu obejść się trudno, mając tylko choćby to na uwadze, że żywy organizm żyć bez podniecia nie może, a podniecia mają niezmierną doniosłość i w rzeczach społecznych, z czem lekarze zawsze powinni się liczyć. Należy jednak rozróżniać użycie od nadużycia. Nadużywanie alkoholu jest bez zaprzeczenia szkodliwem.

M. REJCHMAN sądzi, że z rozpowszechnienia się alkoholu i innych używek należy wnosić, iż dla ludzkości były to środki potrzebne. W miarę używania używek zaczęły się narządy do nich przyzwyczajać, i umiarkowane ich używanie szkody organizmowi sprawić nie może. Inna kwestya z nadużywaniem. Co się tyczy leczniczego wpływu alkoholu na narządy trawienia, to niema danych, któreby przemawiały za leczniczem jego działaniem na żołądek, gdyż tu się alkohol wchłania. Alkohol nie pobudza czynności ruchowej żołądka, a to, co niektórzy klinicyści utrzymują, że alkohol działa na kiszkę, zapewne należy przypisać korzeniom, zawartym w napojach alkoholowych. Na czynność wydzielniczą żołądka umiarkowane dozy alkoholu również nie mają wybitnego wpływu; w małych dozach alkohol wywołuje wzmoczenie wydzielania się soku żołądkowego, w większych zaś dozach zmniejsza wydzielanie się soku. Bez alkoholu w terapii chorób żołądka obejść się można.

K. DOBRSKI jest zdania, że SOKOŁOWSKI stanął na bezwzględ-nem stanowisku przeciw używaniu alkoholu. Doświadczenie jednak przekonywa nas, że niewielkie dozy alkoholu, jakie mamy np. w kefirze i kumysie, są dobrze znoszone.

S. BRONOWSKIEGO szpitalna statystyka SOKOŁOWSKIEGO nie przekonywa, gdyż do statystyki tej wchodzi pewna część ludzi nerwowych, wrażliwych, którzy są kandydatami na alkoholików. Ludzie ci zaczynają pić, nie odżywiają się należycie i zapadają na gruźlicę.

W. DĄBROWSKI dzieli odczyt S. na dwie części: w pierwszej widzi zapatrywania prelegenta na wpływ alkoholu na rozwój gruźlicy, w drugiej zaś mowa o używaniu alkoholu w leczeniu wogóle. Co do I-ej części, to DĄBROWSKIEGO przytoczone dane statystyczne nie przekonywają, co do drugiej, to podziela on w zupełności zdanie S. i usunąłby alkohol w leczeniu cierpień przewlekłych, gruźlicy, cierpień nerwowych i anemii. DĄBROWSKI na swoim oddziale w szpitalu zapasowym doszedł do wniosku, że w chorobach ostrych zakaźnych w wielu razach można się obejść bez alkoholu.

Wł. FREIDENSOHN nie sądzi, aby lekarze w Warszawie mieli nadużywać alkoholu w leczeniu chorych; mogło to mieć miejsce gdzieindziej.

A. ŻURAKOWSKI zaznacza, że alkohol czysty jest mało szkodliwy; szkodę przynoszą organizmowi t. zw. bukiety. Czysty alkohol jest w smaku wstrętny, smak zaś w napojach alkoholowych zależy od bukietów, rozmaitych olejków eterycznych i wyższych alkoholów, które są szkodliwe.

E. KORNIŁOWICZ podnosi kwestję nadużywania alkoholu przez ginekologów. Tak zwana *mania puerperalis*, jak się K. przekonał, występuje zazwyczaj po nadużyciach alkoholu.

M. JAKOWSKI przytacza fakt, obserwowany w 2 przypadkach, w których z wydzieliny przetoki kiszkiowej otrzymał alkohol etylowy.

W odpowiedzi na powyższe uwagi SOKOŁOWSKI oświadcza, że w odczycie swym właśnie miał na celu wykazanie szkodliwości nadużywania alkoholu w celach leczniczych; zaznaczył przytem, opierając się na osobistym doświadczeniu, że w większości przypadków można w leczeniu obejść się bez alkoholu; zapatrywania te podzielili w dyskusyi również REJCHMAN i DĄBROWSKI. Nadużywanie alkoholu w leczeniu przez lekarzy nie jest rzeczą tak rzadką, jakby się zdawało. Przeciwnie, SOKOŁOWSKI często widywał chorych, którym lekarze zalecali używanie wina i koniaku w znacznej ilości, przez co występowały u tych chorych rozmaite szkodliwe zaburzenia ze strony ustroju.

Na uwagę prof. BARANOWSKIEGO, że, zamiast alkoholu, należałoby używać w wielu razach w celu podniecenia innych środków pobudzających, S. zaznacza, że od kofeiny, kamfory itp. środków chorego łatwo odzwyczaić; tymczasem z alkoholem inna sprawa. Toż samo da się powiedzieć i o środkach przeciwwgorączko-

wych. Kwestyę alkoholizmu i jego doniosłość dla społeczeństwa wogóle S. poruszył w odczycie tylko nawiasowo.

VI. PREZES zarządził składanie głosów na wybór członka Komitetu Kasy Wsparcia w miejsce M. JAKOWSKIEGO, nadmieniwszy, że na posiedzeniu Zarządu postanowiono, aby przy obliczaniu głosów brana była w rachubę liczba członków, obecnych na posiedzeniu, a nie głosujących, nadto, aby kolegów wywoływać dla składania głosów podług alfabetu. Do obliczania głosów PREZES zaprosił A. ŻURAKOWSKIEGO i S. GROSLIKA.

Członków obecnych było 72, oddało głosy 67. Większością głosów (57) wybrany został W. KAMOCKI.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *St. Markiewicz.*

Pom. Sekretarza *A. Łogucki.*

Posiedzenie nadzwyczajne dnia 19 Października 1899 roku.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 18.

T r e ś ć: H. DOBRZYCKI. — Odczytanie oceny pracy p. t.: „Historya Akademii medyko-chirurgicznej i wydziału lekarskiego Szkoły Głównej w Warszawie“, nadesłanej na konkurs imienia Adama HELBICHA.

Wice-PREZES. — Odczytanie protokołu komisji konkursowej imienia Adama HELBICHA.

Otworzenie koperty, mieszczącej nazwisko autora uwieńczonej pracy.

I. PREZES oznajmia, że posiedzenie zostało zwołane w myśl paragrafu Regulaminu, dotyczącego sposobu przyznawania nagrody imienia Adama HELBICHA. Paragraf ten opiewa, że odczytanie sprawozdania Komitetu o naukowej wartości pracy i otworzenie koperty, mieszczącej nazwisko autora rozprawy uwieńczonej, winno się odbywać na posiedzeniu nadzwyczajnem Towarzystwa w d. 19 Października 4-letniego okresu konkursowego.

II. H. DOBRZYCKI odczytał następującą ocenę jedynej nadesłanej na konkurs pracy p. t.: „Historya akademii medy-

ko-chirurgicznej i wydziału lekarskiego Szkoły Głównej w Warszawie“.

Przysłana Towarzystwu na konkurs imienia Adama HELBICHA, praca p. t.: „Historia Akademii medyko-chirurgicznej i wydziału Lekarskiego Szkoły Głównej“ składa się z dwóch części — a mianowicie, z właściwej historii i materiału dowodowego oraz źródeł. Te ostatnie znowu dzielą się na cztery odrębne części. Pierwsza ma za przedmiot przedstawienie stanu naukowego katedr i gabinetów w Akademii, a następnie na wydziale lekarskim Szkoły Głównej; druga życiorysy wykładających w obu tych instytucjach; trzecią część stanowią akta Akademii i Szkoły Głównej i ważniejsze korespondencje między temi obu instytucjami i władzami, a materiały ten nazwał autor przypisami; ostatnia część zawiera dodatki lub uzupełnienia. Tym sposobem razem wszystkich oddzielnych części, różne tytuły noszących, jest pięć.

W części pierwszej, stanowiącej właściwą historję, kreśli nam autor na wstępie dzieje usiłowań, mających na celu założenie wyższego zakładu naukowego w Warszawie po zamknięciu uniwersytetu warszawskiego. Usiłowania te, podejmowane w r. 1832 i 35, spełzły na niczem, brak zaś naukowego zakładu, któryby mógł dostarczyć krajowi potrzebnej liczby lekarzy, zaczął się uczuwać coraz silniej. Wobec zamknięcia instytucji, mającej przywilej przyznawania stopni naukowych, utworzoną została Rada Lekarska Królestwa Polskiego, której nadano atrybucje wydziału uniwersyteckiego, miała ona bowiem prawo udzielania stopni naukowych po zdaniu przed nią egzaminu, któremu każdy z zagranicznym stopniem przybyły lekarz, chcący praktykować w Królestwie Polskiem, musiał się poddać.

Taki jednak stan rzeczy nie mógł oczywiście uczynić zażość potrzebie i zastąpić wydziału lekarskiego. Niebawem też wszelki ruch naukowy i wydawniczy ustał, gdyż o możności systematycznej pracy wśród takich warunków nawet myśleć nie było podobna. Nie zbrakło jednak na ludziach, którzy, ożywieni miłością nauki pragnęli rozbudzić naukowe życie i wszelkimi siłami je podtrzymać. Do takich przedewszystkiem należał Dworzaczek. Mąż uczony, cały nauce oddany, dzielił się z młodszymi kolegami zdobytymi zagranicą wiadomościami, a mając pod ręką materiał kliniczny, jako naczelny lekarz szpitala ewangelickiego, nie bez korzyści rozwinał swą działalność pedagogiczną. W roku 1837 Andrzej JANIKOWSKI, BOCHLER, LEBEL, LE BRUN, LEO i MALCZ założyli Pam. Tow. Lek. Warszawskiego, przerywając tym sposobem od lat siedmiu zaległą ciszę a w r. 1846 Ludwik NATANSON zaczął sam wydawać Tygodnik Lekarski, bardzo dobre, jak na owe czasy, pismo. Przez długi szereg lat tak Pamiętnik, jak i Ty-

godnik, różne przechodziły koleje, borykając się z obojętnością lekarzy, którzy przeważnie jako wychowawcy zagranicznych wszechnic, nie poczuwali się do obowiązku podtrzymania pisma krajowego i dopiero przybycie SZOKALSKIEGO do Warszawy w r. 1853 zmieniło stosunki na lepsze. SZOKALSKI, znany już jako uczony za granicą, niesłuchanie ruchliwy, a przedewszystkiem niezachwianą wiarę mający, wlał w Towarzystwo nowe życie, stworzył ruch przedtem nie bywały, zachęcając wszystkich do pracy, sam w różnych kierunkach pracując bez wytchnienia, a ta jego działalność była jakoby zapowiedzią wkrótce mającego się urzeczywistnić marzenia, jakim było założenie wyższej szkoły lekarskiej w Królestwie, a które w roku 1857 nastąpiło. Od zamknięcia więc warszawskiego uniwersytetu i z nim wydziału lekarskiego aż do utworzenia Akademii ćwierć wieku z górą upłynęło, a szereg usiłowań, podejmowanych przez ten czas, aby nie oślepnąć w ciemnościach, owo garnięcie się do światła i szukania dróg, prowadzących do niego, to nieopuszczanie rąk wśród najtrudniejszych okoliczności będzie stanowić zewnętrzną kartę tego bezuniwersyteckiego u nas okresu, choć skutki tych usiłowań z natury rzeczy nie mogły przyjąć poważniejszych rozmiarów.

*

*

*

Rzuciwszy pomost pomiędzy zamkniętym uniwersytetem warszawskim, a nowo powstać mającą Akademią, przystępuje autor do skreślenia dziejów i powstania tej ostatniej.

Kampania krymska, która, jak wiadomo, skończyła się wraz ze śmiercią Cesarza Mikołaja I, przekonała rząd, po raz nie pierwszy, iż szkół lekarskich w państwie jest zamało, i że jeden lekarz, przypadający na 30000 ludzi, równa się prawie kompletnemu brakowi lekarzy, nie mówiąc już o braku pomocy lekarskiej podczas wojny. Rząd więc wcześniej nosił się z myślą otwarcia szkoły lekarskiej w Warszawie, skoro już w Maju roku 1855 polecono przedstawić w ministerium oświaty wnioski, dotyczące utworzenia szkoły lekarskiej w Warszawie. Natychmiast też utworzył się komitet *ad hoc* pod przewodnictwem KOCHAŃSKIEGO. Najczynniejszy udział w tym Komitecie przyjął Andrzej JANIKOWSKI, dawny profesor Uniwers. Warszawskiego. Pracowano tak usilnie, niemal gorączkowo, że już w dniu 1-go Sierpnia tegoż, t. j. 1855, roku projekt był gotów. Projekt stawiał żądania więcej niż skromne, że nie powiemy wprost śmieszne, gdyż cały etat, według tegoż projektu, wynosił rb. 29180 rocznie na utrzymanie całej instytucji. Zapewne cyfrę tę podyktowała obawa, aby projekt

podany nie uległ takiemu losowi, jaki stał się udziałem dawnego projektu, podanego w r. 1835, a który to projekt miał jakoby być odrzucony z powodu wygórowanego etatu.

Komisya postanowiła nadać projektowanemu zakładowi skromny tytuł: „W y ż s z e j S z k o ł y L e k a r s k i e j”. Nad wszelkie jednak spodziewanie Rada państwa poczyniła w danym projekcie pewne na jego korzyść zmiany i postanowiła projektowaną instytucję nazwać Akademią medyczną i zrównać ją w prawach z takąż Akademią w Petersburgu. W myśl tego, połączono wygotować nowy projekt, a po wielu pertraktacjach, poprawkach, i korespondencyach, które tu opuszczamy, a które szczegółowo są przez autora w jego pracy przedstawione, nowa ustawa została w dniu 4 Czerwca 1857 roku zatwierdzona, a akademia już jesienią tegoż roku otworzoną została. Wobec wyrażonej przez Cesarza Aleksandra II woli, iż sam w roku następnym, t. j. 1858, Akademię zwiedzi, musiano użyć niesłychanych wysiłków, aby wszystko na czas zorganizować i przepisane wykłady rozpocząć. Miało to i swoją dobrą stronę, gdyż to, coby w zwyczajnych warunkach lat potrzebowało, w ciągu kilku miesięcy musiało być załatwionem i załatwionem zostało.

Akademia została otwartą dnia 1-go Października 1857 roku, a uroczystość zagał długiem przemówieniem KOCHAŃSKI. Wobec takiego pośpiechu, łatwo zrozumieć, jakie niedogodności towarzyszyć musiały zajęciom naukowym w ciągu lat początkowych. Musiano się bowiem mieścić w lokalach prowizorycznych, gabinety i pracownie były jeszcze nie urządzone, środki pomocnicze niemal żadne, biblioteka dzieł współczesnych dla profesorów i studentów jeszcze nie istniała itd. Wszystkie te niedogodności opisuje nam autor szczegółowo. Kreśli również sylwetkę pierwszego prezydenta Akademii CYCURYNA, opisuje jego gorliwe starania celem nawiązania stosunków z zagranicą, aby Akademii zapewnić siły profesorskie, opisuje ciągłe jego narady z miejscowemi ludźmi nauki i doświadczenia, aby z ich rady skorzystać, z czego się okazuje, że starania i bezustanna praca CYCURYNA, który objął władzę w dniu 10 Stycznia 1858, zasługiwały na największe uznanie. Prezydent i profesorowie mieli pracę olbrzymią, naradzając się wspólnie nad rozkładem nauk z semestru na semestr, opracowywali programy, przygotowywali kursy, porządkowali gabinety itd. Podróż CYCURYNA, dwukrotnie przedsięwzięta celem osobistego zaproszenia uczonych do przyjęcia godności profesora w Akademii, nie była bez dobrych rezultatów. Już ten pierwszy rok istnienia Akademii nie przeszedł bezowocnie; pomijając bowiem załatwienie wielu spraw administracyjnych i energiczne zajęcie się urządzeniem odpowiednich pomieszczeń oraz przebudową pałacu Sta-

szczyca, podnieść należy gorliwe zajęcie się przez profesorów Akademii uporządkowaniem polskiego przyrodniczo-lekarskiego słownictwa, tak niezbędnego dla uniknięcia chaosu, mogącego łatwo powstać, gdyby o tem wcześniej nie pomyślano. Dodać należy, iż i nasze Towarzystwo nie mały udział w tej syzyfowej pracy przyjęło.

Nawiązał się nawet pewien między temi obydwoma instytucjami stosunek, który w przyszłości mógł na żywotność i zakres naukowej działalności Towarzystwa bardzo dodatnio wpłynąć. Rok więc akademicki 1857 na 8-y przeszedł dość szczęśliwie, lubo na każdym kroku czuć było niemałe braki, nieodłączne wreszcie od pierwszych kroków, stawianych przez każdą nowopowstającą instytucję. Zdawało się, że w przyszłości rozwój Akademii normalnym będzie szedł torem i prace jej naukowe nie ulegną zakłóceniu. Niestety, stało się inaczej. Horyzont począł się zaciemniać; jakiś gorączkowy stan ośwładnął wszystkiemi, oglądano się za czemś, czego bliżej określić nie umiano.

Na takim to podkładzie pomiędzy młodzieżą a zwierzchnością Akademii powstał zatarg, który w swych skutkach okazał się wielce niepożądanym. Nie chcemy tu powtarzać za autorem różnych szczegółów, tej sprawy dotyczących, bo by nas to zadaleko doprowadziło; powiemy tylko, że zatarg wywołany został przez władzę ogłoszeniem egzaminów z kursu pierwszego na drugi, co było wprost przeciwnem ustawie. Ustawa wyraźnie opiewała, iż istnieją tylko dwa egzaminy — przejściowy z kursu drugiego na trzeci i kończący. Prezydent zaś, w mniemaniu, iż podobnemi extra egzaminami skłoni młodzież do pilniejszego zajęcia się nauką, a odciągnię ich od robót pozanaukowych, wystarał się nie bez trudu o sankcyę swego projektu, gdyż minister dopiero po dwukrotnem wystąpieniu kuratora Muchanowa projekt ten, i to bardzo niechętnie zatwierdził. Ogłoszono też w Maju w roku 1859 o owych egzaminach, rygor, jaki miał im towarzyszyć, kazał się domyślać, że będą ostre. Gdy deputacya, wysłana do prezydenta, powróciła z niczem, oburzenie studentów ujawniło się w postaci zbiorowego podania o uwolnienie i zażądania zwrotu papierów. Sprawa odrazu przybrała położenie bez wyjścia i narobiła takiego kłopotu prezydentowi, iż radzić sobie nie umiał.

Ogół stanął po stronie władzy, obwiniając krewkość młodzieńczą o postępek, mogący pociągnąć fatalne następstwa i zagrozić bytowi Akademii.

Epizod ten bardzo dobrze został przez autora przedstawiony. Prowadząc rzecz swoją dalej, zdaje nam autor sprawę z całego szeregu wstępnych lekcji, wypowiedzianych przez profesorów,

mających objąć katedry im wyznaczone, mówi o instytucji docentów oraz o rozgraniczeniu władzy cywilno-lekarskiej Królestwa od działalności Akademii. Urządzenie klinik, ich szczegółowe etaty, projekty rozbierane na konferencyach Akademii, wszelkie przepisy, przez władze w porządku chronologicznym wydawane, określenie stanowiska adjunktów i ich obowiązki, rzecz o konkursach i omówienie tematów na konkursy podawanych itd. itd., wszystko to aż do zamknięcia Akademii, które nastąpiło w pierwszym półroczu roku akademickiego 1861 na 1862-gi bardzo starannie i z wielką pracowitością zostało przez autora przedstawione.

Nie możemy wdawać się tu w szczegóły i opisywać rządów Wielopolskiego i jego stosunku do Szkoły Głównej oraz rozpatrywać całego szeregu dokumentów godnych odczytania w oryginale, do którego szanownych słuchaczy odesłać musimy; dość gdy zaznaczymy, że też samą metodę ugruntowania się na źródłach i spożytkowania wszelkich współczesnych dokumentów, jaką autor stosował, pisząc historię Akademii, zastosował również i do opracowania historii wydziału lekarskiego Szkoły Głównej, która, jak wiadomo, otwartą będąc w r. 1862 na 3, po swem siedmioletnim istnieniu w roku akademickim 1868 na 9-ty zamkniętą została. Wcielenie Akademii do Szkoły Głównej, czyli zamiana jej na wydział lekarski Szkoły Głównej, bez zawikłania doszła do skutku, i nie przedstawiało momentów, wymagających oddzielnego zaznaczenia.

Na zakończenie autor zastanawia się nad pytaniem: jaki wpływ wywarł wydział lekarski Szkoły Głównej i jego wychowawców na stan nauki lekarskiej w kraju, i dochodzi do wniosku, że wpływ ten był doniosły, a potwierdzenie tego wniosku znajduje autor w rozbudzonem już podówczas zamięłowaniu do ścisłych badań naukowych, w rozwoju ruchu wydawniczego, dotyczącego dzieł i rozpraw lekarskich, bądź to oryginalnych, bądź tłómaczonych, wreszcie w powstawaniu nowych organów lekarskich.

Jak na wstępie wspomnieliśmy, ta pierwsza połowa pracy autora jest najważniejszą i stanowi część zasadniczą, od której opracowania wartość całości zależy. Czyni ona w znacznej części zadość warunkowi konkursu, daje nam bowiem po raz pierwszy jednociągły obraz, osnuty na materiałach, dotąd niespożytkowanych, a chociaż praca ta nie ma cech zbytnej ścisłości, gdyż autor, jak widać, i z ustnych podań, może nie zawsze wiarogodnych, starał się skorzystać, niemniej jednak daje ona jasne pojęcie o przedstawionej epoce, czyta się z zajęciem, szczególnie przez

tych, którzy tę epokę pamiętają, gdyż odtwarza im zgodne z rzeczywistością wspomnienia.

Jeżeli jakiś poważniejszy zarzut tej części pracy autora uczynić można, to ten, że zaczął wprost od faktu zamknięcia uniwersytetu warszawskiego w roku 1831, gdy tymczasem godziło się choć w doraźnym rysie działalność tej instytucji przedstawić i choć krótką opowieścią o jej dziejach historię akademii poprzeździć. Wszakże uniwersytet warszawski był następnej epoki rodzicem, a niejeden z czynnych jego działaczy ponownie na widownię wystąpił i pewną rolę odegrał. Widzimy też w gronie ludzi, którzy nie szczędzili usiłowań w r. 1832-im, 4-ym i 1835, aby u rządu utworzenie choć szkoły lekarskiej wyjednać, WOJDEGO, FIJAŁKOWSKIEGO, JANIKOWSKIEGO i ROLIŃSKIEGO, którzy wszyscy byli profesorami uniwersytetu warszawskiego, a Andrzej JANIKOWSKI dożył czasów Akademii i nawet czas pewien po ustąpieniu CYCURYNA godność jej prezydenta piastował. Istniał więc pomiędzy dawną a nową instytucją pewien na żywej tradycji oparty związek, pewna ciągłość; obraz przeto zyskałby na pełności, gdyby autor był sięgnął nieco głębiej w przeszłość i nieco szerzej był swoje zadanie pojął. I jeszcze jedna uwaga. Czasy o których tylko co wspomnieliśmy, mało są znane dzisiejszemu pokoleniu; można więc było z tej sposobności skorzystać i przedstawić je choćby w doraźnym rysie. Byłoby to autorowi przyszło bez trudności, zwłaszcza, że w ogłoszonej w roku 1893 pracy rektora tu-tejszego uniwersytetu Szczelkowa znalazłby odpowiedni materiał.

II.

Część druga pracy autora nosi tytuł: Stan naukowy katedr i gabinetów w akademii medyko-chirurgicznej i na wydziale lekarskim Szkoły Głównej.

W części tej opisuje autor bardzo szczegółowo kolejno, jakie każda katedra przechodziła, podaje programy wykładów, etaty, trudności, z jakimi walczyć musiały, itd. itd. Podaje też bardzo wyczerpujące opisy gabinetów i wszelkich środków pomocniczych, a w tym względzie pracy jego nie zarzucić nie można. Ocenia też drobnostkowo udział wykładających w organizacji gabinetów, wykazuje co który w tym kierunku zrobił, słowem przedstawia obraz działalności każdego z wykładających, pod którego zawiadywaniem dany gabinet się znajdował. Co do nauczycielskiej działalności profesorów, to autor przedstawia ją obszernie; nie ogranicza się bowiem tylko do wyszczególnienia co który z nich wykładał i jak wykładał, lecz podaje osnowę naukowych poglądów każdego z nich i wyłuszcza kierunki, którym hołdował. Część ta

łączy się organicznie z częścią trzecią, t. j. biograficzną, o której powiemy niżej, i stanowi z nią faktycznie jedną całość, gdyż jedna uzupełnia drugą i wspólnie razem dają nam dopiero wielostronny obraz działalności sił wykładowych, zarówno pod względem praktycznym i teoretycznym, jak i pedagogicznym, administracyjnym i organizacyjnym.

III.

W części trzeciej zawarł autor życiorysy wszystkich wykładających w Akademii medyko-chirurgicznej i na wydziale lekarskim Szkoły Głównej. Poważny poczet 38-iu wykładających w porządku alfabetycznym uszeregowanych, stanowi jakby żywe, przypomnienie ubiegłej epoki. Epoka ta ma jeszcze dziś pewną liczbę wśród nas żyjących swych reprezentantów i nie prędko zapomniana będzie, a gdy tych zabraknie, pozostanie jeszcze na czas długi tradycya w osobach licznych wychowawców, których obie te instytucje wydały, a gdy i tych nie stanie, pozostaną po nich liczne prace o wielkiej żywotności, acz tak krótko trwających instytucji świadczące.

W części tej znajdujemy nie tylko dane biograficzne, lecz i ocenę działalności naukowej każdego z wykładających. Gdy krytyczna ocena naukowej działalności tyłu osobistości, i to osobistości, pracujących w nader różnych kierunkach i specjalnościach, przechodzi zakres możliwości nawet najwszechstronniej przygotowanego historyka, przeto słusznie autor, zrobił iż w tym względzie posiłkował się przeważnie zdaniem innych, specjalnie z danym przedmiotem obeznanych, zyskując tym sposobem grunt pewniejszy dla oceny naukowej wartości każdej przedstawianej przez siebie osobistości. Przedewszystkiem za punkt wyjścia w charakterystyce każdego z wykładających przyjął autor stronę pedagogiczną. Zwraca bowiem pilną uwagę na sam system wykładu oraz na autorów, którymi się w swem nauczaniu każdy z wykładających posiłkował. Jestto w znacznym stopniu słuszne, gdyż dowodzi, że wykładający poglądy danego autora podziela i bądź to ze względów pedagogicznych, bądź czysto naukowych pierwszeństwo mu przed innemi oddaje. Znając przeto ducha i zasadnicze poglądy danego autora, możemy poniekąd urobić sobie pojęcie o samym wykładającym, skoro tenże z obranym przez siebie autorem się solidaryzuje. Taki stan rzeczy był nawet, rzec można, w znacznej liczbie przypadków niemal koniecznym, nie należy bowiem zapominać, że organizacya tak akademii, jak i Szkoły Głównej, zbyt szybko się dokonywała, że zatem większość, zaskoczona wezwaniem dla zajęcia katedry, nie miała czasu na opracowywanie własnych systemów pedagogicznych, musiała więc, w miej-

sce podania swego naukowego *credo*, schronić się pod sztandar, który, w jej przekonaniu najlepiej odpowiadał duchowi czasu i przedstawiał zalety pedagogiczne. W uczelniach dawno istniejących ciało nauczające systematycznie się urabia, świadome zadań, jakie je czeka. Tam niemal każdy wykładający jest sobą, jest jednostką, mającą mniej lub więcej wybitną naukową indywidualność. U nas warunki z gruntu były inne. Ciało nauczające uczyło młodzież i współcześnie samo uczyć się musiało. Wobec takiego zamętu, z którego dopiero w przyszłości pewna samoistość miała się wyłonić, trzeba było przyjąć już coś gotowego, aby tego zamętu jeszcze nie zwiększać. Tak też postąpili pierwsi wykładający w akademii i w Szkole, a autor, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, w właściwie zrobił, nie pomijając wskazania źródeł i podręczników, jakimi się wykładający posilkowali, oraz charakteryzując każdy ze systemów, przez nich przyjęty.

Niezależnie od opisu działalności każdego z wykładających aż do czasu powołania go na katedrę i szczegółów dotyczących tego, gdzie się który z nich kształcił i kogo miał za swego pierwszego naukowego przewodnika w specjalnych studiach, podaje autor wykaz ich prac oryginalnych oraz prac niektórych ocenę.

Najwięcej miejsca poświęca autor klinicystom na wszystkich klinikach, jako mającym przed sobą najobszerniejsze do działania pole. Toż samo rzecz można o przedstawieniu działalności kierujących rozmaitemi pracowniami.

Większość życiorysów, mianowicie tych, które są czerpane z innych autorów, jest pracowicie obrobiona i wyczerpująco przedstawiona. Nie można jednak powiedzieć, aby całość była bez zarzutu. Wogóle w życiorysach tych nie widać odpowiedniej miary. Bo gdy jedne są bardzo obszerne, drugie bardzo krótkie, powiedzmy wprost zaniedbane. Jedne z opisywanych osobistości są przecenione, gdy inne niedocenione; nadto obrazy jednych są pełne i przedstawiają działalność danej osobistości od początku do końca, niemal po dziś dzień, tymczasem, mówiąc o innych, porzucił autor na skreśleniu ich działalności tylko do czasu zamknięcia Szkoły Głównej, opuściwszy czasy późniejsze. Jestto nieuzasadnione, gdyż trzeba było przyjąć jedną zasadę—albo opisywać działalność wykładających zawartą w ramach istnienia Akademii i Szkoły Głównej, albo też doprowadzić ją aż do końca. Autor tego nie miał na uwadze, stąd nierównomierność w opisach, o których wyżej wspomnieliśmy. Spotykamy też w tej części pewne niedokładności, strony faktycznej przedmiotu dotyczące. I tak: metodę wskazań lekarskich CHALUBIŃSKIEGO oceniali mniej lub więcej szczegółowo MARKIEWICZ Stanisław i Władysław BIEGAŃSKI, a nie DOBRZYCKI. W pracy tego ostatniego p. t.: „Rzut oka na społeczno-naukową działalność CHALUBIŃSKIEGO“ znajduje się tylko ogólny

zarys tej pracy CHALUBIŃSKIEGO, a nie rozbiór. O FUDAKOWSKIM autor ma przekonanie, iż był wybitnym chemikiem-fizyologiem. Aczkolwiek uczony ten znał swój przedmiot gruntownie, lecz ani w chemii fizyologicznej, ani w fizjologii nie pozostawił po sobie nic takiego coby, stanowiło punkt zwrotny w nauce lub też płodne w następstwa odkrycie. Mniemam, że wiadomości o zasługach naukowych FUDAKOWSKIEGO czerpał autor ze zbyt przesadnych źródeł, sam nie zgłębiając przedmiotu, gdyż nawet tytuł rozprawy FUDAKOWSKIEGO, napisanej *pro venia legendi*, podał w skróceniu, a nie w całości. Rozprawa bowiem FUDAKOWSKIEGO nosi tytuł: „O trawieniu glutyny oraz ciał w nią przechodzących“ a nie „o trawieniu glutyny“ tylko. GIRSZTOWTA nazywa autor wielkim chirurgiem. Przewszystkiem w historii winno niepodzielnie panować *suum cuique*, a wszelka przesada i szafowanie tytułami, których znaczenie świat całkiem inaczej pojmuje, utrudnia tylko czytelnikowi sprawiedliwe wyrobienie sobie sądu o danej osobistości i nadaje pracy panegiryczny charakter. GIRSZTOWT miał nie małe zalety i tych mu nikt nie zaprzeczy, ale właśnie w liczbie ich nie było tej, która by go na wielkiego chirurga pasowała, bo cóż historya ma powiedzieć np. o DUPUITRINIE, LANGENBECKU, BILLROIE i całej plejadzie istotnie wielkich chirurgów. Życiorys i rozbiór działalności prof. NAWROCKIEGO kończy autor temi słowy: „Badania i prace prof. NAWROCKIEGO odnoszą się głównie do systemu nerwowego“. Jeden ogólnik, i to wszystko, co autor o działalności NAWROCKIEGO wiedział, zapomniawszy o jego działalności na innych polach. Wszakże NAWROCKI nie mało się przyczynił do podniesienia naukowego poziomu Pamiętnika naszego Towarzystwa i on pierwszy tu u nas systematycznie się starał zapoznawać zagranicę z pracami polskimi, acz już dawniej o tem w Krakowie pomyślano. Ważniejsze prace, na polu fizjologii przez NAWROCKIEGO dokonane, należało przytoczyć. Naturalnie nie dało się to w 40-tu wierszach załatwić, które autor NAWROCKIEMU poświęcił.

Jeszcze niefortunniejszy jest życiorys i naukowa ocena HIRSCHFELDA. W drugiej części swej pracy, mianowicie w tej, w której autor mówi o stanie gabinetów i innych pomocy naukowych, opisuje o HIRSCHFELDZIE, że nie ziścił nadziei w nim pokładanych i robi mu jakoby ciężki zarzut, że HIRSCHFELD nie stworzył szkoły anatomicznej. Zdanie pierwsze z gruntu jest błędne gdyż HIRSCHFELD był znakomitym pedagogiem i znał swój przedmiot gruntownie. Nie był on anatomem tego pokroju co HYRTL, SAPPEY, HENLE lub TEICHMAN, lecz jako wykładający i nauczyciel był na swoim miejscu i właśnie całkowicie ziścił nadzieje, jakie w nim położono. Zarzut zaś, że HIRSCHFELD nie stworzył szkoły, dowodzi, że autor ma bardzo niejasne pojęcie

o tem, co to jest szkoła, skoro wymaga, aby w instytucyi, będącej jeszcze w pieluchach, stworzyć ją było można i jak z rękawa wytrząsnąć. Jako autor pierwszego obszernego czterotomowego dzieła w języku polskim o anatomii HIRSCHFELD będzie należał zawsze do ludzi, których zasługi nigdy nie będą zapomniane.

O niedokładnościach, mogących pochodzić z winy przepisującego, w tym rodzaju np., że BRODOWSKI słuchał VIRCHOWA w Wiedniu, a nie w Würzburgu, lub że nazwisko SCHROEDER VAN DER KOLK należy do dwóch osobistości, a nie do jednej, że BUECHNER, KRAFT i STAFF uznani zostali za trzech autorów, zamiast za jednego, i jego dzieła itd. i wspominać nie warto. W każdym razie, jeżeli autor miał przepisującego, na którego kompetencyę nie mógł rachować, winien był przed nadesłaniem pracy swej Towarzystwu, jeszcze raz ją przejrzeć i bez błędów przedstawić.

Materiał anegdotyczny, jakim autor swe opisy tu i owdzie przeplata, jako do historyi nie należący, śmiało opuścić można. Anegdoty mogą chyba interesować tylko współczesnych, ale dla innych są one bez znaczenia. Niewłaściwem mi się też wydaje kopiowanie czyjegoś sposobu mówienia, zwłaszcza wadliwego, gdyż to bezcelowo ośmiesza pamięć skądinąd zasłużonego człowieka i niesmacznie robi wrażenie. Wzmianki o przyzwyczajeniach lub słabostkach czysto prywatnego charakteru lub dziwactwach domowych również winny być usunięte. Co to może kogo obchodzić, że pan X lub Y po zrobionej operacyi miał zwyczaj spijać szampana? Czy ta wiadomość także do historyi Akademii lub Szkoły Głównej należy? Jeszcze mniej mają racyi bytu i niczem się nie dadzą usprawiedliwić wzmianki o różnych zakulisowych intrygach i korzystanie z opowieści osób, które brak wiadomości pewnych fantazyą zastępują. Nada je pracy autora pewną, że się tak wyrażę, małostkowość owo mieszanie się w sprawy nie wspólne z działalnością naukową danych osobistości nie mające.

Radzimy autorowi, aby te zbyteczne naleciałości usunął, gdyż one tylko wartość jego pracy obniżają. W pracy tej bowiem dość sporo jest zdrowego ziarna, aby jeszcze i na te plewy kawał miejsca poświęcać.

IV.

Część czwartą stanowią t. zw. przez autora przypisy. Właściwie są to akta rządowe, które utworzenia Akademii oraz Szko-

ły Głównej i ich organizacyi dotyczą. Poprzedza je Ukaz z dnia 4 Czerwca 1857 roku otworzenia Akademii medycznej w Warszawie stanowiący. Po ukazie idzie szczegółowa ustawa Ces. Król. Wars. Med. Chir.-Akad. do której poprzednio istniejące kursa farmaceutyczne wcielonymi zostały. Obejmuje ona 126 paragrafów w rozdziałach XII pomieszczonych i daje bardzo dokładne pojęcie o ustroju wewnętrznym i organizacyi naukowej Akademii. Po ustawie podany został szczegółowy etat, a po nim wypis z protokołu Sekretaryatu Stanu Królestwa Polskiego, dotyczący atrybucyi i zakresu władzy zwierzchności Akademii, Inspektora głównego służby zdrowia, Rady Lekarskiej i urzędów Lekarskich w Królestwie Polskiem.

Jako przypis oznaczony numerem 6, wielce jest ciekawy Głos prezydującego w komitecie zarządzającym Warszawską Medyko-Chir. Akademią KOCHAŃSKIEGO nie chcemy go tu przytaczać, wolimy czytelnika odeśłać do oryginału bardzo ciekawego.

Na uwagę też zasługuje mowa CYCURYNA wygłoszona w języku łacińskim, przy objęciu obowiązków prezydenta Akademii. Ta w całkiem innym niż mowa KOCHAŃSKIEGO wypowiedziana została tonie.

W dalszym ciągu podaje autor wszelkie instrukcye przez zarząd Akademii wydane a dotyczące egzaminów—tudzież przepisy ogólne dla studentów Akademii, ich obowiązki względem instytucyi i samych siebie. Dalej idą odpisy różnych korespondencyi, interesów Akademii dotyczące.

Pod przypisem Nr. 17 podał autor Ustawę Szkoły Głównej, a więc i ustawę dotyczącą wydziału lekarskiego tejże szkoły. Ustawa ta ujęta została w 377 §§. Ustawę tę uzupełniają poszczególne etaty dla każdego wydziału oraz pracowni i zbiorów naukowych przez rząd zatwierdzone. W końcu podane są i źródła biograficzne.

Część ta, jako zawierająca dokumenta rządowe nie podlega krytyce, zasługą atoli autora jest to, że je wszystkie w jedną całość zebrał, uporządkował i jako materyał pozytywny w pierwszej części swej pracy spożytkował.

V.

Ostatnia, czyli część V-ta, zawiera w sobie dodatki. Pomieścił w niej autor:

1) Wzór karty legitymacyjnej, którą każdy student obowiązany był mieć przy sobie.

2) Wzór dyplomu na stopień lekarza, wydanego przez Akademię Medyko-Chirurgiczną.

3) Wzór świadectwa na stopień pomocnika aptekarskiego oraz

4) Wzór świadectwa na stopień akuszerki.

Następnie podaje autor listę studentów medycyny w roku szkolnym 1858 na 1859 zapisanych na kurs I i II-gi. Dalej takąż listę studentów zapisanych na kurs I-y w roku szkolnym 1859 na 60-ty. Listę słuchaczy medycyny w Akademii Medyko-Chirurgicznej Warszawskiej, którzy otrzymali w niej stopień lekarza lub doktora medycyny.

Listę słuchaczy b. Wydziału lekarskiego b. Szkoły Głównej, którzy w niej otrzymali stopień naukowy. Listę farmaceutów kursu I-go i II-go, zapisanych w roku 1858 na 59 w Akademii Medyko-Chirurgicznej, i listę farmaceutów, którzy w b. Szkole Głównej otrzymali stopień prowizora i magistra farmacyi.

Dalej następuje lista studentów, uczęszczających na wszystkie pięć kursów wydziału lekarskiego b. Szkoły Głównej w roku szkolnym 1867 na 8-y. Takąż listę z tego samego roku uczęszczających na oba kursa farmaceutów—i także same listy studentów i farmaceutów za rok następny, t. j. 1868 na 9-ty.

Rozkład lekcyi na wydziale lekarskim Szkoły Głównej przez cały czas jej trwania zamyka szereg wykazów powyżej wyszczególnionych. Na zakończenie podaje autor spis prac ogłoszonych przez profesorów oraz wychowawców Akademii Medyko-Chirurgicznej i wydziału lekarskiego b. Szkoły Głównej w latach od roku 1891 do 1897 włącznie.

Jako źródła z których autor czerpał swe wiadomości, posłużyły mu, oprócz kilkudziesięciu prac ogłoszonych drukiem, a zatem ogółowi dostępnych, głównie: akta Akademii medycznej i Szkoły Głównej, znajdujące się obecnie w archiwum uniwersytetu warszawskiego, Pamiętniki profesora SZOKAŁSKIEGO pod tytułem: „Co się przeżyło—wspomnienie z przeszłości“ w rękopiśmie, szereg wykładów litografowanych, dziś już rzadkość bibliograficzną stanowiących, oraz szereg wykładów spisanych ręką D-ra Jana SZNABLA.

Ostatniej tej części nic zarzucić nie można, chyba to, że autor, podając spis prac ogłoszonych przez profesorów i wychowawców Akademii oraz Szkoły Głównej za czas od r. 1891 do 1897, zapomniał zwrócić czytelnikowi uwagę, że spis prac tychże wychowawców

wańców z przed roku 1890 znajduje się w dziele pod tytułem „Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od roku 1831 do 1890 włącznie“, wydanem w roku 1897-ym.

Przedstawiliśmy tedy czytelnikowi całość pracy, podążając wraz z autorem przez cały labirynt faktów i wydarzeń, w które dana epoka tak była obfita. Pisać dzieje naukowej instytucji to znaczy ocenić jej działalność i wpływ w sposób krytyczny i wyczerpujący na rozwój wiedzy i podniesienie poziomu naukowego w kraju; nie łatwe to zadanie i nie każdy podołać mu może, i gdybyśmy zasadę tę chcieli stosować do każdej historycznej pracy, mniemać się godzi, iż mało by się znalazło takich, któreby godne były nazwy pracy historycznej. Jeśli spełnienie w sposób powyższy pojętego zadania historyka wszędzie jest trudnem, to u nas jest ono o wiele trudniejszym. Niedostępność źródeł utrudnia i tak już trudne zadanie. Przy ocenie więc każdej podobnej pracy, pisanej u nas, uwzględnić to należy.

Bądź co bądź, rozpatrując rys historyczny, który jest przedmiotem naszego rozbioru, musimy przyznać, iż autor włożył weni mało pracy, że niczego nie zaniedbał, aby go uczynić wyczerpującym, i zdobył zapewne nie bez trudu źródłowe materiały, w sposób mniej lub więcej umiejętny je spożytkowując.

Lubo praca, o której mowa, jak każda praca ludzka, nie jest wolna od usterek i niedokładności, wszelako tak jedne, jak i drugie, nie są tej natury, aby wartość pracy w sposób zasadniczy obniżyć mogły. Natomiast zawiera ona dużo rzeczy dobrych, jak np. właściwe i zgodne z prawdą oświecenie zatargu, jaki pomiędzy młodzieżą a zarządem Akademii w osobie CYCURYNA zaszedł, dobrą charakterystykę takiej postaci, jak KOCHAŃSKI, którego wpływ niewidoczny na zewnątrz był jednak pod niejednym względem dość doniosły. Wreszcie w całym przedstawieniu życia opisywanych instytucji widnieje odczucie epoki i miłość przedmiotu.

Biorąc pod uwagę te dodatnie strony pracy, bogaty materiał pomocniczy, jaki autor nagromadził i wielką systematyczność w opracowaniu przedmiotu, musimy dojść do wniosku, że praca ta zasługuje na nagrodę. I gdybyśmy nawet pracy tej nie przypisywali zbyt doniosłego historycznego znaczenia, to już, jako materiał dla przyszłości, jako zebranie danych, zakwestyonowaniu nie ulegających, zasługuje na wyróżnienie i bez szkody dla samego przedmiotu pominiętą być nie może.

Pam. Tow. Lek. T. 95. Z. IV.

Wnoszę zatem wraz z komitetem, któremu praca ta do oceny była powierzona, aby jej autorowi nagroda przyznana została.

Komitet jednak, przyznając autorowi nagrodę w sumie rubli pięciuset, proponuje autorowi, aby przed oddaniem swej cennej pracy do druku poczynił w niej pewne uzupełnienia i usunął z niej nieliczne wreszcie, lecz nie dające się obronić tezy lub poglądy, a mianowicie: uwzględnił konieczność rozszerzenia wstępu przez treścią, choćby wzmiankę o działalności wydziału lekarskiego w byłym uniwersytecie warszawskim, podał dokładny wykaz prac lekarskich ogłoszonych zarówno przez wykładających, jak i wychowalców Akademii oraz Szkoły Głównej za czas od roku 1857 do 1869-go, to jest na cały czas istnienia tych obydwu instytucji, i wreszcie zastosował się do uwag w obecnej ocenie umotywowanych.

Komitet, proponując wyżej przytoczone zmiany i uzupełnienia, czyni to w tem przekonaniu, że one tylko wartość pracy podniosą i od poważnych zarzutów autora uchronią.

III. Wice-PREZES odczytał protokół komisji konkursowej. Na konkurs została nadesłana tylko jedna praca, której ocenę odczytał DOBRZYCKI. Praca ta została nadesłana pod godłem: Γνωθι σεαυτόν. Komisja, biorąc pod uwagę pewne dodatnie strony pracy, bogaty materiał pomocniczy, jaki autor nagromadził, i wielką systematyczność w opracowaniu przedmiotu, postanowiła przyznać autorowi 500 rubli nagrody.

Na to K. DOBRSKI uczynił uwagę, że komisja konkursowa nie może przyznawać większej nagrody ponad zwykłą [150 rubli]. Komitet, zdaniem DOBRSKIEGO, może tylko przedstawić Towarzystwu pracę do wyższej nagrody, a Towarzystwo nagrodę tę zatwierdza.

Zdanie to podzielili Wł. KRAJEWSKI i Wł. SZTEYNER.

W odpowiedzi Wice-PREZES oświadczył, że, zdaniem jego, komisja konkursowa reprezentuje Towarzystwo, a zatem zdaje mu się, że ma prawo przyznawania wyższej nagrody, jeżeli tylko jest na to fundusz.

PREZES, wobec różnicy zdań i nie dość wyraźnego brzmienia regulaminu w tej kwestyi, zaproponował głosowanie nad wnioskiem: czy w danym razie Towarzystwo zgadza się przyznać tej pracy na przedstawienie komisji konkursowej nagrody 500 rubli.

Jednomyślnie zgodzono się na przyznanie autorowi tej nagrody.

IV. Po otworzeniu koperty okazało się, że autorem uwieńczonej pracy p. t.: „Historia Akademii medyko-chirurgicznej i wydziału lekarskiego Szkoły Głównej w Warszawie“ jest Bronisław

Bartkiewicz, student V kursu wydziału lekarskiego uniwersytetu warszawskiego, obecnie lekarz.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *St. Markiewicz.*

Pom. Sekretarza: *A. Łogucki.*

Posiedzenie kliniczne dnia 31 Października 1899 r.

Przewodniczący Wice-Prezes **H. Nusbaum.**

Obecnym członków 39 i gość 1.

T r e ś ć: Wice-Prezes. — Tematy do prac konkursowych imienia Adama HELBICHA na czterolecie 1900—1903 r.

W. MIKŁASZEWSKI. — O zmiennej nierówności źrenic (*Mydriasis alternans*).

Wł. JANOWSKI. — Sprawozdanie z prac docenta akademii patologicznej w Krakowie Stanisława CIECHANOWSKIEGO.

Wł. JANOWSKI. — Sprawozdanie z prac kol. Jana ŚWIĄTECKIEGO z Olity.

I. Protokoły z poprzednich posiedzeń: klinicznego z dnia 17 Października i nadzwyczajnego z dnia 19 Października po odcytaniu drzyjęto.

II. Przewodniczący wita obecnego na posiedzeniu gościa, kol. Jana PILTZA z Lozanny.

III. Nadesłano do biblioteki odbitki prac Czesława STANKIEWICZA i E. BREGMANA.

IV. Przewodniczący zawiadamia, że kol. Aleksander KOPCZYŃSKI wniósł podanie o przyjęcie go w poczet członków czynnych Towarzystwa. Przedstawia kandydata A. CIECHOMSKI, popierają O. HEWELKE i Br. CHROSTOWSKI, sprawozdania z prac podjął się A. GABSZEWICZ.

V. Przewodniczący oznajmia, że radca prawny Towarzystwa, po przejrzeniu paragrafów regulaminu w kwestyi przyznawania przez Towarzystwo wielkości nagrody za prace, nadsyłane na konkurs imienia Adama HELBICHA, wyjaśnił, że Towarzystwo powinno z góry wyznaczać ze znajdującego się na ten cel funduszu

wielkość nagrody. W przyszłości więc Zarząd będzie przedstawiał Towarzystwu wielkość nagrody, o ile na wyższą, niż zwykłą, fundusze pozwolą.

VI. Przewodniczący zawiadamia, że komitet konkursowy imienia Adama HELBICHA proponuje na następne czterolecie (1900 — 1903 r.) następujące tematy:

1) Zasady określenia niezdolności do pracy i zarobkowania po uszkodzeniach wskutek nieszczęśliwych wypadków.

2) Czy istnieją i jakie istnieją odrębności w etyologii i przebiegu chorób u ludności żydowskiej w naszym kraju?

3) *Pharmacopoea pauperum* w szerokim rozumieniu tego wyrazu; praktyczny przewodnik taniego ordynowania środków lekarskich i opatrunkowych.

4) Anatomia patologiczna i etyologia miękkiego szankra.

5) Unerwienie i odruchy jamy noso-gardzielowej.

6) Anatomia patologiczna i etyologia dysenterji.

7) Anatomia patologiczna i etyologia *enteritidis follicularis*.

9) Zbadać doświadczalnie na zdrowych i chorych wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem roztworów różnego stężenia dwuwęglanu sodu.

10) Zbadać własności odkażające formaliny.

11) Porównanie wartości metod operacyjnych przetok pęcherzowych u kobiet po porodzie na podstawie własnego doświadczenia.

12) Udział lekarzy polskich w postępie medycyny drugiej połowy wieku bieżącego.

Powyższe proponowane tematy zostały przyjęte.

VII. W. MIKŁASZEWSKI wygłosił odczyt p. t.: „O zmiennej nierówności źrenic“.

Aby zrozumieć należyte zaburzenia w szerokości źrenic, należy zapoznać się, chociażby w głównych zarysach, z budową narządów nerwowych, zawiadujących ruchem źrenic. Na przedstawionym szemacie mówca rozpatrzył: 1) Łańcuch odruchu świetlnego, którego włókna czuciowe przebiegają w nerwach wzrozkowych i krzyżują się częściowo, potem zaś idą w szlakach do ośrodków w okolicy 3-ej komory; stąd wychodzą włókna MERRERT'a, łączące te ośrodki z ośrodkami nerwu okoruchowego. Gałązka ruchowa przebiega w nerwie okoruchowym i przechodzi przez splot rzęskowy przed przebicciem gałki ocznej. Prócz odruchu bezpośredniego na światło, spostrzegamy odruch pośredni [przy podrażnieniu jednego oka w drugim oku]; zjawisko to, t. zw. odruch współczulny, zależy od niezupełnego krzyżowania się włókien czuciowych łańcucha odruchowego świetlnego, wskutek czego obydwa ośrodki okoruchowe są unerwione przez jeden nerw

czuciowy. Zjawisko to nazywa MIKŁASZEWSKI współodruchem świetlnym. Zwężacz źrenicy jest w związku, prócz tego jeszcze, z mleczeniem, ponieważ w chorobach tego ostatniego źrenice bywają zwężone, a zaburzeń w nerwie okoruchowym często niema. Nie tylko światło samo przez się, lecz i wyobrażenie światła i ciemności sprowadza zwężenie lub rozszerzenie źrenicy; musi przeto zachodzić łączność pomiędzy zwężaczem źrenicy i korą mózgową. 2) Przystosowanie źrenicy do odległości (*accomodatio*) nie jest odruchem, ponieważ niema tu łańcucha czuciowo-ruchowego. Pobudzenie korowe sprowadza zbieżność oczu, a zwężenie źrenicy przy tem jest ruchem towarzyszącym. Jest to więc współruch. 3) Ośrodki rozszerzacza źrenicy są położone na wysokości 6-ej pary nerwów szyjowych do 1-ej pary piersiowych (*centrum cilio-spinale*). Gałąź czuciową tego odruchu stanowią wszystkie nerwy czuciowe i włókna czuciowe w rdzeniu oraz idące od kory; gałąź ruchowa przebiega od korzonków przednich do spłotu szyjowego dolnego [górnego?] i tworzy potem *plexus caroticus*; gałązka przechodzi przez ganglion GASSERI i przez spłot rzęskowy w postaci nerwów rzęskowych długich do oka. Wpływy duchowe na rozszerzanie się źrenicy wskazują na związek jej z korą. Szerokość źrenicy jest wielkością niestałą [2,75 — 4,75 mm.), zależną od wieku itd. Równość źrenic w obydwu oczach zależy, podług M., od niezupełnego skrzyżowania włókien czuciowych łańcucha odruchowego świetlnego, wskutek czego obie źrenice, nawet przy jednostronnem oświetleniu, są jednocześnie czynne. Takiej łączności czynnościowej niema w układzie odruchu współczulnego, ponieważ ośrodki rozszerzacza są najwyżej w związku bardzo odległym [wskutek przebiegania każdego korzonka tylnego w obydwu słupach tylnych]; dlatego też nierówność źrenic przy zachowaniu ich odruchów, współruchów i współodruchów zależy, podług zapatrywania M., z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem od sprawy chorobowej w układzie odruchu współczulnego. M. przytacza swe dwa spostrzeżenia, w których przy nerwobólach międzyżebrowych występowało rozszerzenie źrenicy po stronie bolesnej, zniknęło po franklinizacji po ustąpieniu bólów i zjawiało się po drugiej stronie z chwilą wystąpienia tam bólu. Zjawisko zmienności w nierówności źrenic, polegające na tem, że raz jedna, drugi raz druga źrenica bywa rozszerzona lub zwężona, tłumaczy sobie M. przez podrażnienie i przedrażnienie łańcucha odruchu współczulnego, wskutek czego raz działa on silnie, drugim zaś razem jest w stanie chwilowego wyczerpania, przyczem łańcuch odruchu świetlnego bierze nad nim górę.

Omawiane zjawisko jest nader słabo opracowane w piśmiennictwie; nazwa *mydriasis saltans* nie obejmuje całości zjawiska. Stworzony przez M. termin: nierówność źrenic nie odpo-

wiada również całości obrazu klinicznego. Najodpowiedniejszym byłby termin: nierówność źrenic zmienna naprzemienna.

Zjawisko omawiane jest uważane naogół za objaw niepokojący, wskazujący na cierpienie organiczne układu nerwowego [wiad, porażenie, przymiot itd.]. Nieliczni tylko autorowie spostrzegali je u neurasteników, w chorobach narządów wewnętrznych, nawet u ludzi zdrowych; lecz zawsze uważają je za „*signum mali ominis*“ i za objaw bardzo rzadki. M. zrobił w ciągu dwóch lat ostatnich aż 20 spostrzeżeń, pośród których jest jedno 3 razy po miesiącu, w którym źrenice zmieniały się bardzo znacznie, tak że prawa była większa 3—4 razy od lewej jednego dnia, a nazajutrz—lewa od prawej większa tyleż razy. Prócz spostrzeżeń szpitalnych i z praktyki prywatnej, MIKŁASZEWSKI przytacza spostrzeżenia z Zakładu starców i kalek Warsz. Tow. Dobroczynności. Na 120 zbadanych starców M. znalazł nierówność źrenic u 15, a zmienność tego objawu u 5, choć wyrażoną znacznie słabiej, niż u młodych. Co do chorób, w jakich występowało to zjawisko, to M. widział je: 1) w 2 przypadkach u ludzi zupełnie zdrowych, 2) u 2 mężczyzn zdrowych i młodych z objawami nerwobólu, 3) w 4 przypadkach histeryi u kobiet, 4) w 2 przypadkach ogłupienia starczego, 5) w 2 przypadkach wiądu rdzenia, 6) w jednym przypadku zapalenia nerek, wady serca, gośćca ostrego, gruźlicy, w 2 wiądu starczego i w 2 stwardnienia naczyń.

MIKŁASZEWSKI stawia następujące wnioski: 1) Nierówność źrenic zmienna jest zjawiskiem dość częstym, wbrew istniejącym poglądom. 2) Zjawiać się może w różnym wieku, nie wyłączając starszego, chociaż w tym ostatnim jest wyrażona słabo. 3) Zdarza się nie tylko w chorobach nerwowych i wewnętrznych, lecz bywa i u całkiem zdrowych, nie jest zatem, jak chciano objawem chorób organicznych nerwowych. 4) Jest objawem cierpienia czynnościowego [nerwicą] układu współczulnego. [Autoreferat].

Wł. JANOWSKI zaznacza, że, obserwując na wiosnę r. 1897, jeden z przypadków, opisywanych obecnie przez MIKŁASZEWSKIEGO, zwrócił odrazu uwagę na to, że odnośna chora miała jednego dnia prawą źrenicę szerszą od lewej, a drugiego odwrotnie. Objawem tem JANOWSKI został tak zaciekawiony, że wyłącznie dla niego trzymał chorą prawie 40 dni w szpitalu, notując regularnie codziennie stan źrenic i pokazując chorą kilkakrotnie W. KAMOCKIEMU. W ciągu całego pobytu tej chorej w szpitalu miała ona zaledwie 2, czy też 3 okresy dwudniowe, w których stan źrenic się nie zmieniał. Po za tem rozszerzenie to jednej, to drugiej źrenicy występowało regularnie codziennie naprzemiennie, czyli było naprzemiennem. Już po paru dniach spostrzegania tej chorej JANOWSKI doszedł do stanowczego wniosku, że cierpi ona na histeryę, gdyż przemawiał zatem cały szereg danych z wywiadów i wynik badania podmiotowe-

go. Za jeden z objawów histeryi, a więc za zaburzenie natury czynnościowej, uważał JANOWSKI i zmienność naprzemienną w szerokości jej źrenic. Stawiał to wtedy w zależności z nadzwyczajną pobudliwością układu sympatycznego u tej chorej, za czem przemawiały i nagle występujące, przemijające wybitne zaburzenia naczynioruchowe w kończynach. Sama zmiana szerokości jednej ze źrenic [prawej] odbyła się raz prawie pod okiem JANOWSKIEGO w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny. JANOWSKI jest więc zdania, że słusznie MIKLASZEWSKI zmienną szerokość źrenic uważa za objaw cierpień czynnościowych. Co do nazwy tej choroby, to JANOWSKI jest zdania, że słusznie MIKLASZEWSKI proponuje dla niej nazwę „zmienność źrenicy naprzemienną“, tembardziej, że nie jest to termin nowy. Dla tętna (*p. alternans*) jest on w użyciu, i JANOWSKI sam wielokrotnie w swoim odczycie o tętnie go użył. W danym razie nazywać można, stosownie do przypadku, szerokość źrenicy zmienną, jeżeli prawidłowości pod tym względem nie będzie, lub naprzemienną, jeżeli przypadek będzie analogiczny do spostrzeganego przez JANOWSKIEGO.

Zdaniem Wł. GAJKIEWICZA, obserwacye MIKLASZEWSKIEGO są niezmierznie ważne. Dochodzimy do wniosku, że w cierpieniach nerwowych niema ani jednego objawu, na którym możnaby cokolwiek budować. G. przypomina, że są osoby, które mogą, kiedy chcą, zwęzać źrenice. Co do 2 przypadków z nerwobólem, podanych przez prelogenta, to, zdaniem G., nie można ich zaliczyć do kategorii chorych ze zmienną nierównością źrenic.

L. BREGMAN jest tego zdania, że nierówność źrenic w większości przypadków, a zwłaszcza w tych, w których jest zmienną, jest zależną wprowadzie od niejednakowego unerwienia nerwów współczulnych, w niektórych jednak razach jest ona prawdopodobnie następstwem różnicy w rozwoju lub unerwieniu ośrodków mózgowych, będąc analogiczną do nierównej innerwacji nerwów twarzowych; dotyczy to zwłaszcza osobników, którzy i pod innymi względami przedstawiają pewne cechy degeneracyjne.

Tak znaczna ilość przypadków „zmiennej nierówności źrenic“, zebrana w krótkim czasie przez MIKLASZEWSKIEGO, jest zdaniem BREGMANA, niezwykłą. Inni autorowie, którzy objaw ten badali, znajdowali go o wiele rzadziej [PELIZAEUS u 320 neurasteników—6 razy]. Również jak i stała nierówność źrenic objaw ten dawno już nie jest uważany jako właściwy wyłącznie cierpieniom organicznym. Już BEARD, dając pierwszy dokładny opis neurasteuii, o nim wspomina. Nie jest on jednak zawsze, jak utrzymuje prelegent, li tylko czynnościowym. Przeczy temu nawet statystyka przytoczona przez M., gdyż, prócz kilku przypadków cierpień organicznych, mamy tu 5 spostrzeżeń, dotyczących starców, u których nie mniej prawdopodobnemi są zmiany w ośrodkach. [Autoreferat]

Jan PILTZ [z Lozanny] zaznacza, że w 4 przypadkach *dementia-precosis-catatoniae*, spostrzegał w ciągu 4 miesięcy zmiany w źrenicach; w ciągu jednego dnia źrenice u tych chorych zmieniały się kilka razy — albo zwężały się, albo też się rozszerzały. U jednego z tych chorych — katatonika — źrenice podlegały zmianom wyraźniejszym podczas większego rozdrażnienia chorego. PILTZ przypomina, że są 3 rodzaje nierówności źrenic: 1) stałe, które nie jest objawem patognomicznym, 2) nierówność źrenic zmienna; jedna źrenica pozostaje bez zmiany, gdy druga się rozszerza, czy też się zwęża; ma to miejsce w migrenie, po atakach epileptycznych, przy nerwobólach itd., 3) specjalna forma nierówności źrenic, kiedy obie źrenice zmieniają się nierównomiernie.

Co do znaczenia nierówności źrenic zmiennej, zdania dotychczas są podzielone. Prof. MENDEL w pracy swej o paraliżu postępującym zaledwie w 1 przypadku notuje ten objaw. RACHLMAN jest zdania, że zmienna nierówność źrenic bywa złym objawem, grożącym chorobą organiczną. MAGNUS opisuje 11-letniego chłopca, który miał zmienną nierówność źrenic; matka chłopca, tego miewała źrenice zmienne podczas ataków neuralgicznych. W przyszłości będzie rzeczą ważną określić, czy objaw ten jest natury czynnościowej, czy też bywa przejawem choroby organicznej.

J. PIOTROWSKI zapytuje, czy MIKŁASZEWSKI uwzględnił w pracy swej objawy ze strony stanu ogólnego u tych chorych, u których widywał zmienną nierówność źrenic? Następnie prosi o wyjaśnienie, dlaczego nie oddzielił w szemacie tego, co jest pewnem, od tego, co jest problematycznym, i czy zawsze w przypadkach *myosis* bywa porażenie układu sympatycznego?

Wice-Prezes NUSBAUM tak częstych zmian nierówności źrenic nie spostrzegał. Co do obserwacji MILLASZEWSKIEGO, to, zdaniem Wice-Prezesa, 2-letnia obserwacja nie wystarczy, aby wnioskować stanowczo o tem, czy objaw ten jest przejawem czynnościowym czy też może być zwiastunem cierpienia organicznego. Zapytuje, czy zmienna nierówność źrenic nie jest w związku z polowicznymi zmianami w uczuciu?

W odpowiedzi na powyższe uwagi MIKŁASZEWSKI zaznacza, że już DUCHENNE-DE-BOULOGNE zwracał uwagę, że u tabetyków w czasie silnych napadów bólów zwężone źrenice mogą się rozszerzać.

Z powodu uwagi GAJKIEWICZA co do niezaliczenia dwóch przypadków z nerwobólami do postaci omawianego objawu zmienności źrenic, to MIKŁASZEWSKI jest zdania, że GAJKIEWICZ poruszył bardzo ważną kwestyę; M. w swoim odczycie nie omawiał etyologii zjawiska, lecz jego stronę anatomo-fizyologiczną. Zaznaczył jednak, że szereg przyczyn bliżej nieznanych, jak przekrwienie miejscowe, zatrucie ogólne i miejscowe, mogą spowodować nierówność

żrenic zmianą. Do rzędu tych przyczyn zaliczyć należy nerwobóle, wzruszenia psychiczne itd.

W wieku schyłkowym najmniej można mówić o zaburzeniach czynnościowych, na co zwraca uwagę BREGMAN, chociaż w tych razach, przy pewnym stanie sprawności organizmu, zmiany na tle stwierdzenia naczyń należą niemal do stanu fizyologicznego.

Na uwagi innych oponentów MIKLASZEWSKI odpowiada, że w pracy jego, która niebawem ukaże się w druku, jest uwzględnione piśmiennictwo.

VIII Wł. JANOWSKI odczytał sprawozdanie z prac naukowych Stanisława CIECHANOWSKIEGO, docenta anatomii patologicznej w Krakowie, i Jana ŚWIĄTECKIEGO z Olity, gorąco zalecając ich wybór na członków-korespondentów Towarzystwa.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes: *H. Nusbaum.*

Pom. Sekretarza: *A. Łogucki.*

Posiedzenie kliniczne dnia 7 Listopada 1899 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecných Członków 58 i gości 8.

- T r e ś ć:** L. LUBLINER. — Przedstawienie chorego z promieniścią krtani wraz z okazaniem preparatów drobnowidzowych promienicy.
- Wł. SZTEYNER. — Przedstawienie chorego po trepanacji czaszki, wykonanej z powodu padaczki urazowego pochodzenia.
- St. KURTZ. — Przedstawienie dziecka z hermafrodytyzmem.
- L. KRAUZE. — Przedstawienie dziecka po operacji laparotomji z powodu ostrej niedrożności kiszek.
- A. SOKOŁOWSKI. — Przypadek ciężkiej postaci anemii, spowodowanej przez *anchylostomum duodenale* wraz z przedstawieniem chorego.
- Jan PILTZ [z Lozanny]. — Kilka słów o nowych zjawiskach żrenicowych.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto z uwagą W. MIKŁASZEWSKIEGO, że nie mógł on na poprzednim posiedzeniu z powodu spóźnionej pory odpowiedzieć na pytanie J. PIOTROWSKIEGO.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kol: T. KURELĘ, SINOŁĘCKIEGO, PSTROKOŃSKIEGO, SZLEIFSTEINA, A. ŻEBROWSKIEGO, St. KOPCZYŃSKIEGO, STANO i ZAWISTOWICZA.

III. PREZES oznajmił, że do Towarzystwa nadeszła odezwa D-ra A. DRANICYNA, asystenta Cesarskiego Instytutu klinicznego W. Ks. Heleny Pawłówny, z prośbą o dostarczenie wiadomości odnośnie do operacyjnych sposobów i wyników leczenia raka macicy.

PREZES prosi kolegów, interesujących się tą kwestyą, o przejrzanie odezwy.

IV. PREZES zawiadamia, że koledzy Ignacy LANDSTEIN i Rafał RADZIWIŁŁOWICZ złożyli podania z prośbą o zaliczenie ich w poczet członków czynnych Towarzystwa. Kol. LANDSTEINA przedstawia M. JAKOWSKI, popierają Br. SAWICKI i M. SADOWSKI, sprawozdanie z prac podjął się M. JAKOWSKI; Kol. RADZIWIŁŁOWICZA zaś przedstawia K. CHEŁCHOWSKI, popierają A. GĄBSZEWICZ i M. SADOWSKI, sprawozdawcą z prac ma być K. RYCHLIŃSKI.

V. PREZES oznajmia, że otrzymał odezwę, podpisaną przez 10 członków czynnych Towarzystwa, z prośbą o pozwolenie zbierania się w lokalu Towarzystwa raz na miesiąc, mianowicie w drugi wtorek miesiąca o godzinie 7^{1/2} wieczorem w celu prowadzenia rozpraw naukowych i dokonywania demonstracji z dziedziny laryngologii i otyatrii. Odezwę podpisali. SZUMLAŃSKI, HERYNG, DMOCHOWSKI, SOKOŁOWSKI, WRÓBLEWSKI, GURANOWSKI, ŁOGUCKI, MAŁCZEWSKI, KUCZYŃSKI i BENNI.

Z powodu tej odezwy PREZES przypomina § 124 Regulaminu Towarzystwa.

VI. Do biblioteki nadesłano odbitki prac: NEUGEBAUERA, SOKOŁOWSKIEGO, MIKŁASZEWSKIEGO, GIEDROYCIA i CIECHANOWSKIEGO.

VII. L. LUBLINER przedstawił chorego z promieniłą krtani i okazał preparaty drobnowidzowe promienicy. A. S., lat 29 liczący, woźnica z Janowa Siedleckiego, zapadł przed 8 tygodniami na ból gardła. W Janowie był leczony pędzlowaniami w przeciągu 2 tygodni. Po upływie tego czasu chory zauważył, że szyja jego zaczyna grubieć i „twardnieć“. Wtedy przyjechał on do Brześcia lit. na kurację, gdzie lekarze zalecili mu wcieranie szaruchy i płukanie. Stan chorego i po tej kuracji nie poprawił się; do dotychczasowych objawów przyłączyła się chrypka i utrudniony oddech. Wobec tego, chory przybył do Warszawy.

LUBLINER, badając po raz pierwszy chorego w ambulatorium

szpitala starozakonných w dniu 26 Października, znalazł go w stanie następującym:

Chory pochodzi z rodziny zdrowej, nigdy przedtem nie chorował. Budowa prawidłowa, odżywianie dobre. W sercu, w płucach i wogóle w narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. Jamy ustna i gardziel zupełnie zdrowe. Zęby wszystkie wzorowo zdrowe, prócz ostatniego zęba z lewej strony szczęki dolnej (*caries dentis sapientiae*). Dolna szczeka zmian nie przedstawia.

Badanie krtani wykazało: nagłośnia uciśnięta z boków i nieco pochylona ku lewej stronie, ma wygląd rurkowaty, jej błona śluzowa mocno nacieczona, więz nalewko-nagłośniowy prawy silnie nacieczony, jak również i struna fałszywa prawa, która przykrywa prawdziwą. Szpara głośni widoczna tylko w tylnym odcinku. Prawa połowa krtani nieruchoma. Głos mocno ochrypnięty; oddech bardzo utrudniony. Na przedniej powierzchni szyi nad chrząstkami tarczowymi krtani wyczuwa się twarde nacieczenie, niepodatne przy przesuwaniu; ciągnie się ono do dolnej granicy chrząstki pierścieniowej. Boczne części szyi nie zajęte nacieczeniem; gruczoły chłonne nie wyczuwają się.

ŁUBLINER umieścił pacjenta na swoim oddziale, i wobec objawów wzmagającego się zaduszania chorego prosił ODERFELDA o wykonanie choremu przecięcia tchawicy. Po upływie 6 dni po tracheotomii zauważono u chorego chęlboczący gaz w okolicy prawej chrząstki tarczowej w odległości 4 ctm. od rurki tracheotomijnej. W dniu 4 Listopada gaz ten został przecięty. Ropa i wyskrobane masy z jamy ropnia zostały zbadane przez J. STEINHAUSA, który wykrył w nich obecność grzybka promienicy (*Actinomyces*). Przypadek ten od pierwszej chwili nastroczał trudności rozpoznawcze. Rozpoznanie *perichondritis arytaenoidea et thyreoidea* niewiadomego pochodzenia stało się jasnym dopiero po wykazaniu w ropie obecności grzybka promienicy. Chory ten znajduje się jeszcze w obserwacji w szpitalu. [Autoreferat].

VIII. WŁ. SZTEYNER przedstawił chorego po trepanacji czaszki, wykonanej z powodu padaczki urazowego pochodzenia. Chory ten, lat 24 liczący, spostrzegany wspólnie z K. RYCHLIŃSKIM, przed 8 laty uległ złamaniu kości ciemieniowej prawej; od tego też czasu pozostał niezupełny niedowład lewostronny wraz z zupełnem porażeniem i przykurczeniem palucha lewej ręki. Przed 3 laty zaczęły występować napady padaczki, połączone z utratą przytomności. Przypuszczając, że napady padaczki mogą zależeć od ucisku kory mózgowej, spowodowanego bądź przyrośniętą blizną, bądź torbielą, bądź też kostnym ośłankiem, RYCHLIŃSKI skierował chorego do SZTEYNERA. Podzieliwszy te przypuszczenia, SZTEYNER przystąpił do trepanacji czaszki. Określiwszy przedewszystkiem na ogolonej czaszce miejsce, odpo-

wiadające ośrodkowi palucha lewej ręki. SZTEYNER rozpoczął operację od rozcięcia blizny i, nie znalazłszy zrostu, wykonał trepanację w miejscu ośrodka palucha; po rozcięciu opony twardej, znalazł pod oponą miękką miejsce szarawo-żółtawego zabarwienia, była to torbiel surowicza, wielkości dużej wiśni; torbiel otworzono i założono na dwie doby paski gazy jodoformowej. Obecnie rana jest zupełnie zagojona.

Chory miał napad padaczki na trzeci dzień po operacji; napad był znacznie słabszy od poprzednich, chory nie stracił świadomości. [Autoreferat].

IX. St. KURTZ przedstawił 6-tygodniowe dziecko z hermafrodytyzmem męzkim; dziecko to ochrzczono jako dziewczynkę.

X. L. KRAUZE przedstawił 4 $\frac{1}{2}$ roczną dziecko po operacji laparotomii, wykonanej w dniu 18 Października r. b. z powodu ostrej niedrożności kiszek. Matka dziecka opowiedziała, że przed 6 dniami dziecko bez przyczyny dostało silnego bólu w dolnej części brzucha; po kilku godzinach bóle zmniejszyły się. Tegoż dnia jednak dziecko zaczęło wymiotować; wymioty powtórzyły się na zajutrz i dnia następnego. Przy badaniu znaleziono. Dziecko słabo rozwinięte fizycznie, nie gorączkuje, czyni wrażenie mocno cierpiącego. Tętno słabe—120. Brzuch wzdęty w części górnej w okolicy lewej i średniej przeważnie; ton opukowy w tych miejscach tympanityczny, w dolnej zaś części i w prawej—tępy. Przy dotykaniu brzucha po stronie lewej dziecko odczuwa mocny ból. Przez powłoki brzuszne zarysowują się wyraźnie pętle kiszek. Wypróżnienia nie miało dziecko od 6 dni; wiatry nie odchodzą.

Rozpoznawszy na zasadzie tych danych ostrą mechaniczną niedrożność kiszek z powodu uciśnięcia pętli bądź przez wyrostek robaczkowy, bądź też przez uchyłek MECKEL'a, KRAUZE przystąpił do operacji w godzinę po przybyciu dziecka do szpitala. Po otworzeniu jamy brzusznej wyszła z rany wzdęta *flexura sigmoidea*, skręcona naokoło swej osi, a po doprowadzeniu pętli do stanu normalnego w głębi można było wyczuć palcem twór w postaci sznurka, idący zlewa na prawo i uciskający pętlę. Przy bliższym obejrzeniu okazało się, że jest to uchyłek MECKEL'a, wychodzący z kiszki cienkiej i przysrastający do otrzewny ściennej. KRAUZE wyciął uchyłek, drożność wróciła. Po przejrzaniu całego kanału kiszkowego KRAUZE odprowadził kiszki do jamy brzusznej i na ścianę brzuszną nałożył szew dwupiętrowy. Po operacji nastąpiły wymioty kałowe, które ku wieczorowi ustały i więcej się nie powtarzały. Przebieg pooperacyjny był normalny, bezgorączkowy, bez jakiegokolwiek powikłań. 9-go dnia po operacji KRAUZE zdjął szwy; rana zagoiła się przez rychłozrost. [Autoreferat].

XI. A. SOKOŁOWSKI, przedstawiwszy chorego, dotkniętego

ciężką postacią anemii, wywołaną przez *anchylostomum duodenale* (tęgoryjec dwunastnicy), przytoczył historię jego choroby.

Chińczyk U-gżunci, 21 lat liczący, żonaty, przybył na oddział SOKOZOWSKIEGO w dniu 25 Października r. b. Ponieważ chory zna zaledwie kilka słów rosyjskich, trudno więc było dowiedzieć się od niego o przebiegu choroby. Skarżył się na ogólne osłabienie, bóle głowy, na bóle w kończynach, zwłaszcza w łokciach i kolanach, i wskazywał na jakieś nieokreślone uczucie w dołku. Cierpienie swoje datuje od 4 miesięcy. Pochodzi z Szanghaju, skąd wyruszył przed rokiem do Rosyi, handlując figurkami z kamienia. Przy badaniu chorego zwróciła przedewszystkiem uwagę niezwykła bledź jego skóry i błon śluzowych. Budowa prawidłowa. Odżywianie lichę. Język obłożony. Chory ma zupełnie zachowany apetyt, a nawet widoczna jest pewna żarłoczność. Tętno 80, drobne, miękkie. Chory nie gorączkuje. W płucach zmian nie wykryto. Granice tępości serca nieco powiększone, szczególnie na lewo, u wierzchołka wyraźny szmer systoliczny, podmuchowy, szmer ten przy podstawie serca jest bardziej wyraźny. W żyłach szyjowych dawały się wysłuchiwać szmery w postaci burczenia (*bruit du diable*). Brzuch umiarkowanie wzdęty. Przy obmacywaniu chory skarżył się na bolesność w dołku. Wątroba i śledziona nie wyczuwały się. Wszelkie ruchy męczą chorego; po najmniejszych ruchach chory upada na łóżko bezwładnie.

Odruchy skórne i ścięgnowe nieco wzmożone, po lewej stronie wyrażone silniej, niż po prawej. Czucie miejscami prawidłowe, miejscami zaś zniesione, to znów wzmożone; miejsca zaburzeń czuciowych występują w postaci odcinków ograniczonych, które autor przedstawia na szematycznym rysunku. Błona śluzowa gardzieli, krtani i nosa bardzo bleda. Kol. CETNAROWICZ, badając dno oka, znalazł objawy anemii siatkówki i naczyńiówki, jak również *chorioiditis centralis*,

Mocz, w ilości dobowej około litra, oddziaływa kwaśno, ma ciężar właściwy 1011, zawiera w litrze 12,3 grm. mocznika, 7,00 grm. chlorku sodu, 1,51 grm. kwasu fosfornego i 0,25 grm. kw. moczowego; białka ani też cukru nie wykryto. Do badania krwi trzeba było nadebrać żyłę, gdyż ilość krwi po ukłuciu była zbyt niewielką. Badanie krwi, wykonane kilkakrotnie na oddziale przez kol. PIOTROWSKIEGO, dało wynik następujący. Krew z żyły [drobnej] wypływa niezbyt obficie, bleda, wodnista, barwy jasnoczerwonej, krzepnie łatwo. Na preparacie świeżej krwi czerwone ciała przedstawiają się dość prawidłowo, lecz układają się w rulony bardzo słabo. Stosunki liczbowe przedstawiają się, jak następuje.

Ilość czerwonych ciałek	1,580,000	w 1 sześć. młm.
„ białych	10,500	„ „ „
Hemoglobiny	20%	

Stosunek białych ciałek do czerwonych jak 1 : 150.

Na barwionych preparatach czerwone krążki barwią się trudno. Na każdym polu widzenia można zauważyć erytrocyty różnej wielkości, różnego odcienia w zabarwieniu, jak również nieliczne poikilocyty; wreszcie znaleziono jeden erytrocyt z jądrem. Płytek Bizzozero jest stosunkowo mało. Leukocyty widoczne na każdym polu widzenia w ilości od jednego do kilku.

Na 100 ciałek białych wypada 85 wielojądrowych; z tych neutrofilowych [ε] 68, a eozynofilowych [α] 17; limfocytów 8 [z tych niektóre neutrofilowe], form przejściowych 7. Należało więc przyjąć, że zwiększenie się absolutnej liczby leukocytów [10,500] trzeba położyć na karb ciałek eozynofilowych. Mamy tu więc wybitną leukocytozę eozynofilową. Badanie kału, który makroskopowo nie przedstawiał nic szczególnego, wykazało w nim obecność jaj tęgoryjca dwunastnicy w bardzo wielkiej ilości (*anchylostomum duodenale*).

W jednym gramie kału znaleziono 780 jajek tęgoryjca. W kale znaleziono również liczne kryształki CHARCOT-LEYDENA, charakterystyczne dla tegoż cierpienia. Z jaj tych w kale, umieszczonym w cieplecie 25° R., wytworzyły się liszki [larwy].

Sokołowski przedstawił przytem preparaty kału z jajami i liszkami.

Następnie prelegent, zaznaczywszy, że przypadek powyższego cierpienia jest pierwszym spostrzeganym w Warszawie, nadmieniał, że D-r GLUZIŃSKI we Lwowie również miał możność obserwowania w roku bieżącym chorego dotkniętego tą chorobą. Chory ten przed 4 ma laty wyemigrował wraz z rodziną swoją do Brazylii i pracował w plantacjach kawy. Podupałszy na zdrowiu, chory powrócił do kraju.

Mając na uwadze, że i u nas jest wieś w chodźców do Brazylii, którzy powrócili i będą powracać do kraju, Sokołowski podnosi ważność obserwowanego przypadku z uwagi natury społecznej. Wychodźcy bowiem nasi powracający, dotknięci tą chorobą, mogą stać się rozsądnikami tęgoryjca, co, przy braku zamykania do czystości u naszej ludności wiejskiej i robotniczej, nie tak trudno może nastąpić. Z tych więc względów Sokołowski bardzo szczegółowo nakreślił obraz choroby, wywoływanej przez *anchylostomum duodenale*, przypominając jej etiologię, symptomatologię, przebieg, rokowanie, leczenie i zapobieganie i rys historyczny choroby. Na przyszłym posiedzeniu Sokołowski przrzekł przedstawić osobniki tęgoryjca, o ile uda się je znaleźć w kale.

W dyskusji Wł. JANOWSKI podnosi ciekawość przypadku, przedstawionego przez prelegenta, że względu na nadzwyczajną jego rzadkość u nas. Sądzi jednak, że po za tem przypadek ten jest ciekawy, jako wskazujący na niezbędność badania mikroskopowego wypróżnień w każdym przypadku ciężkiej anemii. J. uważa to za podstawowe правило badania klinicznego i nigdy od niego nie odstępował, skoro tylko ma przed sobą chorego na ciężką anemię, co mu się w szpitalu [gdzie prowadzi oddział kobiecy] zdarza często. Dopiero po wykluczeniu tą drogą pasorzytów kiszkowych i nowotworu J. przystępuje do dokładnego zbadania krwi.

W Finlandyi i w okolicach Dorpatu ciężkie postaci anemii, wywołane przez brzożdżowca (*bothriocephalus latus*), są rzeczą powszechnie znaną. Ta okoliczność oraz tak rozpowszechnione wiadomości o etyologii anemii przy kopaniu tuneli św. Gotarda sprawiają, że niezbadanie stolca w przypadku ciężkiej anemii stanowiłoby błąd nie do darowania. Dobrze więc, że przypadek SOKOŁOWSKIEGO o tem słuchaczom przypomina.

Bardzo pouczającym też jest wynik badania krwi w tym przypadku. Każdemu, kto bada dokładnie krew w przypadkach anemii [czy to nowotworowej, czy urazowej, po poronieniu, krwotoku macicznego] i blednicy, wiadomo, że choroby te, klinicznie pozornie tak różne, pod względem wyniku badania hematologicznego w cięższych stopniach wzajemnie w siebie przechodzą. Widujemy więc blednicę, przy których stosunek procentowy hemoglobiny do odnośnego stosunku czerwonych ciałek krwi jest właściwy, i, odwrotnie, widzujemy często niewątpliwie anemie [np. po silnych krwotokach], w których ilość hemoglobiny we krwi jest mniejszą, niż należałoby się tego spodziewać z ilości czerwonych ciałek w 1 młm. sześć. W ten sposób szemat odnośny, do dziś w patologii ogólnych powtarzany, że przy blednicy ilość hemoglobiny we krwi jest mniejszą, niżby wypadło z ilości czerwonych krążków krwi, a że przy anemii dzieje się odwrotnie, dziś dla klinicysty żadnej wartości niema, tak że nie mógłby się on na nim opierać w wątpliwych przypadkach. J. widział kilka przypadków anemii urazowej z ilością czerwonych ciałek krwi w 1 młm. sześć. wynoszącą 1,5 do 2 milionów, przy jednoczesnej ilości hemoglobiny 30% i niżej. Spostrzeżenie SOKOŁOWSKIEGO, które należy uważać za przypadek, do pewnego stopnia, niemal doświadczalnie wywołanej ciężkiej anemii traumatycznej przewlekłej, jest właśnie bardzo ciekawe, jako dowodzące dobitnie, że przy takiej anemii dane badania krwi mogą dawać wyniki, dawniej uznawane za charakterystyczne dla blednicy: 20% hemoglobiny przy 30% normalnej ilości czerwonych krążków krwi. Nie jest to dla J. ani dziwnem, ani też niezwykłym, jak nie dziwi go np. brak megalo-blastów w tej krwi, lecz jest ciekawem, jako oparty na niezwy-

kłym przypadku przyczynek do zdania, że szematów dla rozpoznawania choroby z samego badania krwi niema.

Również ciekawą jest notowana przez S. wybitna cozynofilia w jego przypadku. Jest to nowy dowód wyłaniających się coraz bardziej poglądów, że w sprawie odradzania się krwi komórki cozynofilowe stanowią jeden z ważnych czynników, a właściwie liczne ich wystąpienie jest jednym z ważnych etapów regeneracji krwi. Stąd może ona być tem większą, im regeneracja jest potrzebniejszą i im idzie pomyślniej, co znowu zależy od szeregu innych warunków [etyologia przypadku],

Ponieważ przy tak silnej anemii krwi odradzanie się czerwonych ciałek musi następować szybciej [choć nie zawsze dostatecznie], a przez to przepojenie stromy nowych krążków hemoglobina rzadko bywa jednolitem zarówno co do ilości, jak, być może, i co do jakości przepajającej je substancji, stąd w tak ciężkich przypadkach anemii spostrzegać się czasem daje nierównomierne i niejednakowe [co do koloru] barwienie się krążków krwi, widoczne przy badaniu (*polychromasia*). J. zapytuje prelegenta, czy nie przesłyszał czasem jakiejś uwagi w tej mierze? [Autoreferat].

M. REJCHMAN, podnosząc ważność rozpoznania choroby w danym przypadku, zapytuje, czy są dane pozwalające odróżnić jajka tęgoryjca od jajek glistnicy robaczkowatej (*oxyuris vermicularis*), do których są podobne?

DOWNAROWICZ zwraca uwagę, że zmiany czuciowe, spostrzegane u przedstawionego chorego, mają formę segmentarną, przez co mogą wskazywać na zmiany w mleczu.

J. PIOTROWSKI z powodu głosu JANOWSKIEGO o znaczeniu cozynofilii we krwi, które jest jeszcze hypotetycznem, zaznacza, że należy się zastrzedz, że nie w każdej anemii bywa tak wiele ciałek cozynofilowych.

Z wyników badania krwi widać, że jest to anemia *gravis*, lecz nie przedstawia obrazu *anemiae perniciosae*, ponieważ krew tego chorego krzepnie dość szybko, niema w niej leukopenii i megaloblastów, co bywa w anemii *perniciosa*. Przeglądając preparaty tej krwi, PIOTROWSKI dziwił się, że niema tutaj, wobec tak małej ilości hemoglobiny, większych zmian morfologicznych erytrocytów. Objawy zaś anemii z cozynofilią mogą budzić same przez się podejrzenie na obecność pasorzytów kiszkowych.

W odpowiedzi na zapytania JANOWSKIEGO i REJCHMANA, SOKOŁOWSKI zaznacza, że wspominał o niejednakowem zabarwieniu czerwonych krążków krwi; co zaś dotyczy jajek, to jajka tęgoryjca zawsze mieszczą w sobie po kilka segmentów przewężnych, czego niema w jajkach glistnicy; powtóre, od kwasu octowego jajka glistnicy pęcznieją, jajka zaś tęgoryjca pozostają bez zmiany.

Na uwagę DOWNAROWICZÓWNY SOKOŁOWSKI odpowiada, że zmiany w czuciu w danym przypadku są, zdaniem jego, więcej zależne od zmian w nerwach obwodowych, aniżeli od zmian w mleczu, ponieważ występują one zmiennie; zresztą dalsza obserwacja wykaze, o ile objawy te będą się zmieniać przy poprawie chorego.

Za odczyt podziękowano SOKOŁOWSKIEMU przeciągłymi oklaskami.

XII. Jan PILTZ [z Lozanny] wygłosił odczyt p. t.: „Kilka słów o nowych zjawiskach źrenicowych“. We wstępie prelegent w kilku słowach przypomina o znanych i ogólnie przyjętych odruchach źrenicowych. Źrenice zwężają się:

- a) Wskutek podrażnienia nerwu okoruchowego,
- b) przy porażeniu nerwu współczulnego,
- c) przy porażeniu nerwów naczynio-ruchowych tęczówki,
- d) przy zwiększonym dopływie krwi do naczyń tęczówki.

Obserwujemy zwężenie się źrenic:

1) Pod działaniem światła. Tu rozróżniamy odczyn bezpośredni i współczulny z drugiego oka.

2) Przy zbieżności gałek ocznych.

3) Przy przystosowaniu się oka na bliską przestrzeń.

4) Przy każdorazowym wydechu.

5) Przy każdym uderzeniu tętna.

6) W czasie narkozy. Na początku są źrenice zwężone [DUGIEL] i dopiero później rozszerzają się.

7) Pod działaniem t. zw. *myotica: morphia, nicotinum, physostygmium* etc.

8) W przebiegu różnych organicznych chorób nerwowych (*tubes, paralysis progressiva* itd.).

9) Przy dalekowzroczności.

10) W podeszłym wieku.

11) W czasie snu. Im głębszy sen, tem źrenice mają być węższe. Przy bardzo głębokim śnie mają one być tak wąskie, że nie zwężają się wtedy nawet pod działaniem światła.

12) Pod wpływem gniewu i radości [FERE].

13) Przy myśleniu o bliskim przedmiocie.

14) Przy skupianiu uwagi na świecący się przedmiot, leżący w obwodzie pola widzenia, bez skierowywania na niego wzroku. HAAB opisał ten objaw w r. 1886 pod nazwą odruchu korowego źrenicy.

Źrenice rozszerzają się:

a) Przy porażeniu nerwu okoruchowego.

b) Przy podrażnieniu nerwu współczulnego.

c) Przy podrażnieniu nerwów naczynio-ruchowych tęczówki.

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

d) Przy zmniejszeniu dopływu krwi do naczyń tęczówki.

Obserwujemy rozszerzenie źrenic:

1) Przy zasłonięciu oka; odczyn bezpośredni lub współczulny z drugiego oka.

2) Przy rozchodzeniu się gałek ocznych.

3) Przy przystosowaniu się oka na odległość.

4) Przy każdorazowym wdechu.

5) W czasie narkozy.

6) Pod działaniem *mydriatica*, jak: *atropinum*, *homatropinum*, *duboisinum*, *hyoscyaminum*, *hyoscinium* etc.

7) W wieku dziecięcym.

8) W przebiegu chorób nerwowych.

9) Przy krótkowzroczności.

10) Pod wrażeniem bólu i wogóle przy każdym silnem podrażnieniu nerwów czuciowych skóry, jak np. przy kluciu skóry lub elektryzacji faradycznym prądem. Do tej samej kategorii zaliczamy rozszerzanie się źrenic przy torturach, przy bólach porodowych, przy *coitus*, i rozszerzenia, występujące nawet przy względnie słabych wrażeniach dotykowych.

11) Pod wpływem obawy i strachu.

12) Przy wysiłku mięśniowym.

13) Przy myśleniu o przedmiocie odległym.

W Październiku r. z. prelegent zauważył u jednego paralityka objaw następujący: gdy chory na dany rozkaz zamknie oczy i znowu je otworzy, widać źrenice silnie zwężone, które potem znowu rozszerzają się przy otwartych oczach. W prawidłowych warunkach, jak wiadomo, rzecz ma się odwrotnie. Zbadawszy w tym kierunku 30 paralityków, prelegent znalazł objaw ten u 17 [57%]. Z pośród tych 17 paralityków 11 miało źrenice zupełnie zdrętwiałe na światło, u 5 był jeszcze, jakkolwiek słaby, odruch źrenicowy na światło zachowany i 1 paralityk miał względnie normalnie działające źrenice. U niewidomych prelegent znalazł ten objaw w 43%, u katatoników (*dementia praecox*) w 28%, u epileptyków w 25% i u tabetyków w 22%. Z 40 badanych w tym kierunku zdrowych ludzi objaw ten wystąpił u 1, czyli w 2,5%; pod działaniem *homatropini sulphurici* objaw ten znika. Objaw ten nie może być uważany za patognomoniczny przy bezwładzie postępującym, ale znajdujemy go dość często w przebiegu chorób organicznych i tylko wyjątkowo u ludzi zdrowych. Nowy ten objaw źrenicowy da się sformułować w sposób następujący: Po energicznem zamyknięciu obu oczu źrenice, które przed zamyknięciem oczu były szerokie lub umiarkowanie rozszerzone, w chwili otwarcia oczu ukazują się zwężonemi. O objawie tym Purz nie znalazł żadnej wzmianki w literaturze. Drugi objaw,

który u tego samego paralityka spostrzegał PILTZ po raz pierwszy, jest następujący:

Przy przeszkodzeniu zamykania oczu przez rozsunięcie [palcami] powiek badanego oka następuje zwężenie źrenicy. Przytem gałka oczna odchodzi w górę i najczęściej na zewnątrz lub do wewnątrz i tylko czasami pozostaje na miejscu. Objaw ten PILTZ znalazł u paralityków w 70%, u niewidomych w 43%, u katatoników w 48%, u epileptyków w 37%, u tabetyków w 22%, u zdrowych w 41%.

WUNDT w r. 1880 wspomina o tym objawie, jako o zjawisku fizyologicznem, GALLASSI obserwował go w kilku wypadkach patologicznych, GIFFORD badał go u częściowo lub całkowicie ociemniałych; WESTPHAL nie mógł stwierdzić tego objawu u ludzi zdrowych.

Obydwa opisane tutaj objawy zwężania się źrenicy przy zamykaniu oczu polegają na współruchu wskutek jednoczesnej podniety ośrodka okoruchowego dla zwieracza źrenicy, albo na momentach naczynioruchowych, któreby przy silniejszym zaciśnięciu powiek warunkowały silniejszy dopływ krwi do tęczówki, a tem samem sprowadzały zwężenie źrenicy. Pierwsza hipoteza, zdaniem prelegenta, jest prawdopodobniejszą, przemawia bowiem za tem istnienie następującego odruchu źrenicy, który prelegent znalazł dotychczas u 2 paralityków, w 2 przypadkach neurastenii i u 2 ludzi zdrowych, a mianowicie, że przy silnem zamknięciu jednego oka źrenica drugiego zwęża się na chwilę, aby się dopiero potem rozszerzyć.

Następnie prelegent wspominał o opisanym przez HAAB'a w r. 1886 następującym objawie źrenicowym, przy skupianiu uwagi na świecący się przedmiot, leżący w obwodzie pola widzenia, bez odnośnego skierowywania wzroku na ten przedmiot, źrenice zwężają się. Przekonawszy się o istnieniu tego odruchu źrenicowego, prelegent znalazł sam, że przy skupianiu uwagi na czarny przedmiot, leżący w obwodzie pola widzenia bez odnośnego skierowywania wzroku, źrenice rozszerzają się.

W toku doświadczeń swoich prelegent wpadł na myśl umieszczenia świecącego się przedmiotu po za osobą obserwowaną, czyli poza obrębem jej pola widzenia i znalazł, że nawet przy wyobrażeniu sobie tego światła źrenice zwężają się, przy wyobrażeniu ciemności rozszerzają się. Wielokrotne doświadczenia na rozmaitych osobach dawały mu zawsze rezultaty dodatnie. Tutaj prelegent przytacza znane mu w literaturze wzmianki i poglądy w tej sprawie i przychodzi do wniosku, że kwestya istnienia wyobrażeniowych odruchów źrenicy, jak sam nazwał te objawy, dotychczas nie jest rozstrzygniętą. Prelegent sądzi, że są one objawem psychofizycznym ogólnym.

Chcąc usunąć wszelką możliwą subiektywność i sugestję przy obserwowaniu i rejestrowaniu tych objawów, prelegent wprowadził do doświadczenia kymographion. I w tym razie wyniki zgadzały się nadspodziewanie. Prelegent przedstawił odpowiednie rysunki.

Analogiczne doświadczenia robił prelegent nad ociemniałymi w kantonalnym instytucie dla głuchoniemych i ociemniałych w Zurychu i przekonał się, że nawet przy zupełnym zaniku siatkówki i nerwu wzrokowego istnieją jeszcze wyobrażeniowe odruchy źrenic. Jeden z tych chorych był absolutnie ślepy od 10 lat.

Dzieci i osoby roztargnione ze słabą fantazją dają mniej wyraźne wyobrażeniowe odruchy źrenic. Osoby inteligentne z żywą fantazją mają bardzo wyraźne powyższe odruchy. Wyobrażenia, które chcemy wywołać np. u osoby obserwowanej na komendę, dają odruchy słabsze, niż wyobrażenia, zjawiające się samoistnie w jej głowie. Przy zmęczeniu psychicznym odruchy te albo wcale nie występowały, albo też były bardzo słabe. Prelegent sądzi, że może w przyszłości dojdziemy na tej drodze do nowej psychofizycznej metody badania pewnej grupy zjawisk psychicznych.

Prelegent zwraca jednak uwagę, że ćwiczenie i nawyk i tu odgrywają wielką rolę, jak również i obserwacja zmian źrenicowych nie jest rzeczą łatwą.

Wreszcie prelegent zaznaczył, że, pracując w r. z. w Zurychskim instytucie fizyologicznym nad pewnemi kwestyami z dziedziny fizjologii mózgu, przypadkowo trafił u królika na pewne określone miejsce kory mózgowej, którego podrażnienia prądem elektrycznym wywołuje zwężenie przeciwległej źrenicy. Ani w pracach MUNK'a, ani HIRZIG'a prelegent nie znalazł wzmianki o takim ośrodku korowym dla źrenicy; doświadczenia jednak jego dowodzą bez wszelkiej wątpliwości istnienia takiego ośrodka dla źrenicy. A istnienie takiego miejsca na korze mózgowej zupełnie harmonizuje z istnieniem wyobrażeniowych odruchów źrenicy. W końcu prelegent nadmienił, że i wyobrażenie wysiłku mięśniowego wywołuje rozszerzanie się źrenicy,

Na zakończenie PILTZ przedstawił 2 rysunki, ilustrujące t. zw. zmienną nierówność źrenic, którą obserwował w ciągu 4 miesięcy u 4 katatoników (*dementia praecox*), nadmieniając, że istnienie tego objawu razem z innemi zaburzeniami źrenicowemi, jakie często można stwierdzić przy *dementia praecox*, obok wielu objawów organicznych, które często spostrzegamy przy tem cierpieniu, popiera poglądy KRAEPELIN'a i BLEULER'a na tę chorobę, jako na głębsze zaburzenia organiczne. Teraz już zdaje nam się, że wszystkie te kliniczne przypadki *dementiae praecocis*, które we względnie krótkim czasie kończą się kompletną demencyą, wyłonią

się w przyszłości klinicznie, jako zupełnie odrębna grupa, analogiczna do paraliżu postępującego.

W dyskusyi L. RZECZNIOWSKI prosi prelegenta o wytłumaczenie przyczyny powstawania zwięzienia źrenicy w pierwszym z przytoczonych objawów, RZECZNIOWSKI bowiem przypuszcza, że przyczyna może leżeć tutaj w zmienionych warunkach krążenia w gałce ocznej. Co do miejsca kory mózgowej, przy podrażnieniu którego udało się prelegentowi otrzymać zwięzienie źrenicy po stronie przeciwległej, to R. zapytuje, czy prelegent uważa punkt ten za ośrodek korowy źrenicy. Zwięzanie się źrenicy pod wpływem wyobrażeń, zdaniem R. jest bardzo ciekawe, za demonstracyę czego wyraża prelegentowi swoje podziękowanie. [Autoreferat].

L. DYDŃSKI zaznacza, że podobne również badania, wykazujące wpływ wyobraźni na odruch źrenicowy, robione już były na osobach, wprowadzonych w sen hypnotyczny. Gdy osobnikom takim wskazać jakikolwiek bądź przedmiot i powiedzieć, że jest to paląca się lampa, dostrzedz wtedy można zwięzanie się źrenic. Doświadczenia prelegenta różnią się tem, że były robione na ociemniałym chorym. Ów chory, używany do badań, przedstawia nader ciekawy przypadek pod tym względem, że źrenice jego oddziaływały, jak się okazuje i na rzeczywiste światło, jakkolwiek utrata wzroku była u niego zupełną. Wskazuje to, że dla odruchu źrenicowego istnieją osobne włókna, które nie służą zupełnie do przewodnictwa wrażen wzrokowych. Przypuszczenie, iż zjawisko dostrzeżone przez prelegenta, i polegające na tem, że przy biernem otwieraniu powiek, gdy badany osobnik jednocześnie przeciwdziała temu skurczeniu powiek, następuje zwięzienie źrenic i odchylenie gałki ocznej ku górze i na zewnątrz, mogło być powodowane przez jakichkolwiek bądź zaburzenie cyrkulacyjne w gałce ocznej, należy w zupełności usunąć. Fakt, że podobne zwięzienie źrenic i odchylenie gałek ocznych ku górze następuje i we śnie, wskazuje, że istnieje prawdopodobnie pewien specjalny ośrodek, który sprowadza ten szereg wspólnych i jednoczesnych ruchów. [Autoreferat].

E. DOWNAROWICZÓWNA przypomina, że istnieje hipoteza, tłumacząca zjawisko zwięzania się źrenicy przy forsownem zamykaniu powiek w ten sposób, że podrażnienie w jądrze górnej gałkzki nerwu twarzewego, który leży w bliskości jądra nerwu okoruchowego, w stanach patologicznych zwiększonej pobudliwości może przechodzić na komórki nerwu okoruchowego.

Wice-Prezes NUSSBAUM sądzi, że, jeżeli u niewidomego pod wpływem światła zwięzały się źrenice, to musiały pozostać w siatkówce jakieś cząstki włókien, wrażliwych na światło. U niewidomego nie mogą źrenice oddziaływać na światło, lecz mogą oddziaływać na wyobrażenie.

W odpowiedzi na zapytania RZECZNIOWSKIEGO PILTZ zaznacza, że istnieją dwie hipotezy, o których wspominał w odczycie, objaśniające objawy zwężania się źrenic przy zamykaniu oczu. Prawdziwszą jest teoria, że objaw ten zależy od współruchu wskutek jednoczesnej podniety ośrodka okoruchowego. Co do miejsca kory mózgowej, przez którego podrażnienie można otrzymać zwężenie źrenicy po stronie przeciwległej, to, zdaniem PILTZA, jest to najprawdopodobniej ośrodek korowy źrenicy.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *St. Markiewicz.*

Pom. Sekretarza *A. Łogucki.*

Posiedzenie kliniczne dnia 21 Listopada 1899 roku.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 66 i gości 8.

T r e ś ć: Wyznaczenie przez Zarząd wysokości 3 nagród konkursowych imienia D-ra Adama HELBICHA na następne czterolecie.

A. SOKOŁOWSKI. — Przedstawienie okazów tego-
ryjca dwunastnicy (*anchylostomum duodenale*).
Fr. NEUGEBAUER. — Przedstawienie dziecka z her-
mafrodytyzmem.

L. LUBLINER. — Przedstawienie rentgenogramu
górnej części tułowia dziecka, które połknęło
monetę kopiejkową.

L. KRAUZE. — Przedstawienie chorego po opera-
cji przepukliny „*par glissement*“.

St. KOPCZYŃSKI. — Przyczynek do symptomatolo-
gii i anatomii patologicznej syfilisu mózgu oraz
kilka słów o t. zw. „*Pseudoparalysis luetica*“
wraz z przedstawieniem makro- i mikroskopo-
wych preparatów.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przy-
jęto.

II. PREZES wita obecnych na posiedzeniu gości kolegów: SZLEIFSTEJNA, AL. ŻEBROWSKIEGO, SZOKALSKIEGO, MORDASEWICZA, ZAWISTOWICZA, MAZOWIECKIEGO, LORENTOWICZA i KNAPPEGO.

III. PREZES ozdajmia, że, zgodnie z wyświeceniem przez radców prawnych Towarzystwa regulaminu w kwestyi przyznawania nagród konkursowych imienia D-ra A. HELBICHA. Zarząd na ostatniem posiedzeniu wyznaczył na następne czterolecie 3 nagrody konkursowe za trzy prace, uznane za najlepsze z pomiędzy nadesłanych. Nagrody wynosić będą: pierwsza 450 rubli, druga—300 rubli i trzecia 150 rubli.

Ogłoszenia tematów i wysokości nagród znajdują się w pismach lekarskich.

PREZES zapytuje się, czy Towarzystwo zgadza się na przyznanie takich nagród?

Z powodu tego A. SOKOŁOWSKI zaznacza, że przy większej ilości prac może zająć trudność w orzeczeniu, której z prac przyznać nagrodę pierwszą, której drugą i trzecią. Proponuje więc, aby wszystkie nagrody były jednakowe.

Na co Wice-PREZES odpowiada, że komitet konkursowy będzie zmuszony przy ocenianiu prac uwzględniać z jednej strony doniosłość tematu, z drugiej strony ilość włożonej pracy i w ten sposób będzie w stanie stopniować zasługi autorów.

Na wyznaczenie powyższych nagród zgodzono się.

IV. Kurator Warszawskiego Okręgu Naukowego zawiadomił, iż zatwierdził jako stypendystów imienia D-ra KOCZOROWSKIEGO następujących studentów: Borzęckiego, Gryglewicza, Jarzyńskiego, Kowalczewskiego i Kizlera; co do studenta Koczorowskiego, to ma być przysłana osobna opinia.

Student Cyrkler zatwierdzony został jako stypendysta imienia D-ra GOŁĘBIEWSKIEGO.

V. PREZES zawiadamia, że Jenerał - Gubernator w odezwie swej odmawia przyznania tytułu członka honorowego Towarzystwa prof. L. RYDYGIEROWI.

VI. PREZES ozdajmia, że koledzy: Jerzy BRUNNER, Stefan GĄSZYŃSKI, Stanisław ZABOROWSKI, Bernard POLKIER i Bronisław WAGNER złożyli podania o zaliczenie ich w poczet członków czynnych Towarzystwa.

BRUNNERA przedstawia St. MARKIEWICZ, popierają M. SADOWSKI i Wł. KRAJEWSKI, sprawozdania z prac podjął się A. LANDR.

GĄSZYŃSKIEGO przedstawia J. GARBOWSKI, popierają M. KORZENIOWSKI i Wł. KRAJEWSKI. sprawozdawcą z prac ma być A. KAR-CZEWSKI.

Br. SAWICKI przedstawia ZABOROWSKIEGO, popierają A. KARCZEWSKI i Witosław DĄBROWSKI, sprawozdanie z prac odczyta Witold ŻURAKOWSKI.

POLIKIERA przedstawia H. NUSBAUM, popierają O. HEWELKE i A. SOKOŁOWSKI, sprawozdania z prac podjął się J. WINIARSKI.

Wreszcie B. GEPNER przedstawia WAGNERA, popierają J. PESZKE i B. GEPNER [syn], sprawozdawcą będzie W. KAMOCKI.

VII. Nadesłano do biblioteki Towarzystwa odbitki prac IIIGIERA, program kongresu międzynarodowego w Paryżu w roku 1900, oraz „Rozprawy Akademii umiejętności“ z wydziału matematyczno-przyrodniczego [serya II, tom XVI].

VIH. A. SOKOŁOWSKI przedstawił okazy tęgoryjca dwunastnicy, które odeszły w niewielkiej ilości po zadaniu *extracti filicis mar. aeth.* przedstawianemu na poprzednim posiedzeniu chińczykowi, nadmienając, że list chińczyka został przetłomaczony w ambasadzie w Petersburgu. W liście tym chory opisuje, że słabo widzi i nieco przygłuchł. Są to zjawiska, które idą w parze z objawami ogólnej anemii. Stan chorego po odejściu pasorzytów poprawił się nieco; chory obecnie jest w stanie chodzić. W kale jednak jajka tęgoryjca jeszcze się znajdują. Po kilku dniach chory otrzyma nową porcję wyciągu paproci alpejskiej.

IX. Fr. NEUGEBAUER przedstawił kilkutygodniowe dziecko z hermafrodytyzmem męzkim.

X. L. LUBLINER przedstawił odbitkę fotograficzną zdjęcia za pomocą promieni ROENTGEN'a górnej części tułowia dziecka, które połknęło monetę kopiejkową.

6-go dnia po wypadku matka przyprowadziła dziecko do LUBLINERA, który po zbadaniu podejrzewał, że moneta znajduje się w górnej części przelyku.

BREGMAN zrentgenografował dziecko; okazało się, że moneta tkwi w górnej części przelyku; monetę wydobyto za pomocą koszyczka GRAEFE'go. LUBLINER zwraca uwagę, że rentgenografia zrobiła w ostatnich czasach znaczne postępy.

XI. L. KRAUZE przedstawił 39-letniego chorego, woźnicę, który przybył do szpitala starozakonnych z uciśniętą przepukliną pachwinową po stronie lewej. Nazajutrz po przybyciu chorego przepuklina częściowo odeszła i chory czuł się lepiej. Przepuklina, aczkolwiek wolna, dokuczwała jednak choremu bardzo; paska nie mógł on nosić, gdyż przepukliny w zupełności odprowadzić nie było można. Aby się pozbyć przepukliny, chory zgodził się na poddanie się operacji radykalnej, do której KRAUZE przystąpił w dniu 26 Sierpnia r. b. Podczas operacji okazało się, że worek przepuklinowy jest mocno przyrośnięty do tkanek i powrózka nasiennego, na zewnątrz zaś i nieco ku tyłowi od worka znajdował się duży kłęb, pokryty dość grubą warstwą tłuszczu i również

mocno przyrośnięty do tkanek moszny. Oddzielenie worka było nadzwyczaj trudne; przy oddzielaniu worka w górnej jego części od kłęba naderwanym został kłęb. Wtedy okazało się, że kłęb ten stanowił pętlę kiszki, mocno zrośniętą z workiem i tkankami moszny. KRAUZE wyciął całą tę pętlę długości 40 cm., a końce złączył za pomocą dwupiętrowego szwu ciągłego; do jamy zaś brzusznej wprowadził pasek gazy jodoformowej.

W przypadku tym KRAUZE miał do czynienia z przepukliną, którą francuzi nazywają *hernie par glissement*, a mianowicie jest to przepuklina kiszki grubej, znajdującej się obok przepukliny kiszki cienkiej we wspólnym worku albo też nazewnątrz od worka. Chory zniósł operację bardzo dobrze, nie gorączkował; 7-go dnia po operacji nastąpiło pierwsze obfite wypróżnienie, 11 dnia po operacji można było skonstatować przetokę kałową, która w ciągu trzech tygodni zagoiła się. Przypadki przepuklin „*par glissement*” zdarzają się bardzo rzadko i zawsze są przeszkodą do wykonania operacji doszczętnej. We wszystkich prawie dotychczas spostrzeganych przypadkach trzeba było albo przerywać operację, albo też wycinać całą pętlę, by dać choremu możliwość noszenia paska przepuklinowego. [Autoreferat].

XII. Stanisław KOPCZYŃSKI wypowiedział: „P r z y c z y n e k do symptomatologii i anatomii patologicznej syfilisu mózgu oraz kilka słów o t. zw. „*Pseudoparalysis luetica*” wraz z przedstawieniem makro- i mikroskopowych preparatów.

St. KOPCZYŃSKI opisał przypadek syfilisu mózgu, spostrzegany klinicznie w zakładzie dla obłąkanych w Dalldorfie pod Berlinem, a badany pod względem anatomo-patologicznym przez prelegenta w pracowni prof. OPPENHEIM'a w Berlinie. Przypadek dotyczył 42-letniej kobiety, która na trzy lata przed śmiercią zaczęła doznawać stopniowego zaniku władz umysłowych. Po dwóch latach choroby nastąpił atak apoplektyczny z następczym lewostronnym bezwładem połowicznym. Po kilku tygodniach zjawilo się porażenie nerwu okoruchowego prawego. Pomimo energicznego leczenia przeciwsyfilitycznego, poprawy stanu nie otrzymano prawie wcale. Zniechęcenie umysłowe (*dementia*) trwało w dalszym ciągu; tylko ruchy gałki ocznej stały się nieco swobodniejszymi. Szerokość i oddziaływanie źrenic na światło podlegały ciągłym wahaniom. Chora zmarła po całorocznym pobycie w zakładzie wskutek przewlekłej sprawy w nerkach i wyczerpania mięśnia sercowego. Sekcja wykazała w mózgu i rdzeniu następujące zmiany: spłaszczenie zawojów czołowych, zgrubienie i stwardnienie naczyń u podstawy mózgu, dwa ogniska rozmiękczenia w okolicy torebek wewnętrznych i jądra soczewkowego, z prawej strony wielkości monety 15-kopiejkowej, z lewej zaś wielkości ziarnka gro-

chu, jak również bliznowate stwardnienie w prawej dolnej połowie mostu. Badanie mikroskopowe w *gyrus centralis* zmian wyraźnych nie wykazało; w ogniskach rozmiękczenia znaleziono komórki ziarniste (*Fettkörnchenzellen*), barwnik krwi, resztki naczyń włosowatych, ciała amyloidalne; w innych miejscach jądra soczewkowego drobne wybroczyny krwawe i nacieczenia drobnokomórkowe, zwłaszcza wzdłuż przestrzeni okołonaczyniowych. Następnie wzdłuż mózgu i rdzenia w odpowiednich miejscach znaleziono zwyrodnienie dróg piramidalnych, zwłaszcza po stronie prawej. Oprócz tego, cały nerw okoruchowy prawy u podstawy odnogi mózgowej okazał się zwyrodniałym, a opona miękka w t. zw. trójkącie międzykonarowym (*trigonum interpedunculare*) okazała się zgrubiałą, nacieczoną drobnymi komórkami. Drobną tętnica pod poduszką wzgórza (*pulvinar thalami optici*) przedstawiała wybitne zmiany: błona wewnętrzna w bardzo wysokim stopniu wybujała i nacieczona drobnymi komórkami, błona elastyczna znacznie pofałdowana, w niektórych miejscach rozszczepiona i poprzerywana, ze skupieniami drobnokomórkowymi w zagłębieniach fałd, błona mięśniowa niezmieniona, błona zewnętrzna w swych szczelinach mocno nacieczona okrągłymi komórkami. Światło naczynia wypełnione zakrzepem w stanie organizacji łącznie tkankowej. Zmiany w naczyniach znaleziono i w trójkącie międzykonarowym (*trigonum interpedunculare*), a także z prawej strony mostu WAROL'a. W wielu naczyniach wybujała błona wewnętrzna pozrastała się w kilku miejscach, tworząc kilka światel. Niektóre naczynia przedstawiały cechy t. zw. arteryomatów HEUBNER'owskich. Zewnętrzna część błony wewnętrznej (*m. intimae*) przedstawiała się blado, jąder w niej znaleziono 1 małe, wewnętrzna zaś barwiła się mocno; widać w niej było liczne włókienka z pałeczkowatymi jądrami ułożone współśrodkowo, słowem przypominała błonę mięśniową. Wewnątrz od niej leżała druga błona elastyczna, pokryta śródbłonkiem. W prawej dolnej części mostu WAROL'a widać było bliznowate stwardnienie, prawdopodobnie jako następstwo miejscowego zapalenia specyficznego lub rozmiękczenia. W rdzeniu znaleziono zwyrodnienie dróg piramidalnych w pęczkach bocznych; w pęczkach przednich żadnych zwyrodnień się nie okazało. Wybitne zmiany znaleziono w okolicy skrzyżowania się nerwów wzrokowych (*chiasma*): na obwodzie opona miękka okazała się nacieczoną drobnymi komórkami, a po przegrodach łącznotkankowych nacieczenie to szło wewnątrz skrzyżowania naczyń, biegnąc obok *chiasma* i wzdłuż jednego szlaka pasma wzrokowego (*tractus opticus*)—przedstawiała więc obraz krwotoku wewnątrz ściankowego; między naczyniem a skrzyżowaniem opona miękka przedstawiała cechy gumatyczne. Rozmiękczenia i wybroczyny krwawe szły z obwodu nieco do środka skrzyżowa-

nia. Szlak i nerw wzrokowy na dalszym przebiegu zmian wyraźnych nie przedstawiały.

KOPCZYŃSKI analizuje swój przypadek najpierw ze stanowiska klinicznego, później anatomo-patologicznego. Zaznacza, iż postać naczyniowa syfilisu mózgu jest najcięższą, iż *haemiplegia alternans* była tu uwarunkowana dwoma oddzielnymi ogniskami, jednym w torebce wewnętrznej, drugim u podstawy odnogi mózgowej; wspomina, iż gdyby nie zniedołężnienie chorej można by było wykryć u niej pewne braki w polu widzenia, a z czasem prawdopodobnie wystąpiło by „*haemianopsia bitemporalis*“ ze względu na środkowe zajęcie *chiasma*. Ze względu na to, iż chora przedstawiała obraz kliniczny paraliżu postępującego, prelegent rozbiera stosunek *dementiae paralytica* do wyodrębnionej przez FOURNIER'a *pseudo-paralysis luetica*. Najpierw KOPCZYŃSKI przedstawia pogląd na psychozy syfilityczne różnych autorów, jak WILLE, HEUBNER, ORERMEIER, CLOUSTON, MAIRET, POSTOWSKI, RYCHLIŃSKI, ROSENTHAL, BINSWANGER, HOMEN, MENDEL, THOMSEN, LANCEREAUX, ZACHER, FOURNIER, KRAFFT-EBING, i, opierając się zwłaszcza na pracach WICKL'a i KLEIN'a, przedstawia cechy znamienne, odróżniające *pseudo-paralysis luetica* od *dementiae paralyticae*. Przy *pseudo-paralysis luetica* niema tej głębokiej zmiany charakteru co przy paraliżu postępującym; przez długi czas zachowany jest pogląd krytyczny na chorobę, spotykamy zwykle objawy ogniskowe, porażenia lub niedowłady z zajęciem nerwów czaszkowych, spostrzegamy bóle głowy, wahania się w wielkości i oddziaływaniu źrenic, przyczem objawom tym towarzyszą zwykle zaburzenia nerwu okoruchowego; wreszcie czas trwania tej choroby jest znacznie dłuższy. Różniczkowanie jest ważne ze względu na leczenie: przy *dementia paralytica* leczenie specyficzne szkodzi, przy *pseudo-paralytica luetica* bardzo pomódz może.

Dalej KOPCZYŃSKI analizuje notowany objaw wahaniasię w wielkości, a zwłaszcza w oddziaływaniu źrenic. Powołuje się na podobne przypadki z literatury OPPENHEIMA, SIEMERLING'a, BUTTERSAEK'a, OESTREICHER'a, BECHTEREW'a i innych, rozbiera poglądy różnych autorów, jak MEYNERT, SCHUTZ, MONAKOW, MASSAUT, MOELI i innych, na podkład anatomo-patologiczny zwrotnej nieruchomości źrenic i zaznacza, że owe wahania się w oddziaływaniu zależę mogły i od nasileń i spadków sprawy specyficznej w dośrodkowym łuku odruchowym—w *chiasma*.

Następnie prelegent rozpatruje kwestję znalezionych na preparatach t. zw. arteryomatów HUEBNER'owskich, przytacza pogląd na tę sprawę HEUBNER'a, RUMPF'a, OBERMEIER'a, ORŁOWSKIEGO i przychodzi do wniosku, iż w podobnych przypadkach mamy do czynienia nie z tętnicą w tętnicy, nie z nową błoną mięśniową i elastyczną, lecz jedynie ze zróżniczkowaną wybujalą błoną wewnętrzną. Części jej, położone przy świetle naczynia, tylko przy-

pominają błonę mięśniową, lecz nią nie są. Co się tyczy drugiej błony elastycznej, to trudno orzec, czy mamy do czynienia z nowo-wytworzoną błoną, czy też z rozszczepioną starą.

W końcu KOPCZYŃSKI zwraca uwagę na to, iż w swoim przypadku znalazł zwyrodnienie dróg piramidalnych tylko w pęczkach bocznych i przychodzi do wniosku, że drogi te w jego przypadku uległy zupełnemu skrzyżowaniu. Przytacza dalej poglądy FLECHSIG'a na zmienność w stosunku wzajemnym dróg piramidalnych przednich i bocznych i powołuje się na jego obliczenia, podług których zupełne skrzyżowanie zachodzi w 11% wszystkich rdzeni.

[Autoreferat].

W dyskusji L. BREGMAN jest tego zdania, że granicy między syfilisem mózgu z jednej, a paraliżem postępującym z drugiej strony nie da się ściśle przeprowadzić, tak samo jak między syfilisem rdzenia, a wiałem rdzenia. Spostrzegamy przypadki syfilisu mózgu, których od paraliżu postępującego odróżnić niepodobna. Pod względem etyologicznym różnicy zasadniczej nie ma, gdyż związek przyczynowy między paraliżem i syfilisem jest, zdaniem BREGMANA, niewątpliwy. Różniczkowanie kliniczne jest niemożliwe, ponieważ wszystkie objawy przytaczane—porażenia połowiczne, objawy żrenicowe, porażenia mięśni okoruchowych itd. spostrzegają się zarówno w jednym, jak i w drugim cierpieniu. Anatomia patologiczna ośrodków nerwowych często nie daje pewności w rozpoznaniu przymiotu; zresztą w ostatnich czasach mnożą się spostrzeżenia, w których obok zmian, właściwych paraliżowi postępującemu lub wiałowi rdzenia, znajdowano zmiany swoistoprzymiotowe. Rokowanie wreszcie nie jest bynajmniej w przymiocie mózgu tak dobre, jak to wielu przypuszcza; zwłaszcza przypadki, podobne do paraliżu postępującego, przebiegają zwykle niepomyślnie.

Co się tyczy objawów ze strony żrenic, to BREGMAN zaznacza, że na zasadzie nowszych spostrzeżeń zwrotna nieruchomość żrenic [z zachowaniem oddziaływania na przystosowanie] może być umiejscowiona nie tylko w torach dośrodkowych i w torach, łączących ośrodki, lecz i w samych nerwach okoruchowych w następstwie jakiegokolwiek sprawy obwodowej w tych nerwach. W danym przypadku, wobec zmienności tego objawu, równoległe z porażeniem nerwu okoruchowego umiejscowienie to jest najprawdopodobniejsze.

[Autoreferat].

W odpowiedzi KOPCZYŃSKI zaznacza, że w odczycie swym kwestję różniczkowania pomiędzy paraliżem postępującym a *pseudo-paralysis luetica* rozpatrzył szczegółowo; przypomina tutaj choćby tylko jedną z cech różniczkowych, t. j. długość trwania *pseudo-paralysis luetica*, który w przypadkach KLEIN'a trwał lat 15 i więcej.

Co się tyczy kwestyi leczenia, to ma ono znaczenie bardzo ważne, zwłaszcza w początkowych okresach *pseudoparalysislueticae*, gdyż przy paraliżu postępującym specyficzne leczenie, na co się wszyscy zgadzają, szkodzi, a przy *pseudo-paralysisluetica* wybitną korzyść przynieść może.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *St. Markiewicz.*

Pom. Sekretarza: *A. Łogucki.*

Posiedzenie kliniczne dnia 28 Listopada 1899 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 43 i gości 7.

- T r e ś ć:** L. DYDŃSKI.—Przedstawienie dziecka z mózgowem porażeniem dziecięcym.
J. WINIARSKI.—Przedstawienie chorego z tętniakiem aorty piersiowej oraz rentgenogramu klatki piersiowej tego chorego.
L. BREGMAN.—Przedstawienie chorego z porażeniem nerwów: okoruchowego i bloczkowego wskutek ograniczonego pęknięcia czaszki i następczego krwotoku.
T. HEIMAN.—O zapaleniu pierwotnem wyrostka sutkowego.
A. GĄBSZEWICZ.—Sprawozdanie z prac kol. Aleksandra KOPCZYŃSKIEGO.
M. JAKOWSKI.—Sprawozdanie z prac kol. Ignacego LANDSTEJNA.
K. RYCHLIŃSKI.—Sprawozdanie z prac kol. Rafała RADZIWIŁLOWICZA.
W. KAMOCKI.—Sprawozdanie z prac kol. Bronisława WAGNERA.
W. ŻURAKOWSKI.—Sprawozdanie z prac kol. Stanisława ZABOROWSKIEGO.
A. LANDE.—Sprawozdanie z prac kol. Jerzego BRUNNERA.

B. GEPNER.—Sprawozdanie z prac kol. Michała JANUSZKIEWICZA.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjąto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kol.: NIEDZIELSKIEGO [z Ojcowa], SZWENGRUBENA, ŻEBROWSKIEGO, LESZCZYŃSKIEGO, RYBICKIEGO, SZLEIFSTEJNA i A. HEIMANA.

III. Fr. NEUGEBAUER złożył do biblioteki 5 broszur kol. STEMBO [z Wilna] i zeszyt „Medicinischer Anzeiger“.

IV. PREZES odczytał odezwę sekcji akuszeryjnej b. VII Zjazdu lekarzy rosyjskich z prośbą o wypełnienie przez kolegów, którzyby zechcieli, nadesłanego kwestyonaryusza w sprawie wpływu ciąży na przebieg chorób serca, płuc i nerek.

V. L. DYDŃSKI przedstawił nadzwyczaj rzadki przypadek mózgowego porażenia dziecięcego (*cerebrale Kinderlähmung*) przysłany mu do zbadania przez kol. GRUŻEWSKIEGO. Matka chorego dziecka mieszka na wsi w gub. Siedleckiej, pochodzi z rodziny zdrowej; sama, jak twierdzi, nigdy poważnie nie chorowała i w chwili obecnej tak pod względem fizycznym, jako też i psychicznym, nic nieprawidłowego nie przedstawia. Ojciec również jest zdrowy; przed 3 laty przyszło na świat pierwsze dziecko, zupełnie zdrowe, które prawidłowo się rozwijało i zmarło w r. b. wskutek dyfterytu. Ostatnią ciążę matka przeżyła normalnie; nie chorowała w czasie niej, ani też żadnym urazom nie podlegała. Przed miesiącem urodziła dziecko, płci żeńskiej, które po urodzeniu przedstawiało się w takim samym stanie, jak i obecnie. Poród sam był bardzo łatwy, odbył się bez pomocy lekarskiej.

Dziecko przedstawia porażenie wszystkich czterech kończyn, zupełnie symetrycznie i w jednakowym stopniu wyrażone zarówno na prawych, jak i na lewych kończynach. Przedewszystkiem rzucają się w oczy przykurczenia całych grup mięśniowych, tak silne, że wyprostowanie kończyn jest prawie niemożliwe, a wszystkie usiłowania wyprostowania są dla dziecka bardzo bolesne. Przykurczenia te są tego samego typu, jaki spostrzegamy przy porażeniach mózgowych, a więc dotyczą przedewszystkiem mięśni zginaczy i w obwodowych ucząstkach muskulatury są wyrażone wybitniej, aniżeli w więcej ośrodkowych. Najwybitniej występują w mięśniach zginaczach stawu napięstnego. Prócz tego, przy ruchach biernych odznacza się wyraźne wzmożenie napięcia mięśniowego, *rigiditas* mięśni. Zdaje się, że i stawy są do pewnego stopnia zreformowane, tak że ograniczenie ruchów biernych z jednej strony zależnem jest od przykurczeń, z drugiej zaś i od zmian w stawach. Odruchy ścięgnowe wskutek znacznych przykurczeń otrzymać można z trudem. Zaników mięśni zauważyć się nie daje. Ruchy dowolne są prawie całkowicie zniesione.

Jako podstawę anatomiczną tych zaburzeń, najprawdopodobniej przypuścić można porencefalję, t. j. brak rozwoju ruchowych zawojów kory mózgowej. Rzadkość przypadku polega na owej nadzwyczajnej symetryczności porażenia, dowodzącej, że obie półkule mózgu w jednakowym stopniu przyjęły udział w sprawie patologicznej. [Autoreferat].

VI. J. WINIARSKI przedstawił Romana Ch., 64 lat liczącego, rymarza, z tętniakiem aorty piersiowej.

Chory ten przybył dnia 8 Listopada r. b. na oddział CHEŁCHOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus, skarżąc się na ból w dołku, w lewym podżebrzu i w dolnych częściach klatki piersiowej z lewej strony. Bóle te z małemi przerwami trwają już 3 lata, stopniowo się wzmagają i występowały w postaci napadów bardzo silnych, tak że chory, idąc, musiał zatrzymywać się i bóle te uspakajał w ten sposób, że zginał się naprzód i rękoma uciskał żebra. Miewał i bicia serca. Od kilku lat nie może chodzić szybszym krokiem, wchodzić na schody itd. Chory w 20 roku życia miał szankra miękkiego i trypra, w 22-im roku przechodził cierpienie gardła (*Angina phlegmonosa*), w 47-ym miał *furunculosis* na dolnych kończynach i różę. Około 30 roku życia rozwinęła się *Alopecia*. Przed 3 laty był spuchnięty [głównie brzuch, piersi i nogi], miał bóle i uczucie pieczenia w dołku i w prawym podżebrzu i odpływał dosyć dużo krwi [około 2 szklanek]; po upływie 3—5 dni krwioplucie ustało; obrzęki trwały około 2 miesięcy.

Status praesens. Chory wzrostu średniego, cery prawidłowej, budowy umiarkowanej. Odżywianie średnie. Stan bezgorączkowy. P. 80, celer miarowy, R 20. Cała lewa połowa klatki piersiowej wyraźnie powiększona, zwłaszcza z tyłu w dolnych częściach [różnica pomiędzy prawą a lewą połową wynosi: pod pachą 1 ctm., a na wysokości sutek 2 ctm.]. Mostek u dołu skrzywiony na lewo. Cała lewa połowa klatki piersiowej przyjmuje udział w tętnieniu. *Pulsatio in jugulo.* Z tyłu pomiędzy kątem łopatki i kręgosłupem widać tętniący guz na 8, 9 i 10 żebrze; wymiar podłużny jego—7 ctm., poprzeczny 6 ctm. Odpowiednie żebra są nadżarte. Na miejscu guza odgłos opukowy tępy, okrążony przestrzenią względnego stłumienia. Dolne międzyżebra z lewej strony na dotyk bolesne; czucie skórne [dotykowe i bólowe] obniżone. Kręgosłup skrzywiony na prawo (*Scoliosis dextra*) na wysokości 1, 2, 3—7 kręgów piersiowych. Tępość serca powiększona na lewo, na szerokość palca z linią sutkową lewą; wierzchołek w 6 międzyżebrow na zewnątrz brodawki. Tony serca czyste, z wyjątkiem aorty, po nad którą [w 3-iem prawem międzyżebrow i na mostku] słychać wyraźny szmer rozkurczowy. Tony serca słychać wyraźnie i na całej klatce piersiowej.

Silna pulsacja tętnic; w *plica cubiti* słychać ton; również nad *A. dorsalis pedis*. Granice płuc obniżone o 1 międzyżebro. Śledziona i wątroba zboczeń nie przedstawiają. Mocz barwy żółtej, słabo kwaśny, o ciężarze gatunkowym 1015, białka ani cukru nie zawiera. Badanie za pomocą promieni ROENTGEN'a, dokonane dnia 13 b. m. w pracowni szpitali warszawskich w Szpitalu św. Ducha przez kol. BARSZCZEWSKIEGO, wykazało z tyłu w okolicy opisanego guza cień bardzo silny; nadto całe lewe płuco ponad tym cieniem wyszło na roentgenogramie, który WINIARSKI na posiedzeniu przedstawia, nieco ciemniej, niż płuco prawe, a co WINIARSKI stawia w przypuszczalnej zależności od ucisku płuca przez tętniak aorty. WINIARSKI zwraca uwagę na ważność badania za pomocą promieni ROENTGEN'a i sądzi, że o znaczeniu rozpoznawczym tej nowej metody badania będzie można wypowiedzieć więcej stanowcze zdanie dopiero wówczas, gdy wyniki badania klinicznego [za pomocą opukiwania i osłuchiwania] będą porównywane z wynikami badania za pomocą promieni ROENTGEN'a oraz kontrolowane z wynikami badania pośmiertnego. [Autoreferat].

VII. L. BREGMAN przedstawił chorego, 55 lat liczącego, który przed 3 tygodniami w stanie podchmielonym spadł ze schodów.

Objawów wstrząśnienia mózgu nie było. Nazajutrz chory zauważył, że ma lewe oko zamknięte i otworzyć go nie był w stanie. Innych objawów, prócz bólów w nogach, nie było.

Badanie stwierdziło: *Ptoxis sinistra*; lewe oko zbacza na lewo (*strabismus divergens*); porusza się dobrze ku stronie lewej, naprawo zaś nie dochodzi do linii środkowej; we wszystkich innych kierunkach ruchy są zniesione. Żrenica lewa jest szersza od prawej; na światło nie oddziaływa wcale; przy przystosowaniu daje reakcję wyraźną. W innych nerwach mózgowych zaburzeń nie wykryto. BREGMAN rozpoznaje porażenie nerwów okoruchowego i bloczkowego, które, wobec braku innych objawów, umiejscowić należy na podstawie czaszki; przyczyną porażenia musi być ograniczone pęknięcie czaszki i następny krwotok.

W przypadku tym zasługuje na uwagę:

1) Ograniczenie porażenia wyłącznie do nerwów okoruchowego i bloczkowego spostrzega się rzadko; zazwyczaj ulega urazowi więcej nerwów.

2) Zwężenie się żrenicy przy akkomodacji jest objawem powrotu czynności naruszonego nerwu. Wraz z równoczesnym brakiem oddziaływania na światło daje ono t. zw. objaw ARGYLL-ROBERTSONA, spostrzegany tak często w cierpieniach ośrodków nerwowych. Przypadek ten dowodzi, że ten sam objaw powstać może w cierpieniu obwodowym nerwu okoruchowego.

3) W przypadku tym otrzymuje się reakcyę zwyrodnienia mięśnia, unoszącego górną powiekę. Mięsień ten, wbrew przyjętemu powszechnie mniemaniu, iż mięśnie oczne nie odpowiadają wcale na prąd elektryczny, kurczy się wyraźnie przy zastosowaniu prądu galwanicznego; powieka górna podnosi się. Przy prądzie słabym skurcz następuje przy zamykaniu prądu na katodzie, przy silniejszym [około $2-2\frac{1}{2}$ MA] staje się widocznym przy otwieraniu na katodzie, zamykaniu lub otwieraniu na anodzie: przy zamykaniu zaś na katodzie zasłania go prawidłowy skurcz mięśnia, okrążającego oko. Reakcyja ta tłumaczy się wzmoczoną pobudliwością mięśnia; w warunkach normalnych nie otrzymujemy jej. [Autoreferat].

VIII. T. HEIMAN wypowiedział odczyt p. t.: „O zapaleniu pierwotnem wyrostka sutkowego“.

W sprawie cierpień narządu słuchowego głównie panują dwa prądy: jedni lekarze nie wiele zwracają uwagi na tego rodzaju cierpienia, inni natomiast chcą widzieć chorobę ucha tam, gdzie jej niema, lub też odnoszą do niej cierpienia, nie mające z uchem nic wspólnego. W sprawie zapalenia wyrostka sutkowego należy odróżniać: zapalenie okostnej wyrostka sutkowego i zapalenie samych komórek kostnych wyrostka.

Z pomiędzy znacznej liczby swych chorych HEIMAN niezmieranie rzadko widywał zapalenie okostnej wyrostka; zapalenia zaś pierwotnego samych komórek kostnych nigdy nie widział. W pewnej liczbie przypadków na pierwszy rzut oka HEIMANOWI zdawało się, że miał do czynienia z pierwotnem zapaleniem wyrostka; przy bliższem jednak zbadaniu zawsze okazywało się w tych razach cierpienie jamy bębnekowej, ucha zewnętrznego lub otaczających części miękkich.

Prelegent przytacza poglądy na tę sprawę POLITZER'a, SCHWARZE'go, BEZOLD'a, ZAUFAL'a i innych. Zdania tych autorów są podzielone; jedni z nich sądzą, że pierwotnego zapalenia wyrostka sutkowego nie bywa, inni zaś, że sprawa ta spostrzegać się daje bardzo rzadko.

HEIMAN zwraca uwagę, że rozpoznanie zapalenia wyrostka sutkowego jest wogóle bardzo trudne, i, podług SCHWARZE'go, rozpoznanie tego cierpienia zostaje stwierdzonem, gdy po otworzeniu wyrostka znajdujemy w nim produkty zapalne.

Na dowód trudności w rozpoznaniu zapalenia wyrostka sutkowego HEIMAN przytacza spostrzegany przez siebie przypadek, w którym były oznaki zapalenia wyrostka, na sekcyi jednak znaleziono tyfus, w wyrostku zaś sutkowym absolutnie żadnych zmian nie wykryto.

HEIMAN na podstawie własnego doświadczenia przyszedł do wniosku, że chociaż z teoretycznego punktu widzenia pierwotne zapalenie wyrostka może mieć miejsce wskutek dostania się do komórek wyrostka pasorzytów drogą naczyń krwionośnych i chłonnych, to jednak twierdzi, że:

1) Zapalenie okostnej wyrostka zdarzać się może; bywa ono jednak bardzo rzadko.

2) Pierwotnego zaś zapalenia wyrostka nie bywa wcale. Zapatrywanie swe HEIMAN opiera na tem, że w przypadkach, w których notowanem było pierwotne zapalenie wyrostka, wywiady były niedokładne, że sam nie widział nigdy ani jednego przypadku tego cierpienia, że zdania różnych autorów w tej kwestyi są podzielone i że z punktu teoretycznego możnaby sprawę przypuścić tylko przez analogię z pierwotnem zapaleniem szpiku kostnego

W końcu HEIMAN przytacza kilka własnych spostrzeżeń, wyświetlających jego zapatrywania.

Spostrzeżenie I. Podczas panowania influenzy był wezwany do chorej, u której znalazł zapalenie ucha środkowego. Po 10 dniach leczenia chora wyzdrowiała. Po 2 tygodniach znowu był wezwany do tej chorej, która skarżyła się na mocne bóle w wyrostku i strzykanie w uchu. Chora utrzymywała, że bóle te rozpoczęły się u niej jakoby po wyjrzeniu przez łufcik. Gdy zwykłe środki nie pomagały, HEIMAN przecinał dwukrotnie błonę bębenkową; ropy jednak nie znajdował. Zmian obiektywnych na wyrostku nie można było wykryć. Bóle u chorej trwały przez 6 tygodni. Dopiero po upływie tego czasu wystąpił obrzęk pod wyrostkiem na szyi, dochodzący do łopatki. Wówczas HEIMAN wydłutował wyrostek i zaledwie w jednej komórce znalazł kropelkę ropy. Chora po operacji wyzdrowiała.

Spostrzeżenie II. Do prelegenta zgłosił się chory z powodu utraty słuchu, od kilku dni trwającej. Po kilkakrotnem przedmuchiwaniu chory czuł się dobrze. Atoli po 4 miesiącach przybył on znowu z powodu bólów w wyrostku i szumu w uchu. Leczenie zwykłe, jak również czterokrotne przecięcie błony bębenkowej nie przyniosły choremu ulgi. Po 5 tygodniach HEIMAN przystąpił do trepanacji wyrostka; w kości ropy nie znaleziono; zaedwie spostrzeżono nieco granulacyi w komórkach kostnych. Natomiast znaleziono ropę pod powięzią środkową szyi. Chory wyzdrowiał.

W jednym przypadku ostrego zapalenia ropnego jamy bębenkowej przy trepanacji wyrostka znaleziono *osteitis condensatoria* wyrostka, które rozwinęło się w następstwie urazu ucha przed 20 kilku laty. W przypadku tym można by było przypuścić

pierwotne zapalenie wyrostka, gdyby się było dało wykluczyć zapalenie okostnej.

Wszystkie te przypadki możnaby uważać za zapalenie wyrostka pierwotne. Dokładne jednakże wywiady i badanie wykazywały, że sprawa ta miała swój początek w jamie bębnekowej.

W dyskusyi S. MEYERSON również jest zdania, że pierwotne zapalenie wyrostka sutkowego, jako oddzielna forma chorobowa, nie istnieje, wszystkie przypadki zapalenia wyrostka są sprawą wtórną.

W. SZUMLAŃSKI, dzielając poglądy HEIMANA, przypuszcza, że są jednak przypadki, z których możnaby wnioskować o pierwotnem pochodzeniu zapalenia wyrostka.

SZUMLAŃSKI miał przed 10 laty możność spostrzegania 30-letniej, ze sfery inteligentnej, chorej, która nigdy nie cierpiała na uszy. Chora ta przybyła do SZUMLAŃSKIEGO ze skargami na bóle w wyrostku i w uchu. Stwierdzono zapalenie wyrostka, zmian w jamie bębnekowej nia wykryto. Wykonano trepanacye i w wyrostku znaleziono dużo ropy.

W przekonaniu L. GURANOWSKIEGO kwestya, którą poruszył HEIMAN w swym odczycie, ma znaczenie więcej akademickie, aniżeli praktyczne gdyż, o ile istnieją objawy zapalenia wyrostka, czy będzie ono pochodzenia pierwotnego, czy też wtórnego, należy przystępować do operacyi. Z teoretycznego jednak punktu widzenia pierwotne zapalenie wyrostka jest możliwe, choćby wziąć tylko pod uwagę gruźlicze jego pochodzenie.

L. LUBLINER przytacza zapatrywanie autorów, że pasorzyty mogą przechodzić do komórek wyrostka przez trąbkę EUSTACHIJSZĄ z jamy gardzieli i nosa.

W odpowiedzi HEIMAN zaznacza, że dla postępowania terapeutycznego rozpoznanie ma znaczenie, ponieważ, jeżeli lekarz widzi objawy zapalenia wyrostka przy jednoczesnem istnieniu zmian w jamie bębnekowej, wówczas łatwo decyduje się na wykonanie trepanacyi. W przeciwnym razie, jeżeli niema zmian w jamie bębnekowej, musi namyślać się długo, czy może przystąpić do wydłutowania wyrostka.

Na uwagę LUBLINERA HEIMAN odpowiada, że sprawy w wyrostku, które powstały drogą przedostania się pasorzytów z jamy nosogardzielowej, są niezmiernie rzadkie wobec tego, że tak często widzimy sprawy zapalne w jamie nosogardzielowej. Nawet i u ludzi zupełnie zdrowych znajdowano pasorzyty chorobotwórcze w jamie ustnej i gardzieli.

IX. Następujący koledzy odczytali sprawozdania z prac, przedstawionych przez kandydatów na członków czynnych Towarzystwa.

Za A. GABSZEWICZA odczytał ŁOGUCKI sprawozdanie z prac kol. Aleksandra KOPCZYŃSKIEGO; RYCHLIŃSKI—z prac kol. Rafała RADZIWIŁŁOWICZA, JAKOWSKI—z prac Ignacego LANDSTEJNA, KAMOCKI—Bronisława WAGNERA, W. ŻURAKOWSKI—Stanisława ZABOROWSKIEGO, A. LANDE—Jerzego BRUNNERA i B. GEPNER—Michała JANUSZKIEWICZA.

Wszyscy ci sprawozdawcy zalecają wybór wymienionych kandydatów na członków czynnych naszego Towarzystwa.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *St. Markiewicz.*

Pom. Sekretarza: *A. Łogucki.*

Posiedzenie kliniczne dnia 5 Grudnia 1899 r.

Przewodniczący Wice-Prezes **H. Nusbaum.**

Obecnych członków 39 i gości 4.

T r e ś ć: W. STANKIEWICZ.—Przedstawienie preparatu nerki wyłuszczonej z powodu rozwiniętego w niej raka.

Fr. NEUGEBAUER.—Przedstawienie osobnika dotkniętego hermafrodytyzmem.

L. DYDYŃSKI.—Przedstawienie 20-letniej panny, dotkniętej paraliżem postępującym na tle syfilisu dziedzicznego.

L. DYDYŃSKI. — Przedstawienie chłopca 10-letniego, dotkniętego porażeniem mózgowym dziecięcym.

L. DYDYŃSKI.—Przedstawienie chorego, dotkniętego porażeniem kilku nerwów czaszkowych.

J. STEINHAUS.—O glejaku siatkówki wraz z przedstawieniem preparatów i mikrofotografii.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący wita obecnych na posiedzeniu gości kol. MAZOWIECKIEGO, STERLINGA, ŻEBROWSKIEGO i KOPCZYŃSKIEGO Stanisława.

III. Biblioteka Towarzystwa otrzymała w darze od ZWEIFBAUMA roczniki Tow. Ginek. Krakowskiego z r. 1897 oraz zeszyt VII z r. 1896, a od NEUGEBAUERA Medicinischer Anzeiger Pietzckera z Tybingi.

IV. W. STANKIEWICZ przedstawił nerkę lewą, wyluszczoną w dniu dzisiejszym z powodu rozwiniętego w niej raka. Nerka ta jest w dwójnasób powiększona; na przekroju widać, iż rak zajmuje przeważnie miąższ nerki, i to głównie górną jej połowę, gdzie na tylnym brzegu zniszczył na małej przestrzeni torebkę włóknistą i zajął część torebki tłuszczowej. Za to błona śluzowa miedniczek pozostała nietkniętą.

Przebieg kliniczny tego przypadku jest nadzwyczaj ważny, głównie pod względem rozpoznawczym. Chory, mężczyzna 54 letni, zgłosił się po poradę jedynie z powodu krwimoczu, trwającego od kilku tygodni, nie narzekając na żadne cierpienie ze strony pęcherza moczowego lub nerek. Oddawanie moczu prawidłowe, bez uczucia parcia; mocz jednostajnie zabarwiony, ciemnordzawy, bez żadnej różnicy, zarówno na początku, jak i w końcu urynowania, bez skrzepów; po ustaniu się moczu tworzy się osad ciemny, zawierający głównie krążki czerwone krwi w stanie rozpadu. Żadnych innych nieprawidłowych elementów morfologicznych pod drobnowidzem nie znaleziono. Badanie cewki i pęcherza wykazuje stan zupełnie prawidłowy; gruczoł krokowy nie powiększony. Nerki nie dają się wyczuć przy najstaranniejszym obmacywaniu; zresztą pacjent nigdy na wyraźny ból w tej okolicy nie narzekał. S. od pierwszej chwili podejrzewał, iż ma do czynienia z chorą nerką, a to, opierając się na charakterze krwimoczu; dla stanowczego jednak działania konieczną rzeczą było przekonać się dokładnie nie tylko, z której nerki krew odpływa, ale nadto, w jakim stanie znajduje się druga nerka. Tylko badanie cystoskopem mogło rozwikłać te trudności. Badając dwukrotnie pęcherz chorego, S. przekonał się, iż źródłem krwotoku jest nerka lewa, gdyż z ujścia lewego moczowodu wypływał rytmicznie strumyk ciemnego moczu, z prawego zaś mocz przezroczysty. Wskutek tego S. wykonał nefrektomię, przyczem jedyną trudność operacyi stanowił zrost tylnego brzegu nerki z otaczającą torebką tłuszczową. Gruczoły chłonne wzdłuż naczyń nie były zajęte, dzięki czemu można uważać rokowanie za dość pomyślne.

Zbadanie wyluszczonej nerki tłómaczy dokładnie cały obraz kliniczny, a mianowicie rodzaj krwimoczu. Ponieważ błona śluzowa miedniczek była zdrową, przeto mocz, wydzielany z kanalików nerkowych, pomieszany ze krwią z zajętego rakiem miąższu, wypływał prawidłowo i tym sposobem nie mieliśmy charakterystycznych skrzepów pijawkowatych, które odrazu wykazują źródło nerkowe krwimoczu. Zwykle przytem, skoro nowotwór zajmie miedniczkę nerkową, mamy obfite krwotoki tętnicze, a nadto silne bóle, pochodzące z retencyi przejściowych, a które to bóle uspokajają się po odejściu masy owych skrzepów. Wtedy prawie

zawsze wyczuwa się już wyraźnie znacznie powiększoną nerkę. Lecz, niestety, w tym okresie operacja przedstawia słabe widoki powodzenia, gdyż mamy już do czynienia z daleko posuniętym rozpadem nowotworu i zawsze z mocno zajętymi gruczołami w kierunku aorty. Tylko więc badanie za pomocą cystoskopu daje możliwość wczesnego rozpoznania źródła krwotoku i wykonania operacji w pomyślnych dla chorego warunkach. [Autoreferat].

V. Fr. NEUGEBAUER przedstawił 21-letnią pannę płci męskiej, czyli w rzekomego obojnakamęzkiego. Osobnika tego, jako należącego do płci męskiej, skierował do NEUGEBAUERA przed tygodniem APTÉ. Panna ta była już zaręczoną, narzeczony jednak zerwał stosunek z nią, gdy się dowiedział, że narzeczona jego nie będzie mogła nigdy zostać matką. Ojciec X. X. liczy lat 62, matka jest starszą od ojca; jedyny brat X. X. i jedyna siostra są oboje dzietni; w rodzinie dotychczas żadnych wad rozwojowych nie zauważono. Gdy X. X. się urodziła, akuszerka na razie oświadczyła, że dziecko jest chłopcem, później zaś, gdy miało przyjść do obrzezania rytualnego, oświadczyła, że dziecko jest dziewczynką. Zaniechano więc tego aktu i dziecko wychowano za dziewczynkę, pomimo że ojciec przypuszczał, że dziecko jest raczej chłopcem, ponieważ widać u niego „jaja“. Słowa te ojca wskazują na to, że przy urodzeniu się dziecka jądra leżały tam, gdzie leżą dziś, czyli *in scroto fisso*; nie mamy więc do czynienia z *descensus testicularum retardatus*. X. X. jest wzrostu średniego [156 centymetrów]. Układ kostny jest prawidłowy. Ogólny wygląd jest kobiecy; tkanka tłuszczowa podskórna bogata, zakrywa jak u kobiet, kontury mięśni. Twarz posiada rysy kobiece, na wardze górnej lekki zarost; pozatem niema na twarzy owłosienia męskiego. X. X. nie goli się. Krtań męzka, szeroka i wystająca, głos jednak nie zdaje się być męzkim, pomimo że już minął wiek t. zw. przełamania się głosu dziecka na późniejszy głos męzki. Klatka piersiowa jest wypukłą i czyni wrażenie kobiecej; również jest ona węższą, niż u kobiet. Kręgosłup zdradza pewien stopień ogólnej *kyphosis* („*Senkrücken*“) wskutek osłabienia układu mięśniowego oraz pewien stopień *scoliosis*. Sutki wielkie, kobiece, dobrze rozwinięte; *areola* widoczna i zabarwiona; brodawki wystające. Owłosienie sromu kobiece i skąpe, wązka jednak smuga włosów sięga aż do spojenia łonowego.

Gdy oglądać X. X. w stroju kobiecym, nic a nic nie budzi podejrzenia, że człowiek ten nosi ubranie płci odmienniej przynależne, czyli, że w pozorach nic a nic nie zdradza „*erreur de sexe*“. Istnieje nawet u X. X. pewna gracia kobieca. Rys ten szczególny uderza głównie, gdy na przykład porównać osobę tę, ubraną po kobiecemu, z podobiznami innych męskich obojnaków wrzeczonych, również po kobiecemu ubranych. Gdy spojrzeć na X. X. po obna-

zeniu ciała w pozycji stojącej, widzi się kobietę, prawidłowo jakoby zbudowaną, lecz ze spuchniętymi obu wargami sromowymi wielkimi. Lewa warga jest większą od prawej i sięga niżej, niż prawa. Nie widać ani śladu prącia męskiego. Linja, oddzielająca lewą wargę sromową od prawej, ma przebieg skośny od prawej strony u góry ku lewej u dołu. Gdy ułożyć X. X. poziomo z rozwartymi udami, u dołu pomiędzy wargami sromowymi wielkimi wystaje małe prącie męskie, rozszczerzone w całości. *Hypospadiasis penisscrotalis*. *Scrotum* jest rozszczerzone; w każdej połowie jego dokładnie wymacać można jądro, dobrze rozwinięte, przyjądrze i powróż nasienny, przebiegający do kanału pachwinowego. Jądra są bardzo wrażliwe na ucisk, dają się swobodnie przesuwac ku górze aż do ujścia kanału pachwinowego, następnie opadają ku dołowi, lecz nie do samego dna moszny, czyli, że istnieje *descensus incompletus testiculorum*. Lewe jądro leży niżej, niż prawe. Z każdej strony *cauda epididymidis* zdradza pewien stopień stwardnienia, bez jawnej przyczyny tego objawu. Brzegi rozszczerzonej cewki męskiej prezentują się jako szczątkowe małe wargi sromowe, z których lewa jest wyraźniejszą od prawej. *Glans*, znacznej długości, jest zupełnie obnażona, a nawet i *corona glandis*; poza nią widać napletek, ułożony w fałdy poprzeczne. Napletek można ściągnąć znacznie ku dołowi, lecz tenże cofa się w tej chwili ku górze, gdy odejmujemy palce. Od ruchu *mm. cremasterum* nie udało się wywołać na rozszczerzonej mosznie. Erekcji prącia X. X. jeszcze nigdy nie miała; również nie udało się jej wywołać przy badaniu. Na żołędzi widać rozszczerzoną *fossam navicularem* męską oraz rozszczerzoną cewkę. Krocze, 6 centymetrów długie, zdradza męską *raphe*. Owłosienie moszny i krocza skąpe, kobiece. X. X. ani peryodu, ani zastępczych krwawień jakichkolwiek, ani też *moliminum menstrualium* nigdy nie miała; również nie zauważyła nigdy wytrysku nasienia z części rodnych lub wogóle jakiegokolwiek płynu, prócz moczu. Jeśli rozciągniemy wargi sromowe wielkie ku bokom, to widzimy pomiędzy nimi zagłębienie lejkowate, mające około 3 centymetrów głębokości, o ściankach różowych, jak wewnętrzna powierzchnia warg sromowych małych. W głębi tego lejkowatego dołka, w którym może się umieścić pierwszy członek małego palca, otwiera się cewka moczowa, pozornie kobieca, a poniżej jej, zdaje się, istnieje szczątkowa pochwa, otoczona w otworze śladem błony dziewiczej. Sonda wchodzi do tej szczątkowej pochwy na kilka milimetrów. Dokładne zbadanie tych warunków było niemożliwem ze względu na bolesność. Przy badaniu przez odbytnicę nie wymacano ani macicy, ani też gruczołu krokowego; można było jednak doskonale wymacać oba *vasa deferentia* na tylnej powierzchni pęcherza moczowego, przebiegają-

ce skośnie ku dołowi, Czy istnieją pęcherzyki nasienne lub nie, nie można było stwierdzić. Ponieważ X. X. pomimo niektórych cech płciowych sekundarnych [ogólny wygląd kobiecy, owłosienie, głos, sutki kobiece itd.] na pewno jest spodźcem męzkim, a jednak popędy płciowe czuje tylko ku mężczyźnie, t. j. zdradza popędy dotychczas tylko homoseksualne, czyli ku płci własnej, przeto N. fakt ten objaśnia jako skutek suggestyjnego wpływu wychowania X. X. za kobietę. Nie można wykluczyć tej ewentualności, że z czasem X. X. będzie odczuwać popęd płciowy ku kobietom, jeśli odtąd zacznie sam uważać siebie za mężczyznę.

Kazuistyka wrzekomego obojactwa, mianowicie 692 przypadków, zestawionych dotychczas przez NEUGEBAUERA, zawiera bardzo ciekawe pod tym względem dane, wykazujące, jak ogromny wpływ na popędy płciowe wywiera wychowanie wrzekomego obojaka za mężczyznę lub za kobietę. Są albowiem przypadki, w których przez całe życie trwa popęd płciowy homoseksualny wskutek mylnego wychowania „*par erreur de sexe*“; w innych znów przypadkach prędzej czy później zdradza się natura męską i nawet gwałtownie domaga się przyznania przynależnych sobie praw męskich. X. X. dotychczas uważa siebie za kobietę i pragnie koniecznie nią pozostać. Gorącym jej życzeniem jest wyjść za mąż, przyczem obawia się ona głównie wstydu, jeśliby obecnie zmieniono w metryce jej płeć na męską. Ojciec X. X. żądał od NEUGEBAUERA, aby tenże wykonał córce taką operację, aby córka, raz wydana za mąż, mogła z mężem spółkować. Gdy N. oświadczył ojcu, że świadome wydanie obojaka męskiego za mąż jest oszustwem, ojciec X. X. oświadczył, że o to się nie boi, albowiem potrafi wynaleźć na prowincyi takiego męża, co się na tem nie poznał. Słowa te są charakterystyczne ze względu na sposób myślenia. Sama X. X. również żądała koniecznie dokonania takiej operacji, woli albowiem raczej umrzeć, niż dalej żyć w obecnym stanie. Smutny to los tych wrzekomych obojaków, niezdolnych do pożycia małżeńskiego ani w jednej, ani w drugiej roli. Ponieważ X. X. jest pełnoletnią, przeto wybór płci, do jakiej nadal ma się zaliczać, zależy jedynie od jej własnej woli. Skoro więc X. X. koniecznie pragnie pozostać kobietą, nikt jej zmusić nie może do przydziału odzieży męskiej i zmiany określenia płci w metryce. Prawodawstwo pod tym względem wymaga jeszcze pewnych zmian i uzupełnień.

NEUGEBAUER badał niedawno w Wilnie kobietę 41-letnią, zamężną od lat 17, pomimo, że ta jest spodźcem męzkim. Małżeństwo jest szczęśliwem, mąż posiada dzieci z pierwszej żony i więcej dzieci nie pragnie; obecna wrzekoma żona pogodziła się ze swym losem i, będąc pozbawioną jakichkolwiek popędów płciowych toleruje zbliżanie się męża; w danym przypadku więc nie mówiono

jej wcale, że jest mężczyzną, aby niepotrzebnie nie mieć spokoju i zgody pomiędzy małżonkami. NEUGEBAUER badał osobiście dotychczas 20 takich osobników od roku 1892 do chwili obecnej, w roku zaś bieżącym aż 5 od 25 Września do końca Listopada. NEUGEBAUER ponownie zwraca uwagę przy tej okazji, jak ostrożnym powinien być lekarz w określaniu płci noworodka, gdy co do płci tegoż zachodzą pewne wątpliwości. [Autoreferat].

VI. L. DYDŃSKI przedstawił 20-letnią pannę, dotkniętą paraliżem postępującym na tle syfilisu dziedzicznego. Chora ta do r. b. zajmowała się w sklepie w charakterze panny sklepowej i, jak twierdzi matka jej, odznaczała się żywem i wesołym usposobieniem, czuła się zupełnie zdrową i żadnych anomalii psychicznych nie zdradzała. Nigdy wogóle od dzieciństwa nie chorowała. Mniej więcej w Marcu r. b. matka zauważyła, że córka jej staje się coraz więcej apatyczną, pamięć zaczyna jej niedopisywać, coraz mniej dba o siebie, o swoje ubranie, a dawne usposobienie wesołe zmieniał się na jakiś smętny nastrój; jeżeli czasem się śmiała, to jakoś głupkowato i bez najmniejszego powabu. Sen i apetyt był przytem dobry i chora na nic się nie uskarżała. Osłabienie władz umysłowych powoli doszło do tego, że chora porzucić musiała dawne swe zajęcie i wziętą została pod opiekę matki. W domu stan jej aż do obecnej chwili pozostał prawie bez zmiany. Chora jest zupełnie spokojną, do nikogo słowem się nie odzywa, kręci się, jak powiadają, z kąta w kąt, nic o siebie nie dba, ani się nie umyje, ani się ubierze i niejednokrotnie kał i mocz oddaje pod siebie, nie dlatego aby cierpiała na nietrzymanie, ale dla tego, że jest jej to zupełnie wszystko jedno, w jaki sposób funkcyje te spełni. Czasami zdarza się nawet, że, chodząc, oddaje urynę, pozostawiając strugę za sobą. O jedzenie się nie upomina, lecz gdy jej jeść dadzą, je z apetytem. Przez cały ten czas nie schudła i podobno wygląda lepiej jeszcze, niż dawniej. Przy badaniu z łatwością stwierdzić się daje wybitny stan otępienia umysłowego; od chorej nie prawie dowiedzieć się nie można; pamięć jej jest tak osłabioną, iż zaledwie nazwisko swe i najprostsze fakta pamięta. Przy badaniu układu nerwowego występują na jaw bardzo ważne objawy: nierównomierność źrenic — lewa znacznie szersza od prawej, brak oddziaływania ich na światło przy zachowaniu nieco oddziaływania na akkomodację, wybitna dyzartria, drżenie języka i nieznaczne objawy spastyczne na dolnych kończynach — wzmocnienie odruchów ścięgowych. Wobec takiego obrazu klinicznego, rozpoznanie paraliżu postępującego nie może ulegać żadnej wątpliwości. Rzadkość przypadku polega na tem, że choroba ta rozwinęła się w tak młodym wieku. D. zwraca uwagę na to, że w znacznej większości opisanych dotychczas przypadków paraliżu postępującego we wczesnych okresach życia zaburzenia umysłowe

występują w postaci otępienia umysłowego, w tej mianowicie postaci, jaką przedstawia chora demonstrowana. Ojciec chorej przeszedł syfilis, matka kilkakrotnie roniła. Przy życiu pozostało tylko dwoje dzieci—sama chora i jej brat, podobno zupełnie zdrow. Ponieważ chora sama miewała stosunki płciowe, nie można w zupełności wykluczyć i syfilisu nabytego, jakkolwiek żadnych niema danych, któreby za tem przemawiały. W rodzinie obarczenie dziedzicznością nerwową zauważyć się nie daje.

VII. Następnie D. przedstawił chłopca 10-letniego, pochodzącego z rodziny zdrowej i, o ile dowierzać można słowom matki, nie obciążonej żadną dziedzicznością. Matka jego rodziła 4 razy, wszystkie dzieci żyją i, za wyjątkiem tego najmłodszego w rodzeństwie chłopca, są zupełnie zdrowe. Poronień u matki nie było i żadnych wskazówek na syfilis u rodziców niema. Ostatnie dziecko urodziło się z łatwością, po urodzeniu rozwijało się zupełnie prawidłowo, w 1½ roku zaczęło chodzić i dotychczas wcale nie chorowało. W 8 roku życia chłopiec posłany był do szkoły, gdzie żadnych objawów upośledzenia władz umysłowych nie zdradzał; przeciwnie uczył się dobrze i w krótkim czasie nauczył się wprawnie czytać i pisać po polsku. Jedyną dolegliwością, na którą od paru lat co rok w czasie zimy mniej więcej po Bożem Narodzeniu zapadał, było odmrażanie sobie na obydwóch nogach trzech ostatnich palcy—tworzyły się wtedy na nich rany, które powoli się goiły i żadnych śladów nie pozostawiały. Zresztą chłopiec był zupełnie zdrow. Dopiero w tym roku po Wielkiej Nocy uspołobienie jego zaczęło się powoli zmieniać, niechętnie brał się do nauki, zrobił się kapryśny, zły, dokuczliwy, nieposłuszny, zaczął, prócz tego zdradzać osłabienie pamięci. Jednocześnie matka zauważyła u niego zmieniony, nieprawidłowy chód, co również powoli niespostrzeżenie się rozwijało. Badanie wykazało co następuje: chłopiec prawidłowo zbudowany, nieźle odżywiany, posiada wyraz twarzy głupekowaty, często też bez powodu się śmieje. Chód paralityczny, z nieznacznym odcieniem spastycznym, przy chodzeniu wyraźnie powłóczy nieco prawą nogą. Przy badaniu siły ruchowej okazuje się obustronny niedowład dolnych kończyn, wybitniej wyrażony z prawej, aniżeli z lewej strony. Prawa górna kończyna również słabszą jest od lewej. W niedowładzie prawych kończyn przyjmuje nieznaczny udział i dolna gałązka prawego nerwu twarzowego. Język nieco zbacza w stronę prawą. Napięcie mięśniowe na kończynach górnych zmian nie przedstawia, na dolnych kończynach odczuwać się daje przy ruchach biernych wzmocnienie napięcia mięśniowego. Bezładu ani drżeń w kończynach, ani też zaników mięśniowych zauważyć się nie daje. Odruchy ścięgnowe są wogóle dość żywe, różnica jednak w odruchach prawych i lewych kończyn nie jest wybitną. Odruchy kolanowe

patalogicznie wzmożone; otrzymuje się również żywy odruch [brzuszny, mięśnia dźwigającego jądro, podeszwowy] z ścięgna Achillesa. Natomiast odruchy skórne są prawie zupełnie zniesione po obydwóch stronach. Odruch szczękowy wybitny. Mowa posiada odcień nosowy, ale zmian w artykulacji nie przedstawia. Czucie zupełnie nienaruszone. Żrenice równomierne, przy akkomodacji oddziałują żywo, na światło nieco powolniej. Na dnie oka żadnych zmian zauważyć się nie daje. W organach wewnętrznych po za układem nerwowym również nie wykazać się nie daje.

D. sądzi, że jedyną formę, jaką w danym przypadku przypuścić można, jest porażenie mózgowe dziecięce, nie typowe pod tym względem, że w tak późnym wieku wystąpiło i tak przewlekłe, powoli się rozwijało. Jako podstawę anatomiczną spostrzeżonych zaburzeń ze strony układu nerwowego, uznać należy rozległą sklerozę mózgową.

VIII. Trzeci przypadek, demonstrowany przez D., przedstawia mężczyznę 38-letniego, robotnika w fabryce żyrardowskiej, u którego po bardzo ciężkim urazie nastąpiło porażenie niektórych nerwów czaszkowych. Dnia 9 Marca r. b. zdarzył się z nim w fabryce następujący nieszczęśliwy przypadek. W chwili gdy znajdował się tyłem obrócony do jednego z walców maszyny, dającego 120 obrotów na minutę, niepostrzeżenie zaczepił się częścią swej odzieży o zazębienia, znajdujące się na walcu. Natychmiastowe szarpnięcie w tył było tak silne, że poręcz, o którą w pierwszej chwili się schwycił, została złamaną. W jednej chwili porwany został w obrotowe ruchy walca. Szarpany w rozmaite strony, uderzony głową o znajdującą się w bliskości deskę, spadł po jakimś czasie na ziemię goły, cały pokrwawiony i nieprzytomny. Gdy został odniesiony do szpitala fabrycznego, lekarze zajęli się przedewszystkiem opatrzeniem całego szeregu ran na kończynach i tułowie. Chory pamięta, że gdy mu niektóre rany zeszywali odczuwał przytem dotkliwy ból. Następnego dnia przytomność całkowicie wróciła. W szpitalu przebył trzy miesiące i w tym czasie rozwinęły się pewne objawy, które dziś stwierdzić się dają. Najwybitniej występuje u chorego porażenie prawego nerwu podjęzykowego; prawa połowa języka w stanie zaniku, pokryta licznymi i głębokimi bruzdami; przy wysuwaniu język zbacza wybitnie w stronę prawą i odprowadzić w lewą stronę dowolnie się nie daje. Gdy język jest nieco schowanym, tak że koniec jego znajduje się po za uzębieniem, widocznem się staje ograniczenie ruchów jego w prawą stronę. Przy badaniu na prądy elektryczne okazuje się, że mięśnie prawej połowy języka na prądy przerywane prawie się nie oddziałują, przy badaniu zaś prądem stałym wykazują wzmożoną pobudliwość, jakkolwiek formuła skurczu pozostaje prawidłową [KaSZ — AnSZ] [częściowy odczyn zwyrodnienia]; sam skurcz jest powolny, wiotki, gdy tymczasem po lewej

stronie otrzymuje się skurcz szybki, błyskawiczny. Prócz tego, badanie elektrycznością wykazuje porażenie jednej tylko gałązki *m. accessorii Willisii* po prawej stronie; z prawego *m. cucullaris* otrzymuje się wyraźny odczyn zwyrodnienia przy badaniu prądem stałym—rzecz godna uwagi, że mięsień ten znajduje się jednocześnie w stanie znacznego napięcia; ruchy głową w prawą stronę są utrudnione. Wybitne porażenie stwierdzić się daje ze strony lewego n. słuchowego; słuch i przewodnictwo kostne po lewej stronie zniesione; w lewym uchu doznaje skurczu i dzwonienia, uskarża się, prócz tego, na dokuczalne zawroty głowy, szczególnie przy nieco szybszych ruchach. Badanie czucia na twarzy wykazało nieznaczne stopień wszystkich rodzajów czucia w obrębie górnej gałązki prawego nerwu trójdzielnego.

Przy badaniu wzornikiem stwierdzić się daje *neuritis optica* w obydwóch oczach, przeważnie w częściach nosowych twarzy nerwu wzrokowego; odpowiednie ku temu pole widzenia okazuje się zwężonem w częściach skroniowych (*haemianopsia bilateralis heteronyma temporalis*).

Po za tem żadnych objawów paretycznych, ani też zaburzeń czucia przedmiotowo stwierdzić się nie daje. Odruchy zachowują się prawidłowo. Sam chory uskarża się na parestezye w kończynach, uczucie drętwienia, mrowienia i ziębienia i nieznaczne, ciągnące bóle. Wszystkie prawie dostępne do badania pnie nerwowe są na ucisk bolesne.

Porażenie niektórych tylko nerwów czaszkowych tak po prawej, jak i po lewej stronie bez żadnych objawów paretycznych i zaburzeń czucia w kończynach wyklucza w danym przypadku całkowicie zajęcie ośrodkowego układu nerwowego. Niewątpliwie na skutek ciężkiego urazu mechanicznego ucierpiał w danym razie tylko obwodowy układ nerwowy. Ze względu na nadzwyczajną różnorodność objawów, przypuścić należy, że cierpienie to nie we wszystkich mięśniach jest jednakowego pochodzenia i rodzaju. Parestezye i bóle w kończynach, bolesność pni nerwowych na ucisk wskazują na objawy zapalne w nerwach—*polyneuritis*, powstałe, być może, wskutek ciągłego szarpania ciała w chwili nieszczęśliwego wypadku. Objawy poruszone ze strony nerwów czaszkowych nie dadzą się objaśnić stanem zapalnym w tych nerwach. Należy przypuścić, że ucierpiały one na skutek wybroczyn krwawych, jakie prawdopodobnie nastąpiły w czasie ciężkiego urazu w rozmaitych miejscach na przebiegu tych nerwów od miejsca wyjścia z opuszki i mostu WROŁA aż do samych zakończeń obwodowych. Taka np. wybroczyna krwawa w *chiasma N. optico-rum* jest w stanie wytlómaczyć nam i *neuritis optica* i *haemiano-*
[Autoreferat].

IX. PREZES podaje do wiadomości, że kol. Maksymiljan LEBENSBAUM złożył podanie o zaliczenie go w poczet Członków czynnych Towarzystwa. Przedstawia go PAWIŃSKI, popierają zaś CIECHOMSKI i ZWEIGBAUM. Sprawozdanie z prac naukowych odczytane było w Towarzystwie w r. 1895.

X. STEINHAUS wygłosił odczyt p. t.: „O g l e j a k u s i a t k ó w k i“, poparty przedstawieniem preparatów oraz mikrofotografii.

XI. J. WINIARSKI odczytał sprawozdanie z prac naukowych kol. Bernarda POLIKIERA, zalecając jego wybór na członka czynnego Towarzystwa.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes: *H. Nusbaum.*

Sekretarz: *J. Winiarski.*

Posiedzenie administracyjne doroczne dnia 19 Grudnia 1899 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 58.

T r e ś ć: KARCZEWSKI.—Sprawozdanie z prac kol. Stefana GĄSZYŃSKIEGO.

PODSKARB. —Sprawozdanie z wykonania budżetu za rok 1899.

PODSKARB. i SEKRETARZ STAŁY.—Projekt budżetu na rok 1900.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

WOLBERG zapytuje, dlaczego ponownie nie zostało odczytane sprawozdanie z prac naukowych kol. Maksymiljana LEBENSBAUMA, zwłaszcza skoro formalność ta została wykonana w identycznym przypadku z kol. POLIKIEREM.

PREZES objaśnia, że sprawozdanie z prac kol. LEBENSBAUMA było odczytane w Towarzystwie w r. 1895, t. j. wówczas, gdy kol. LEBENSBAUM podawał się na Członka Towarzystwa po raz 1-szy; PREZES ponownie odczytywanie Sprawozdania uważa za zbędne.

WOLBERG uważa je za konieczne wobec tego, że w ciągu lat

4 skład Towarzystwa uległ zmianie wskutek przybycia wielu nowych członków, a ci sprawozdania rzeczzonego nie słyszeli.

SEKRETARZ STAŁY sądzi, że należy unikać zbytniej formalistyk, i dla tego jest przeciwnym ponownemu odczytywaniu sprawozdania.

Wice-PREZES, zaznaczając, że wprowadzie przy powtórnem podaniu się na członka kol. POLIKIERA sprawozdanie z prac tegoż zostało powtórnie odczytane, uczyniono to jednnk dla tego, że kol. POLIKIER powołał się obecnie na nowe prace, a nie na te, które przedstawił przy stawianiu swej kandydatury przed kilkoma laty. Wice-PREZES ponowne odczytywanie sprawozdania z prac kol. LEBENBSAUMA uważa za zbyteczne.

DOBRSKI sądzi, że względem każdego kandydata, który się powtórnie podaje na członka Towarzystwa, należy stosować ponownie ten sam regulamin, który się stosuje względem każdego, kto się podaje po raz 1-szy, t. j. że sprawozdanie powinno być ponownie odczytane.

Wobec ujawnionej różnicy zdań i braku wskazówek w tym względzie w Ustawie i Regulaminie Towarzystwa, PREZES zarządził głosowanie, wszystkimi głosami przeciwko dwom Członkowie Towarzystwa uznali ponowne odczytywanie Sprawozdania za zbyteczne.

II. PREZES podaje do wiadomości, że p. Kurator Okręgu Naukowego zatwierdził jako stypendystę imienia KOCZOROWSEIEGO stud. med. Władysława Koczorowskiego.

III. Biblioteka Towarzystwa otrzymała w darze od NEUGEBAUERA 175 dzieł [z tych połowa oprawnych] oraz od GROSLIKA 2 odbitki z jego prac.

IV. KARCZEWSKI odczytał sprawozdanie z prac naukowych kol. Stefana GĄSZYŃSKIEGO, zalecając jego wybór na Członka Towarzystwa.

V. Podskarbi DOBRSKI odczytał sprawozdanie z wykonania budżetu Towarzystwa za rok 1899. Ze sprawozdania tego wynika, że wprowadzie w niektórych pozycjach nie udało się uniknąć drobnych, a koniecznych, przekroczeń w budżecie, wogóle jednak przy wydatkowaniu sum zastosowano się ściśle do wysokości preliminarzowej w budżecie. PODSKARBI zapytuje Towarzystwo, jak postępować należy z niedoborami budżetowymi, dotyczącymi tej lub owej pozycji, w stosunku do budżetu roku przyszłego, t. j. czy pokrywać je z sum, wyznaczonych w budżecie na rok przyszły.

SEKRETARZ STAŁY zaznacza, że, podpisując wspólnie z PREZEM asygnacye w kwartale IV, nie wiedzą, czy fundusz na daną pozycję wyznaczony, nie został już wyczerpany, i dla tego proponuje postępować w podobny sposób, jaki jest up. praktykowany w Uniwersytecie, gdzie rektor zasięga informacji od buchaltera,

jak się rzecz ma z funduszem, wyznaczonym w budżecie na daną pracownię lub klinikę.

PODSKARBI sądzi, że SEKRETARZ STAŁY winien mieć nadzór nad całym majątkiem Towarzystwa, i dla tego przy podpisywaniu asyg-nacyi winien zasięgać wiadomości od Sekretarza kancelaryi p. Jankowskiego, który posiada nader dokładne informacje.

SEKRETARZ STAŁY proponuje, a KRAJEWSKI zdanie jego popiera, ażeby w razie przekroczenia budżetu w danej pozycyi odnoszono się za każdym razem do Towarzystwa z wnioskiem przeniesienia niedoboru z roku bieżącego na rok przyszły. Obecni na wniosek powyższy zgodzili się,

VI. PODSKARBI przedstawia do zatwierdzenia Towarzystwa budżet na rok 1900.

Powstaje ożywiona dyskusya nad projektowaniem przez Zarząd opodatkowaniem funduszków specjalnych, zarządzanych przez Towarzystwo, na rzecz kancelaryi Towarzystwa w stosunku 10% od sum.

PODSKARBI zaznacza, że Zarząd rozważył tę kwestyę wszech-stronnie, że zastanawiał się nad tem, czy ma prawo to uczynić i dlatego zasięgał informacji u Radcy Prawnego Towarzystwa Adw. Przys. LESZCZYŃSKIEGO. Ten ostatni uznał projekt Zarządu za zupełne racjonalny ze stanowiska prawnego. PODSKARBI staje w obronie projektowanego przez Zarząd opodatkowania funduszków specjalnych na rzecz kancelaryi Towarzystwa; wobec tego, że Towarzystwo zarządza dziś dwudziestoma kilkoma funduszami, jest to logiczną koniecznością; gdy zapisów było kilka, nikt z podobnym projektem nie występował. Projekt opodatkowania funduszków specjalnych na rzecz kancelaryi Towarzystwa odpowiada, zdaniem mówcy, najzupełniej wymaganiom sprawiedliwości.

SZTEYNER, zaznaczając, że fundusze, które Zarząd projektuje opodatkować, są to zapisy dobroczynne [wsparcia dla podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach], wypowiada się przeciw projektowi Zarządu. Zresztą, niektóre zapisy, jak np. stypendyum imienia GIRSZTOWTA, są administrowane nie przez Towarzystwo, lecz przez Bank Państwa, przeto od takich zapisów w każdym razie nie należy pobierać opłaty na rzecz Kancelaryi Towarzystwa.

SEKRETARZ STAŁY również powstaje przeciw projektowi Zarządu, dotyczącemu opodatkowania niektórych funduszków [JABLONOWSKIEGO i BĄCEWICZA].

CIAĞLIŃSKI projekt powyższy uważa za niesympatyczny i zaznacza, że, ponieważ żadne prawo nie może obowiązywać wstecz, przeto i funduszków, administrowanych dotychczas przez Towarzystwo, do wzmiankowanej opłaty pociągnąć nie można. Jeżeli zapisy takie Towarzystwo uważa za ciężar, to może przy przyjmo-

waniu ich zastrzedz sobie pewien procent na koszt zarządania nimi.

KOSMOWSKI, wobec tego, że zarządzanie funduszami pociąga za sobą nieuniknione koszty kancelaryjne, na co Towarzystwo środków nie posiada, wnosi, by fundusze specjalne przyczyniały się do ponoszenia kosztów pracy kancelaryjnej.

Wice-Prezes NUSBAUM sądzi, że Towarzystwo przedewszystkiem powinno popierać cele naukowe, jakkolwiek dobroczynność jest rzeczą podniosłą. Wobec braku funduszy na cele naukowe Towarzystwo nie może łożyć pieniędzy na administrowanie zapisami.

JANOWSKI sądzi, że Zarząd, występując w obecnej chwili z takim projektem, daje dowód przezorności. Z biegiem czasu opodatkowanie takie stanie się koniecznością.

STEINHAUS jest zdania, że Towarzystwo mogło przyjąć zapisy lub nie, skoro zaś je przyjęło, to powinno nimi zarządzać bezpłatnie.

DOBRSKI zaznacza, że w podobnej ewentualności znalazła się niedawno i Kasa pomocy naukowej imienia D-ra Mianowskiego i zmuszoną została postąpić w podobny sposób, jak to obecnie Zarząd proponuje.

Wobec różnicy zdań, PREZES zarządził głosowanie; za wnioskiem Zarządu, t. j. za pociągnięciem funduszy specjalnych do opłaty na rzecz Kancelaryi Towarzystwa, oświadczyło się 29 Członków, przeciwko wnioskowi 18; wniosek zatem Zarządu przyjęto.

Następnie weszła na porządek dzienny zamieszczona w budżecie ofiara D-ra BARTKIEWICZA rb. 200 na cele naukowe Towarzystwa. Pozycja ta wywołała ożywioną dyskusję. Jedni mówcy przemawiali przeciwko przyjęciu powyższej ofiary, inni za jej przyjęciem. Po wyjaśnieniach, danych przez WINIARSKIEGO, 20 głosami przeciwko 15 postanowiono dar D-ra BARTKIEWICZA przyjąć.

Nadto przyjęto wniosek KRAJEWSKIEGO, iż wszelkie ofiary na rzecz Towarzystwa mogą być przyjęte jedynie na zasadzie sankcyi, udzielonej przez Towarzystwo.

W dalszym ciągu dyskusyi nad budżetem przyjęto wniosek SZTEYNERA, ażeby Towarzystwo dążyło do tego, by przepisywanie protokółów Towarzystwa znieść i w ten sposób ograniczyć wydatki, ponoszone na pomoc kancelaryjną.

Przy rozpatrywaniu pozycyi przeznaczonej na wydawnictwo Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, RYCHLIŃSKI wyraża zdanie, że Towarzystwo za wiele na ten cel łoży pieniędzy, że w Pamiętniku powinny być drukowane jedynie, oprócz protokółów Towarzystwa i prac nagrodzonych na konkursie, prace posia-

dające większą wartość naukową, że przeto dobór prac, przeznaczonych do druku w Pamiętniku, powinien być ścisły.

KRAJEWSKI sądzi, że Towarzystwo obowiązane jest drukować swym kosztem protokoły i spis prac oryginalnych polskich, pomieszczanie zaś w Pamiętniku prac oryginalnych powinno mieć miejsce tylko wówczas, gdy na to fundusze Pamiętnika pozwolą. KRAJEWSKI uważa za niestosowne zwracanie się do innych instytucji naukowych z prośbą o zapomogę na wydawnictwo spisu prac polskich, a przecież na ten cel otrzymał Redaktor Pamiętnika w r. z. z kasy Mianowskiego rb. 300.

JANOWSKI zaznacza, że z kasy Mianowskiego otrzymał wprawdzie na cel wzmiankowany rb. 300, lecz na swoje imię, gdyż wystąpił z podaniem nie w imieniu Towarzystwa, lecz w swem własnem. Uczynił zaś to dla tego, że Pamiętnik nie posiadał funduszów, a to wskutek zwiększonych wydatków na druk, spowodowanych nagłą znową drukarzy. JANOWSKI prosi o utrzymanie przewidzianej w budżecie na r. p. sumy rb. 2000, a to wobec niedoboru, jaki się ujawnił w r. b.

SAWICKI Bron. i ZIELIŃSKI Edward przemawiają za niezmnieszeniem sumy, przeznaczonej na wydawnictwo Pamiętnika, gdyż Towarzystwo powinno popierać cele naukowe, a do rzędu takich należy, między innymi, i wydawanie Pamiętnika. Po ożywionej dyskusyi przyjęto wniosek Zarządu, t. j. wyznaczono na Pamiętnik rb. 2000, z tem jednak zastrzeżeniem, że z sumy tej ma być pokryty niedobór tegoroczny.

Nadto przyjęto większością głosów wniosek DOBRSKIEGO treści następującej:

Redaktor Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego nie jest mocen korzystać z zapomogi z jakiegobądź instytucji publicznej lub od osoby prywatnej na cele wydawnictw Towarzystwa bez upoważnienia Towarzystwa.

Dalsze rozpatrywanie budżetu wobec spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz*.

Sekretarz *J. Winiarski*.

Posiedzenie administracyjne nadzwyczajne d. 27 Grudnia 1899 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 55.

T r e ś ć: PODSKARB. — Dalszy ciąg budżetu Towarzystwa na rok 1900.

WICE-PREZES. — Sprawozdanie komitetu bibliotecznego.

BIBLIOTEKARZ. — a) Projekt rozdziału przeznaczono na bibliotekę funduszu;

b) Wykaz czasopism, mających się prenumerować w r. 1900;

c) Plan zakupu dzieł do biblioteki.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Biblioteka otrzymała w darze od PREZESA Zeszyty 15 i 16 Wydawnictwa podręczników Chirurgicznych.

III. PREZES proponuje uczcić pamięć zmarłego b. członka czynnego Wacława STĘPIŃSKIEGO przez powstanie z miejsc, co też wszyscy obecni uczynili.

IV. PREZES podaje do wiadomości, że komitet stypendyalny imienia GIRSZTOWTA przyznał stypendyum studentowi 5 kursu medycyny uniwersytetu warszawskiego Stanisławowi Zdanowiczowi.

V. PREZES zawiadamia Towarzystwo, że Władysław JANOWSKI, Redaktor Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, złożył swoją dymisję z zajmowanego urzędu. W podaniu JANOWSKI, nie chcąc, by Wydawnictwo Pamiętnika na tem ucierpiało, wyraża gotowość swoją do pełnienia dotychczasowych obowiązków aż do 1 Kwietnia r. p.

SEKRETARZ STAŁY zaznacza, że obowiązków Redaktora w obecnej chwili nikt objąć nie może i proponuje przyjąć dymisję JANOWSKIEGO od 1 Kwietnia; przedtem trzeba w sposób, przewidziany Regulaminem Towarzystwa, dokonać wyboru nowego Redaktora.

K. DOBRSKI proponuje wiadomość o ustąpieniu Redaktora Pamiętnika umieścić na porządku dziennym najbliższego posiedzenia, wyboru zaś dokonać w sposób zwykły. Postanowiono postąpić zgodnie z wnioskiem projektodawcy.

VI. PREZES zawiadamia, że Redaktor Pamiętnika zapytuje Towarzystwo, co ma uczynić z nadesłaną na jego ręce odezwą Komitetu byłych i obecnych uczniów Prof. Edw. KORCZYŃSKIEGO w Krakowie ku uczczeniu jego 25-letniej działalności profesorskiej. W odezwie tej komitet wzmiankowany zaprasza Redakcję Pamięt-

nika do wzięcia udziału uroczystego w obchodzie jubileuszowym na cześć prof. KORCZYŃSKIEGO.

Wobec tego, że zaproszenie wystosowano nie do Towarzystwa, lecz do Redakcji Pamiętnika, postanowiono decyzję w tej sprawie pozostawić do uznania Redaktora.

VII. PODSKARBI przedstawił dalszy ciąg budżetu na rok 1900 do zatwierdzenia przez Towarzystwo, które wszystkie pozycje w myśl wniosków Zarządu zatwierdziło.

VIII. WICE-PREZES odczytał sprawozdanie Komitetu bibliotecznego.

IX. BIBLIOTEKARZ przedstawił: a) projekt rozdziału przeznaczanego na bibliotekę funduszn, proponując podział tegoż w sposób następujący:

rb. 700 na Czasopisma

rb. 300 na książki

rb. 100 na oprawę książek

rb. 300 na pomoc [przy układaniu katalogów itd.]

Towarzystwo projekt powyższy zatwierdziło.

b) Wykaz czasopism, które mają być prenumerowane w r. p. Bibliotekarz proponuje zaprenumerować wszystkie dotychczas prenumerowane czasopisma, a nadto podaje do wiadomości, że na rozesłany w b. m. okólnik odpowiedziało tylko 11 kolegów; z pomiędzy tej liczby 6 oświadczyło się za utrzymaniem wszystkich dotychczas prenumerowanych czasopism, 5 zaś proponuje pewne modyfikacje, już to mające na celu zaprenumerowanie nowych czasopism, już to usunięcie kilku. Bibliotekarz sądzi, że należy uwzględnić propozycję zaprenumerowania „Czasopisma Łódzkiego” oraz Archiwu Langenbecka; natomiast propozycja wykreślenia któregośkolwiek z dotychczas prenumerowanych czasopism, zdaniem bibliotekarza, nie powinna być uwzględniona.

KRAJEWSKI sądzi, że rozdział funduszu, przeznaczanego na bibliotekę i czytelnię, jest nierównomierny, gdyż na zakup dzieł do biblioteki przeznaczono wszystkiego rb. 300, sumę nie nieznaczącą; niejeden z lekarzy wydaje rocznie na kupno książek do swej biblioteki więcej, niż Towarzystwo. Wobec braku na ten cel funduszy, KRAJEWSKI proponuje wzbudzić ofiarność kolegów i oświadcza gotowość złożenia rb. 500, które przyrzeka wnieść w 2 ratach półrocznych. Za przykładem KRAJEWSKIEGO przyrzeka KORZENIOWSKI złożyć na tenże sam cel rb. 10.

Towarzystwo obie ofiary przyjęło i okłaskami podziękowało ofiarodawcom za ich dar.

W dalszym ciągu KRAJEWSKI wyraża swoje zdziwienie, że czytelnia Towarzystwa prenumeruje czasopisma lekarskie polskie, podczas gdy, zdaniem mówcy, Redakcje tychże pism powinni je przysyłać do czytelnii bezpłatnie.

Tegoż samego zdania są i inni mówcy: ZIELIŃSKI Edward, Wice-PREZES, SZUMLAŃSKI, CIAGLIŃSKI i DOBRSKI. Postanowiono zwrócić się do redakcyi z prośbą o bezpłatne nadsyłanie do czytelnii Towarzystwa numerów naszych czasopism.

c) Bibliotekarz przedstawił w ogólnych zarysach plan, jakiego przy zakupie dzieł do biblioteki trzymać się zamierza. Dotychczas bibliotekarz nabywał dalszy ciąg dzieł i wydawnictw, które już się w bibliotece znajdują, oraz wszystkie nowe książki polskie, o ile wydawcy lub autorowie nie nadesłali ich w ciągu roku do biblioteki. Tegoż samego planu zamierza bibliotekarz trzymać się i nadal. Nadto wystąpił bibliotekarz z dwoma projektami: 1) by do Komitetu bibliotecznego z każdej głównej specjalności przydano przynajmniej po 2 lekarzy, których zadaniem byłoby przeglądanie książek, nadsyłanych przez księgarzy oraz przedstawianie bibliotekarzowi co miesiąc spisu dzieł, kwalifikujących się do zakupu; 2) by coroczne balotowanie czasopism, które mają być prenumerowane w r. p., zostało zniesione, t. j. by skasowano § 67b Regulaminu Towarzystwa. Ten ostatni wniosek stawia bibliotekarz z tego względu, by usunąć możliwość dekompletowania roczników czasopism.

PREZES oznajmia, że obu projektom bibliotekarza zostanie nadany bieg, Ustawą i Regulaminem Towarzystwa przewidziany.

W dalszym ciągu bibliotekarz podnosi kwestyę zbyteczności katalogu rzeczowego. Zdaniem mówcy, pożyteczniejszym o wiele od katalogu rzeczowego byłby katalog alfabetyczny, t. j. ułożony według nazwisk autorów. ZIELIŃSKI stara się uzasadnić liczbami, że ledwo 11% cytat z artykułów odnosi się do książek, 89% zaś prac znajduje się w czasopismach. Tym sposobem katalog rzeczowy byłby przydatnym tylko w nieznacznym stopniu.

DOBRSKI katalog rzeczowy uważa wprost za niezbędny dla Towarzystwa. Mówca zaznacza, że, oprócz Członków Towarzystwa, piszących artykuły, znajdują się przecież i tacy, którzy prac nie piszą, lecz którzy chcieliby się w razie potrzeby zaznajomić z danym przedmiotem; dla tych ostatnich Członków katalog rzeczowy jest niezbędny. DOBRSKI przypomina, że w swoim czasie katalog taki był drukowany przez PORTNERA, a następnie uzupełniony przez KOŚMIŃSKIEGO.

PREZES w zupełności zgadza się z wywodami DOBRSKIEGO.

DMOCHOWSKI, opierając się na własnem doświadczeniu, sądzi, że z katalogu rzeczowego odnosić będziemy mały pożytek, każdy bowiem piszący w danej kwestyi posilkuje się rocznikami i „centralblattami”.

KRAJEWSKI jest zdania, że na roczniki i „centralblatty” bardzo liczyć nie można; zresztą istnieją one nie od tak dawna. Katalog rzeczowy dostarczy nam o wiele więcej materiału.

Wice-Prezes NUSBAUM uznaje pożyteczność katalogu rzeczowego; często z katalogu takiego można się dopiero dowiedzieć, że ktoś pisał o tej lub owej kwestyi, zwłaszcza odnośnie do dziedziny, nie będącej specjalnością poszukującego, a często przecież wraca się do poruszanego dawniej już tematu, w pracach współczesnych nie dotykanego.

CIĄGLIŃSKI jest zdania, że biblioteka jest skarbem, który jednak będzie bezużytecznym tak długo, dopóki nie będzie posiadać katalogu rzeczowego. Kwestya ta już wielokrotnie była poruszana w Towarzystwie, które wyraziło stanowczą ochęć posiadania takiego katalogu. Bez niego posiadamy w bibliotece znaczny kapitał, lecz ten jest unieruchomiony.

PRUSZYŃSKI sprawę omawianą uważa za nienagłącą, jakkolwiek przyznaje, że katalog rzeczowy może być pożyteczny.

SKŁODOWSKI, stwierdzając fakt, że znaczna większość Członków uznaje katalog rzeczowy za pożyteczny, proponuje sprowadzić sprawę omawianą na tory praktyczne, t. j. przekonać się, ile sporządzenie takiego katalogu pociągnie za sobą wydatków.

PREZES, popierając wywody CIĄGLIŃSKIEGO, zaznacza, że prowadzenie katalogu rzeczowego jest przewidziane w Regulaminie Towarzystwa i stawia wniosek, aby bibliotekarz wraz z Komitetem bibliotecznym zastanowił się nad tem, w jaki sposób i jakimi środkami katalog rzeczowy możnaby zaprowadzić; przybliżony projekt przedstawi bibliotekarz mniej więcej po upływie 2 miesięcy Towarzystwu do zatwierdzenia.

Po dyskusyi, w której przyjmowali udział: SEKRETARZ STAŁY, SZTEYNER, TCHÓRZNICKI, GEPNER jun. i KRAJEWSKI, wniosek PREZESA przyjęto.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *St. Markiewicz.*

Sekretarz: *J. Winiarski.*

OGŁOSZENIA.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych 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 parasorytów, występujących przy Favus, Herpes tonsurans lub Eczema marginatum.

4. Zbadanie dokładne jednego z produktów bakterji grzeczniczych.

5. Anatomia patologiczna i warunki powstawania żylaków (*Varices*).

6. Badanie bakteriologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego (*cystitis*).

7. Badania doświadczalne nad wycinaniem 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 stanowić 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 zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego

Członek Zarządu W. Kosmowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu imienia D-ra ADAMA HELBICHA:

1. Udział lekarzy polskich w postępie medycyny drugiej połowy wieku bieżącego.

2. Zasady określenia niezdolności do pracy i zarobkowania po uszkodzeniach wskutek nieszczęśliwych wypadków.

3. Czy istnieją odrębności w przebiegu i etyologii chorób u ludności żydowskiej w naszym kraju?

4. *Pharmacopoea pauperum* w szerokim rozumieniu tego wyrazu. Praktyczny przewodnik taniego ordynowania środków lekarskich i opatrunkowych.

5. Anatomia patologiczna i etyologia szankra miękkiego.

6. Unerwienie i refleksy jamy nosogardziowej.

7. Anatomia patologiczna i etyologia dysenterji.

8. Anatomia patologiczna i etyologia *enteritidis follicularis*.

9. Wahanie się ilości pepsyny w chorobach żołądka.

10. Zbadać doświadczalnie na zdrowych i chorych wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem roztworów różnego stężenia dwuwęglanu sodu.

11. Zbadać własności odkażające formaliny.

12. Porównanie wartości metod operacyjnych przetok pęcherzowych u kobiet po porodzie, na podstawie własnego doświadczenia.

Termin do złożenia rozpraw oznaczony został trzechletni, to jest do dnia 19 Października roku 1902. Nagród konkursowych na rzeczony okres konkursowy naznacza się trzy, za 3 prace uznane za najlepsze z pomiędzy nadesłanych. Pierwsza nagroda wynosić będzie Rb. 450, druga Rb. 300 i trzecia Rb. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem: „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozpraw uwiecznionych zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa za Sekretarza Stałego

Członek Zarządu *W. Kosmowski.*

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, przeznacza. 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, za Sekretarza Stałego

Członek Zarządu *W. Kosmowski.*

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 trzechletni okres konkursowy, albo też przyznane będą dwie nagrody, każda po Rub. 285, za najlepsze prace oryginalne, w języku polskim, poświęcone li tylko chorobom kobiecym lub akuszerii, 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 zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jak również i 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“ (ulica Niecała Nr. 7) lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożona zostaje na konkurs imienia KONITZA.

Praca, wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Roz-

prawa uwieczniona 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, za Sekretarza Stałego
Członek Zarządu *W. Kosmowski*.

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 psychiatryi, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim w terminie t. j. 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 stosownemi dewizami.

Rozprawa uwieczniona 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, za Sekretarza Stałego
Członek Zarządu *W. Kosmowski*.

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 psychiatryi.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego
Członek Zarządu *W. Kosmowski*.

Od Komitetu XIII Zjazdu międzynarodowego lekarzy w Paryżu.

W myśl wezwania, które w formie urzędowej otrzymał prof. Edward Korczyński od Komitetu organizacyjnego XIII-go Zjazdu międzynarodowego lekarskiego, mającego się odbyć w Paryżu w 1900 r., zawiązał się Komitet polski tego Zjazdu, wybierając na prezesa prof. Ed. Korczyńskiego, na wiceprezesa prof. Bolesława Wicherkiewicza, na sekretarza zaś d-ra Augusta Kwaśniewskiego.

Zawiadamiając lekarzy polskich o ukonstytuowaniu się i o rozpoczęciu urzędowania Komitetu polskiego, oświadczamy jednocześnie, że do przyjmowania zgłoszeń z Warszawy uproszony został dr Alfred Sokółowski.

Dr A. Kwaśnicki, sekretarz Prof. Dr B. Wicherkiewicz, wiceprezes.

Kalendarz niebieskiego krzyża.

Za zgodą Jej Ces. Wys. W. Ks. Elżbiety Maurycówny, Towarzystwo opieki nad biednymi i choremi dziećmi, pozostające pod protektoratem Jej Cesarskiej Wysokości, wydaje na rok 1900-ny Kalendarz „Niebieskiego Krzyża“, który zawierać będzie dokładne dane informacyjne. Ilość odbijanych egzemplarzy wyjdzie 10,000. Cena rb. 1., z przesyłką rb. 2 kop. 50. Adres wydawnictwa i redakcyi: Petersburg Sergiewskaja, 41.

Redakcja

„Słownika języka polskiego”

którego zeszyt piąty niedawno opuścił prasę, prosi nas o zawiadomienie, że po wyjściu zeszytu VI cena słownika podniesiona będzie do rb. 16 za całość, rb. 4 za tom, 80 kop. za zeszyt. Kto więc pragnie korzystać z ceny dzisiejszej (10 rb. za całość), winien pospieszyć się z prenumeratą do Nowego Roku. Adres „Słownika“: Warszawa, Szpitalna 10 (Administracja „Gazety Handlowej“).

Z uszanowaniem

J. Karłowicz
Adam Kryński
Władysław Niedźwiedzki

Przegląd lekarski,

wychodzi trzydziesty ósmy rok w Krakowie.

co soboty, w objętości co najmniej 2 arkuszy druku (in quarto). Mając na względzie potrzeby lekarzy praktycznych, zamieszcza Przegląd lekarski w swoich łamach:

I. Artykuły oryginalne z klinik, szpitali krajowych i zagranicznych z zakresu wszystkich gałęzi nauki lekarskiej. II. Oceny i sprawozdania z najnowszych prac i podręczników. III. Wyciągi i streszczenia prac oryginalnych, w kraju i zagranicą. IV. Zapiski lecznicze i nowe leki. V. Sprawozdania ze zjazdów lekarskich. VI. Felieton zajmujący się ważnymi sprawami, tyjącącymi się stanu lekarskiego i medycyny publicznej. VII. Korespondencye. VIII. Wiadomości zawodowe i statystyczne. IX. Wiadomości bieżące.

Jako organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, zamieszcza Przegląd lekarski Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lek. krakowskiego i wszystkich sekcji Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Jako organ obu izb lekarskich (wschodnio i zachodnio-galicyjskiej) ogłasza sprawozdania z posiedzeń wydziału i pełnych posiedzeń izbowych i tym sposobem, obok artykułów treści ściśle naukowej, informuje czytelnika o najważniejszych sprawach, cały stan lekarski obchodzących.

Przez zaprowadzenie okładki oddzielono część redakcyjną od inseratów.

Wszystkie prace, umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, zarówno oryginalne, jakoteż nieoryginalne, są płatne.

Cena w Galicyi rocznie 8 złr. 80.

„ „ Królestwie Pol. i Cesarstwie rocznie 7 rubli. (Nadsyłać najlepiej wprost do A ministracyi).

Biuro Administracyi:
Kraków, ul. Podwale 9.

Biuro Redakcyi: Basztowa 4
Red. główny: D-r August Kwaśnicki.

Do nabycia w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem (Nie-
cała Nr. 7)

PRZEGŁĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

**za rok 1887, 1888, 1889, 1891, 1892, 1893,
1894, 1895, 1896, 1897 i 1898.**

Cena kop. 75 (za każdy rok oddzielnie).

GAZETA LEKARSKA,

PISMO TYGODNIOWE,

poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej,
wychodzi w r. 1900, a 35-ym od założenia Gazety,

według tegoż samego programu, co i dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200 stron
druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty:

w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3 kop. 50,
z przesyłką pocztową i zagranicą rocz. rub. 8, półr. rub. 4.

Redaktor odpowiesz.: Dr. Wł. Gajkiewicz (*Marszałkow. 115*).

Wydawca Dr. J. Pruszyński (*Hoża Nr. 50*.)