

ZARYS DZIEJÓW I ROZWOJU PSYCHIATRYI.

Skreślił

Dr. Wacław Zaremba z Wrocławia.

Die Geschichte menschlicher Seelenleiden ist alt wie die des Menschengeschlechts — neu ist nur die ihrer Heilung und Linderung.

KRAFFT-EBING.

Jeżeli leczenie samo w sobie jest tak starym jak ludzkość a raczej jak trapiące je dolegliwości i cierpienia, to również i psychiatrya czyli opieka nad umysłowo chorymi sięga najdawniejszych dziejów leczenia. Tak samo jak leczenie tak też i psychiatrya jako gałąź tegoż. rozmaite niepomyślne i pomyślne losy przechodziła. Pominąwszy wieki średniowiecznej ciemnoty, w których uważano umysłowocierpiącego za oddanego pod moc złego ducha, obłąkani zawsze przedtem¹⁾ i potem za rzeczywiście chorych uważanymi byli—a chociaż stan lekarskiej wiedzy nie pozwalał na rozwój jakichkolwiek leczniczych zasad, na ustanawianie sposobów rozumnego leczenia takich chorych, to zawsze uznawano obłąkanego za nieszczęśliwego i otaczało go pewną opieką. Leczenie i pod tym względem panowały

¹⁾ Dwanaście tablic rzymskich już zawierały przepisy dotyczące opieki nad umysłowo chorymi.

Pam. Tow. Lek. T 96. Z. II.

w różnych czasach rozmaite poglądy. Już w starożytności były czasy, w których ci nieszczęśliwi ogólnem współczuciem otoczeni, względnej doznawali opieki—lecz powoli poglądy te uległy zmianie na gorsze i nastął okres groźnego barbarzyństwa, kiedy z obłąkanym obchodzono się gorzej niż z dzikiem zwierzęciem, kazano mu spędzać męczeński żywot w ciemnicy więziennej, lub zakuwano go w łańcuchy. Niniejszy szkic historyczny rozwoju psychiatrii nie ma na celu traktowania wyczerpująco całego przedmiotu. Sprawa bowiem opieki i leczenia obłąkanych, więcej aniżeli każda inna wkracza w zakres prawodawstwa i stosunków społecznych—chcąc zatem zupełnie wyczerpująco skreślić dzieje tejsze, należałoby również uwzględnić wydawane w różnych krajach i czasach przepisy i prawa, które bądźto dotyczyły opieki nad umysłowo chorymi, bądź też regulowały ich stosunek prawny do społeczeństwa. Niemniej i rozwój nauk psychologicznych nie pozostał bez wpływu na psychiatrię. Umysłowe choroby, jako cierpienia duszy, przez długie wieki były przedmiotem psychologicznych badań—stawiano najrozmaitsze teorye, zastanawiając się nad duchową istotą człowieka i jej prawidłowym lub nieprawidłowym stanem, a dopiero badania nowszych czasów wykazały, że każda umysłowa choroba polega na koniecznem istnieniu pewnej fizyologicznej *laesio organica*, bez której niema mniej lub więcej chorobliwego stanu umysłowego. I jakkolwiek anatomicznie nie zawsze *laesionem organicam* można wykazać, to przecież o jej istnieniu dzisiaj nikt nie wątpi, bo skutek za jej istnieniem przemawia. Ów stosunek wszakże psychologii do psychiatrii należy więcej do historii tej pierwszej. Zadawalniamy się zatem krótką tą wzmianką, nie mogąc się wdawać w bliższy rozbiór owego stosunku w ubiegłych czasach.

W pracy naszej staraliśmy się podawać jak najwięcej odnośnych źródeł i dzieł historycznych; może one posłużą innemu na tem samym polu pracownikowi, do szerszego i gruntowniejszego opracowania dziejów psychiatrii.

1.

Badając z uwagą starożytne piśmiennictwo lecznicze, wszędzie natrafiamy na wzmianki o wypadkach chorób umysłowych i ich leczeniu, przemawiające za pewną znajomością rzeczy.

Księga praw *Manu* u starożytnych Hindusów, odróżnia zwykle pomieszanie zmysłów od idyotyzmu i osłabienia umysłowego, wynikłego wskutek porażenia. Chorzy tacy w ofiarach i ceremoniach religijnych udziału brać nie mogli. W *Mahabharicie*¹⁾ znajdują się wzmianki o szaleńcach, których umysł zachorzał skutkiem nieszczęśliwej miłości [*Damayanti*]. Szczególniej zaś uwzględnione są umysłowe choroby w najstarszych pomnikach hindostańskiego piśmiennictwa, t. j. *Wedach* (z których *Ayur-Weda* wiadomościom lekarskim poświęcona jest wyłącznie²⁾), a dalej w *Susrucie* autorze, opierającym swe wiadomości na treści *Ayur-Wedy*. Odmian chorób umysłowych znajdujemy tamże 6, a z opisów tychże można wywnioskować, iż rozróżniano *maniam*, *homicidam*, *ambitiosam*, *melancholiam* a przede wszystkim *demonomaniam*, której znano aż 8 odmian.

Przy leczeniu, odpowiednio do ówczesnych zapatrywań, zważano głównie na stan przewodu pokarmowego i powłok zewnętrznych. Ze środków leczniczych używano nakadzań, nacierań oliwą, świętego piwa, kardamonu itd. itd. przede wszystkim zaś zalecano łagodne obchodzenie się z chorymi i tylko tam stosowano środki surowsze, jak plagi, gdzie obłąkani mogliby stać się groźnymi dla otoczenia³⁾.

1) Poemat starożytny hindostański, będący niejako encyklopedyą mitologii, podań i filozofii aryjskich Hindów.

2) Zob. Dr. Wacław ZAREMBA. Pogląd na stan sztuki lekarskiej w Indjach starożytnych. Poznań 1891.

3) Tamże str. 180.

W starożytnym Egipcie znano choroby umysłowe; jeden z królów nawet, Ochoes należący do 9-tej dynastyi, był obłąkanym. W papyrusie Ramzesa Ammona II znajduje się wzmianka o królowej, popadłej w obłąkanie, którą najpierw lekarz starał się uzdrowić, lecz gdy żadnego skutku nie było, sprowadzono do niej samo Bóstwo *in figura*, które wypędziło z niej złego ducha.

Wedle zdania PRUNER BEY'a, zasłużonego egipskiego archeologa, budowa czaszek u niektórych mumii, przemawia za istnieniem choroby umysłowej za życia—wniosek co prawda, naszym zdaniem, cokolwiek za śmiały, bo i z niekształtną czaszką można być umysłowo normalnym w wielu razach np. po wodogłowiu.

Jak się obchodzono w wiekach dawnych z umysłowo chorymi w zamkniętych dla całego świata Chinach, trudno jest orzec, gdyż starożytne zabytki piśmiennictwa chińskiego są dla nas niedostępne. Prawodawstwo chińskie nie zawiera żadnych pod tym względem przepisów.¹⁾

U żydów Pismo św. mówi o Saulu i udawaniu obłąkania przez króla Dawida [I ks. królów XXI 13]; o Nabuchodonozorze.

U Greków Homer mówi o obłąkaniu Ajaksa a niemniej i orestes, , Athamos, Bellerophon do tej samej kategorii należą.

Z późniejszych autorów piszą o pomieszaniu zmysłów POLYBIUS IV. 20. PLUTARCH, Liber de cohibenda ira, de Lysandro; LUCRETIVS de natura rerum III. HORACIVS Epist II. Ludzi podlegających mniej lub więcej umysłowym cierpieniom nigdy zatem nie brakło. W najdawniejszych czasach powstanie umysłowej choroby przypisywano zazwyczaj wpływom rozniewanego bóstwa, w piśmie św., zaś napady obłąkania u króla Saula mają być wynikiem nawiedzenia przez złego ducha Pańskiego [I księga królów Rozd. XIX, 9 i XVIII, 10].

¹⁾ Ciekawe szczegóły zawiera praca profesora D-ra LOMBROSO „La pazzia nei tempi antichi e nei moderni“ zamieszczona w roczniku Archivio di Psichiatria Tom 16, 1895.

Starożytni autorowie nie rozróżniali w ogóle rozmaitych odcieni obłąkania, podciągając je pod ogólne miana *insania, amentia, vesania*; opisują wszakże charakterystyczną formę melancholii [Bellerophon], a także i napady szału. Niemniej znanym był rodzaj nagminnie panujących zbroczeń umysłowych, pomiędzy którymi najbardziej znamienym jest opis choroby córek Proteusa¹⁾. Plutarch również opisuje występujący epidemicznie popęd do samobójstwa pomiędzy dziewicami w Milecie.

O leczeniu umysłowych chorób w czasach przedhippokratycznych, wiemy bardzo mało. Nie ulega wątpliwości iż dla chorych takich szukano przedewszystkiem pomocy w świątyniach i u kapłanów, ponieważ choroby tego rodzaju uważano za skutek gniewu bożego. Umysłowo chorzy zatem zgromadzali się prawdopodobnie licznie stosunkowo w Asklepejach, gdzie kapłani starali się leczyć sugestją i wpływami na wyobraźnię. Ze środków leczniczych zażywa w starożytności szczególniejszej sławy ciemierzycy (*Helleborus*)²⁾.

Dodać tu musimy iż, o ile z pism starożytnych wnosić można, nieszczęśliwi obłąkani nigdy nie stanowili przedmiotu pogardy, strachu lub naigrawania się u ludności. Przeciwnie otaczano ich ogólną litością, a nawet pewnym rodzajem poszanowania jako bezpośrednie ofiary gniewu bożego.

Pierwsze dokładniejsze poglądy na choroby umysłowe ze stanowiska lekarskiego spotykamy w pismach hippokratycznych. W działach tych wszakże niema osobnego działu dla chorób rzeczonych; wzmianki o tychże są raczej po-

1) Herodot Lib. IX rozdz. 33 opowiada iż Melampus będąc pasterzem zauważył, iż kozy po zjedzeniu ciemierzycy (*Helleborus albus*) dostawały rozwolnienia. Gdy córki króla Proteusa zapadły na obłąkanie, tymże środkiem je wyleczył, za co król dał mu jedną z córek za żonę i trzecią część królestwa.

2) Zob. S. HAHNEMANN: *Dissertatio de Helleborismo veterum*. Lipsiae 1814. RIBBECK: *Die Helleborismo veterum dissertatio*. Berlin, 1841.

rozrzucane. Z rozmaitych zaś tłumaczeń komentatorów i badaczy pism hippokratesowych wynika, iż nazwy tamże zawarte, nie określają często ściśle pewnego chorobliwego stanu duszy, pewnego rodzaju obłąkania i dla tego też różni autorowie, przypisują im rozmaite znaczenie.

Z nowszych badaczy pism Hippokratesa zasługuje szczególnie na uwagę praca NASSE'go „De insania, commentatio secundum libros Hippocraticos. Lipsiae 1829; jak również i DOERING'a Hippocratis doctrina de deliriis. Marburg 1790. NASSE nawet usiłował przez systematyczne zestawienie nazw w pismach Hippokratesa zawartych, wytworzyć pewien jednolity obraz poglądów, uznawanych, jakoby ogólnie za czasów Hippokratesa. Zestawienie to znajduje się także we FRIEDREICH'a „Versuch einer Litterär-geschichte der Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten na stronie 52. Nie wdając się w ocenianie wartości podanego zestawienia, nadmieniamy tylko, iż najnowsi badacze historii psychiatrii jak np. FALK w swych „Studien über Irrenheilkunde der Alten“ powątpiewają by właściwe znaczenie nazw przez Hippokratesa używanych było dokładnem i ażeby podział ten zupełnie miał się zgadzać z rzeczywistym pojmowaniem specyficznych objawów chorobowych przez pierwotnego autora lub autorów.

Idąc za D-rem FALK'em będziemy się wedle możliwości starali podać zwięźle treść poglądów Hippokratesa na zbroczenia umysłowe.

Jak wiadomo krytycy powątpiewają, czy wszystkie dzieła przypisywane Hipokratesowi, zostały przez niego samego napisane. Niektóre księgi w pozostałym zbiorze są prawdopodobnie utworem następców wielkiego tego mistrza. Nie wdając się w bliższe roztrząsanie o ile Hippokrates jest autorem tych dzieł, możemy podać tutaj ogólny zarys pojęć o zbroczeniach umysłowych, jaki znajduje się w księgach, znanych wogóle pod nazwą dzieł hippokratesowych.

Przedewszystkiem zwrócić nam uwagę należy, że Hippokrates i jego uczniowie, a tak samo i następcy, hołdowali

zasadom humoralizmu w patologii, t. j. iż za podstawę wszelkich chorób w organizmie, uważali zaburzenia w krążeniu czterech głównych płynów, w ciełe się znajdujących t. j. śluzu czyli flegmy, czarnej i żółtej żółci i krwi. W chorobach umysłowych szczególnie zboczenia w krążeniu żółci i śluzu ważną miały odgrywać rolę. Skoro bowiem za pośrednictwem naczyń krwionośnych—*φλέβας αιματιδας*—żółć dostawała się w nadmiarze do mózgu, chorzy wpadali w niepokój i szal, stawali się hałaśliwymi i gwałtownymi. Przeciwnie nadmiar śluzu w mózgu czyni ich chorobliwie bojaźliwymi i smutnymi. Ztąd też pochodzi iż nazwie *μελαγχολία*, używanej w dziełach rzeczonych, nie można bezwarunkowo przyznawać tego samego znaczenia, jakie ma ona dzisiaj, t. j. pewnego duchowego przygnębienia. Melancholią bowiem zwano naówczas i nadmiar mniemany lub wzburzenie czarnej żółci—czasami wszakże nie ulega wątpliwości, iż wyraz ten użytym jest w tem samym znaczeniu, w jakim go po dziś dzień używamy. Tak samo i wyraz *μανία* nie oznacza ściśle tego samego, co dzisiaj pod manią, maniakalizmem rozumiemy—*μανία* w dziełach hippokratesowych oznacza raczej ogólny stan obłąkania i zboczenia umysłowego. Wreszcie nie zawsze jest łatwem odgadnąć i rozstrzygnąć czy w danym razie chodzi o opis długotrwałego, chronicznego zboczenia, czy o majaczenie skutkiem gorączki, czy wreszcie o obłąkanie w postaci ostrej (*delirium acutum*) bez gorączki.

Nie mógł również nie zwrócić uwagi bystrego i spostrzegawczego umysłu Hippokratesa fakt, iż istnieją ludzie którzy pomimo względnego zdrowia, wykazują pewien anormalny stan umysłowy, nie będący jeszcze zupełnem zboczeniem psychicznem, tych zwie on bliskimi waryacyi *ἐγγύσα μανίης*, albo też *ὀπομαινόμενοι*¹⁾.

Opuszczając opisy gorączkowych majaczeń nienależących właściwie do chorób umysłowych, należy nam naj-

¹⁾ Participium od *ὀπομαίνωμαι* cokolwiek lub łagodnie być szalonym.

pierw zwrócić uwagę na wyraz *παραφροσύνη*, oznaczający zajęcie władz umysłowych w czasie gorączki, a także i stan osłabienia, a nawet i zboczenia umysłowego po wycieńczających, ciężkich chorobach. Hippokrates uznawał, iż stan ten może być skutkiem ogólnej anemii i osłabienia—rokowanie też w tych wypadkach jest niepomysłne—[αἰ ἐκ προεξαδουνησάντων (id est νοσῶν) παραφροσύνη κακόν. Προρήτικον I. 8].

Wyższy już stopień zboczenia oznacza wyraz *παρὰφρενίτις*—obląkanie przejściowe. Więcej zaś długotrwałe, stanowiące już istotę choroby samej zowie się *φρενίτις*, gdyż tam już *φρενές* czyli zmysły i przytomność chorego cierpi—lub też *παραφροσύνη μεγάλη*. Szczególnie u następców Hippokratesa nabiera *φρενίτις* w zupełności znaczenia obląkania ostrego—*delirium acutum*—u Hippokratesa samego pojęcie to mniej jest ustalonem. Podaje on nam bowiem jako *φρενίτις*, opis choroby bardzo szczegółowy, w którym dopatrzyć się można obrazu duru brzuszego lub zapalenia opon mózgowych.

O wiele dokładniejsze pojęcie możemy sobie wytworzyć o przewlekłych chorobach umysłowych, których charakterystyczne cechy podają nam opisy Hippokratesa.

O hypochondryi i towarzyszących jej chorobliwych odczuwaniach u chorych, tak się wyraża w traktacie *περὶ νοσῶν*, omówiwszy poprzednio działanie białego śluzu—*φλέγμα λευκόν*.—Leczenie ¹⁾ choroby trudne; zdaje się [t. j. choremu] jakoby we wnętrzościach miał kolce kłujące i ogarnia go wstręt ²⁾, unika światła i ludzi, chroni się w ciemności i strach go opanowuje i okolice nadbrzuszne obrzmiewające zewnętrznie (*φρένες*—*hypochondrium*) i przy

¹⁾ φροντίς νοσῶν χαλεπή δοκῆει ἐν τοῖσι σπλάγγχοις εἶναι σῆη ἄκανθαί καὶ κεντέειν, καὶ ἄση αὐτὸν λάξεται καὶ τὸ φῶς φεύγει καὶ τοὺς ἀνθρώπους καὶ τὸ σκότος φιλεῖ καὶ φόβος λαξεται καὶ αἱ φρένες οἴδουσιν ἐκτὸς καὶ ἀλγείει φαύμενος καὶ φόβεται, καὶ δείματα ὄρα καὶ ὄνερατα φοβερά καὶ τοὺς τεθνηκότας ἐνίοτε.

²⁾ Może także znaczyć iż mdłości go ogarniają.

dotyku ból odczuwa i boi się i widzi straszdyła i przerażające sny [t. j. miewa] i zmarłych; czasami [t. j. widuje w swej wyobraźni].

W rozdziale *περι τόπων τῶν κατ' ἀνδρωπον* podaje sposób leczenia takiego stanu chorobliwej nadczułości i ogarniającej obawy. Tutaj także danym jest obraz melancholików trapionych myślą samobójstwa.

Bardzo dokładny obraz hallucynacyi dręczących umysłowo chorych znajdujemy w rozdziale *περι τῶν ἐντὸς παθῶν* 48. „Zdaje się ¹⁾ jakoby przed oczami ukazywały się czołgające stworzenia i inne rozmaite zwierzęta i żołnierze walczący i sam wyobraża sobie, że walczy i przemawia, jakby widział walczących i napada i grozi, jeżeli kto nie pozwoli mu wyjść, a jeżeli wstanie nie może nóg podnosić tylko upada“.

Hippokrates dodaje, że skoro chory przestanie majaczyć, przytomność zaraz wraca i na pytania rozsądnie odpowiada. Niezadługo znowu cierpienie powraca.

Z uwagi Hippokratesowej, iż rozmaite widziadła przytrafiają się podróżującym w pustyniach lub pustych okolicach „*ἢν ἐρήμην ὁδὸν βαδίσεις*“ jest widocznem, że znani mu były owe złudzenia zmysłów u takich podróżnych. Nowsi badacze także często o nich wspominają ²⁾.

Wedle Hippokratesa cierpienie to jest uleczalnem i rzadko śmiertelnem.

Delirium tremens nie było obcem Hippokratesowi a tak samo i wpływ gorących czyli wyskokowych napojów na powstawanie chorób umysłowych. Rokowanie w takich

¹⁾ προφαινέσθαι οἱ δοκέει πρὸ τῶν ὀφθαλμῶν ἐρπετὰ καὶ ἄλλα παντοδαπὰ θηρία καὶ ὀπλίται μαχόμενοι καὶ αὐτὸς ἐν αὐτοῖς δοκέει μάχεσθαι καὶ τοιαῦτα λέγει ὡς ὁρέων καὶ ἐπέρχεται καὶ ἀπειλέει ἢν μὴ τις αὐτὸν ἔη ἐξιέναι κἠν ἀνάστη οὐ δύναται ἀείρειν τὰ σκέλεα ἄλλὰ καταπίπτει.

²⁾ Zob. D'Escayrac de Lauterre. *Memoire sur la rage ou hallucination, du desert*. Tak samo HIRSCH. *Handbuch der historischgeographischen Pathologie*.

wypadkach jest niepomysłnem „Ἐν πολυποσίτης ῥίγος καὶ παρὰφροσύνη κακὸν“. Aforyzmy VII. 7.

Jako ἡλίθιοι to jest głupich, ograniczonych, a wedle naszego pojęcia idiotów opisuje Hippokrates ludzi, u których krążenie krwi jest ociążałem, a skutkiem tego i umysłowe czynności są powolnemi, ciężkiemi i niedostatecznemi. Mówi zaś dalej o nich: „Odczuwają tacy ludzie równie dobrze jak przedtem zimno i ciepło i inne tem podobne wrażenia, co zaś zapomocą wzroku lub słuchu rozeznawać trzeba—tego, jeżeli przedtem nie znali, nie mogą rozpoznać“¹⁾. Nie wspomina wszakże czy umysłowa ta słabość jest w późniejszym nabyta życiu, czy też istnieje od urodzenia.

Do tego samego, jak się zdaje rodzaju umysłowej słabości, zalicza Hippokrates *μανίη ἐπὶ τὸ βραδύτερον*²⁾ to jest polegającą na stępieniu. Ludzie tacy skarżą się i martwią bez przyczyny, obawiają się wiecznie czegoś bez powodu, pojmując wszystko odmiennie i przewrotnie jak inni, zdrowymi zmysłami cieszący się ludzie.

Związek pomiędzy padaczką i obłąkaniem również był znany Hippokratesowi mówi bowiem w *Ἐπιδήμιοι VII—οἱ μελαγχολικοὶ καὶ ἐπιληπτικοὶ εἰώθησαν γένεσθαι ὡς ἐπὶ τὸ πουλὸν καὶ οἱ ἐπιληπτικοὶ μελαγχολικοί*—przyczem wspomina, iż obydwie choroby zjawiają się najczęściej na wiosnę i w czasie suchej, jesiennej pory.

Mózg jak wiadomo uważał Hippokrates za organ myśli i uczucia. Po wyliczeniu różnych właściwości duchowego odczuwania w mózgu jak radość, wesołość, śmiech, smutek, troski, niezadowolnienie itp. w dziale *Περὶ ἱερῆς νοῦσου*, to jest o świętej chorobie, czyli padaczce mówi, iż w mózgu powstaje obłąkanie—*ἰψὲς ἐγκεφάλῳ μαινόμεθα καὶ παραφροσεόμεν*—t. j. iż czynność mózgu jest przyczyną szału i utraty zmysłów.

¹⁾ αἰσθάνονται (id est οἱ ἡλίθιοι) καὶ οἱ τοιοῦτοι οὐδὲν ἤρσον οἶον τῶν ψυχρῶν καὶ θερμῶν καὶ τῶν τοιούτων ὁκόσα δὲ δι' ὕψιος ἢ ἀκοῆς αἰσθάνεσθαι δεῖ ἢ μὴ πρότερον ἐπίστανται ὡς δύνανται αἰσθάνεσθαι.

²⁾ βραδύς—*terry*, ociążały, *tardus Comperat*, βραδύτερος.

Przyczyny umysłowych chorób, względnie zachorzeń mózgowych przypisywał Hippokrates nie tylko nieprawidłowym stosunkom w krążeniu wyżej wymienionych humorów czyli płynów, lecz także i skutkom niektórych chorób czysto somatycznych. Do takich zaliczał zimnicę [*Επιδήμιοι* VII. 45], biegunkę [tamże VII. 3], gruźlicę, o której mówi, że skoro wyrzucanie płwocin ustanie, pozostaje gadatliwe pomieszanie — zatrzymanie się miesiączkowania u kobiet [*περί παρθηρίων*], wielką utratę krwi skutkiem krwotoków, przyczem jeżeli wystąpią drgawki, rokowanie jest bardzo niepomyślne, o nich bowiem mówi: *τῶν ἐξισταμένον μελαχολικῶς οἷς τρόμοι ἐπιγίγνονται, κακόν*, to jest, jeżeli u takich co w melancholiczną nieprzytomność wpadli drgawki względnie kurcze się pojawiają — źle z nimi.

Przytacza także jeden wypadek obłąkania popołogowego, gdzie po wydaniu dziecka na świat, wystąpił napad szału, z następczemi objawami melancholii.

Wiek podeszły pociąga za sobą nie tylko utratę wzroku i porażenia, lecz także pewną skłonność do chorób umysłowych. Mówi bowiem w *Ἐπιδήμιοι* 30¹⁾ u starszych i u takich, u których ciepło już jest wyczerpane ubezwładnienia albo obłądu i utrata wzroku (scil. nastąpiła).

Ponieważ duchowym, psychicznym wpływom Hippokrates wiele wagi w umysłowych chorobach nie przypisywał, zatem i leczenie jego tychże chorób jest czysto somatyczne. Ważną rolę odgrywa tutaj tradycyjnie używana ciemierzca, w niektórych wypadkach radzi częste upusty krwi, użycie zlewań zimną i zmywań ciepłą wodą. Dla melancholików i trapiionych myślą samobójstwa, poleca korzeń mandragory. Jak wszędzie tak i tutaj u Hippokratesa, spokój i uregulowanie diety chorego wysoko jest cenione i w najrozmaitszych wypadkach przepisy z wszelką drobiazgowością są podane ²⁾.

1) *Πρεσβυτέροις δὲ καὶ ὄσοις ἤδη τὸ θερμὸν κρατεῖται καὶ παραπληκτικὰ ἢ μανικὰ ἢ στέρισις ὀφθαλμῶν.*

2) Już w czasach pohippokratesowych Aristoteles w oznaczeniu władz umysłowych znowu się cofnął, przekładając je z mó-

W szczególówce wyliczanie owych przepisów dyetycznych przy umysłowych chorobach, wdawać się tutaj naturalnie nie możemy.

II.

Pomiędzy ojcem sztuki lekarskiej Hippokratesem a lekarzami w późniejszych czasach rzymskich, leży odstęp czasu bardzo znaczny. Wprawdzie nie brak w owych czasach lekarzy znanych i uważanych za doskonałych w swym zawodzie, jak np. Herophilus, Erasistratus i inni, którzy nawet jako pisarze dzieł lekarskich słynęli; dla historii psychiatrii, wszakże nie posiadają oni żadnego znaczenia z powodu, że albo w dziełach ich nie znajdujemy nic ważniejszego o chorobach umysłowych, albo ponieważ dzieła te całkowicie zaginęły, nie, wiadomo zatem, co o chorobach tych mogli byli powiedzieć.

Zupełnem wszakże milczeniem pominąć nie możemy zdań, jakie w kwestyi chorób umysłowych mieli ówczcześni filozofowie, jakoto: Platon, Arystoteles i Cicero. Każdy z nich w swoim rodzaju wniósł jakąś myśl nową, nie pozbawioną wpływu na psychiatrię samą w późniejszym czasie.

Odsyłając czytelnika, co do szczegółów psychologii Platona, do wyczerpującego opracowania znajdującego się

zgu do serca. W wyżej podanym rozdziale *Περὶ παρθητίων*, o przyczynach choroby umysłowej z powodu zatrzymania się miesiączkowania, jako przyczyny podane są następujące zmiany. Krew zbiera się w macicy, skutkiem czego przychodzi do obrznięcia tejże, a następczo i do ucisku przepony i serca. Serce zaś jako organ inteligencji cierpi i tym sposobem powstają zaburzenia w zakresie władz umysłowych. Zapatrywanie powyższe, tak zupełnie sprzeczne z poglądem Hippokratesa na siedlisko władz duchowych samo już przez się przeczy temu, aby autorem rozprawy *Περὶ παρθητίων* miał być sam Hippokrates; owszem przypuszczać należy, że rozprawa ta ukazała się w czasach późniejszych, gdy wpływ nauk Arystotelesa i w kołach lekarskich odczuwać się dawał.

w *Historyi filozofii* D-ra TENNEMANN'a Tom II, str. 430 ¹⁾, nadmieniamy tutaj tylko, iż według Platona, podobnie jak zachodzą pewne braki w budowie ciała, albo pierwotne, zależne od zбочeń w rozwoju, albo też powstałe skutkiem przebytych chorób, a więc braki wrodzone i nabyte, tak samo powstawać mogą pewne niedokładności w rozwoju i czynnościach władz duchowych, które również wrodzonymi lub nabytymi być mogą. Jedne mogą powstawać skutkiem choroby, drugie skutkiem braku przyrodzonych zdolności. Dusza jest chora, gdy umysłowe władze i naturalne popędy są z sobą w niezgodzie, np. pojmowanie i sąd z porządliwością; rozsądek z uczuciami itp. Jeżeli w rozstroju duchowym uwydatnia się głównie osłabienie, lub bezczynność władz umysłowych i rozsądku, Platon stan taki zowie *ἀφροσύνη, ἄνοια*—wyższy zaś stopień tego stanu, w którym spełniane czynności pozbawione są kontroli rozsądku, stanowi obłąkanie—*μανία*, niższy zaś stopień zowie się głupotą, idyotyzmem. Obłąkanie *μανία*, może być także dwojakim, albo powstałe z woli Bogów stawiających człowieka po za zakres normalnych warunków zwyczajowego prawa [*ὅπερ θείας ἐξαλλαγῆς τῶν εἰωθότων νομίμων*. Phaedr. 265], albo też tak zwana *ἀμαθία* odpowiadająca mniej więcej słabości umysłowej—Schwachsinn. Co się tyczy przyczyn powstawania chorób umysłowych, to zwraca Platon uwagę zarówno na czynniki duchowe, jak np. nadmierną bolesć, smutek lub radość, które pozbawić mogą człowieka rozumu i równowagi umysłowej—jak również na czynniki cielesnej natury np. na podrażnienie rdzenia kręgowego przez nadmiar nasienia, co powoduje nadużycia płciowe, których następstwem osłabienie władz umysłowych. Czynniki cielesne wytwarzają dobre lub złe właściwości duchowe u człowieka, a to dzięki sokom w ciele zawartym i ich wpływowi na duszę: od nich zależy słabość umysłowa, brak pamięci, odwaga

¹⁾ Geschichte der Philosophie von Dr. Wilhelm Gottlieb Tennemann. Leipzig.

i bojażń. (Timon 434). U Platona znajdujemy także uwagi godne zasady leczenia psychicznego.

Arystoteles, jakkolwiek jeden z największych myślicieli pod względem zapatrywań swych na siedlisko władz psychicznych nie poszedł naprzód, lecz przeciwnie wstecz się cofnął, a to przez uznanie serca za organ władz duchowych. Odstąpił zatem od twierdzeń Hippokratesa w kwestyi podstawowej. W pismach Arystotelesa spotykamy się z wyrażeniami, oznaczającymi utratę władz umysłowych, jak *μανία*, *παρανοία*, *μελαγχολία*. Teorya chorób umysłowych Arystotelesa opartą jest na działaniu wpływów humoralnych, wśród których czarna żółć najważniejszą gra rolę. Ważniejszą jest rzeczą, że Arystoteles jaśniej i dobitniej od Hippokratesa zaznaczył różnicę pomiędzy obłąkaniem wrodzonym, a nabytem w życiu późniejszym. W swem *Ἐθικῶν Νικομαχείων* 8. 6. rozróżnia dwie kategorye *ἄφρονες* t. j. pozbawionych rozumu od urodzenia—*ἐκ φύσεως*—i obłąkanych skutkiem choroby. W drugiej tej kategoryi spotykamy chorych z wysokim stopniem upośledzenia władz umysłowych dotkniętych epilepsią i szałem *μανία*. Tacy chorzy nie są odpowiedzialnymi nawet za najgorsze zbrodnie jakich się dopuszczają np. za ludożerstwo, matkobójstwo etc.

Opierając się na zimnych i gorących własnościach krążącej w organizmie w znacznej ilości czarnej żółci i porównyując działanie tejże z odurzeniem w skutek nadużycia wina wynikiem, rozróżnia Arystoteles dwa rodzaje obłąkania. Jeżeli w organizmie następuje nagle oziębienie czarnej żółci, wywiązuje się uczucie obawy i strachu zniewalające chorego nieraz do popełnienia samobójstwa—a im rzeczono oziębienie będzie naglejsze tem bardziej niespodzianie zjawia się popęd do samobójstwa. Przeciwnie, w razie nadmiernego podniesienia ciepłoty czarnej żółci, umysłowe zboczenia występują w postaci ekstazy, szału, zachwytu, *νοσήματα ἀλίσκονται μανίκοις ἢ ἐνθουσιαστικῶς*.

Cicero w *Tusculan. disputationes* III. 5. zastanawia się nad umysłowemi chorobami. Powtarzać jego rozumowań tutaj nie będziemy. Dla historii psychiatrii orzeczenia jego o tyle są ważnemi, ponieważ najpierw zwrócił

uwagę, iż *μελαγχολία* — furor nie tylko przez wpływy czarnej zółci przychodzi do skutku, lecz także skutkiem wzruszenia się afektów czyli uczuć duchowych najrozmaitszego rodzaju. Jako przykłady przytacza Orestesa, Athamasa itp. Ważniejszą jeszcze jest wzmianka Cicerona o prawnospołecznem stanowisku obłąkanych. Powiadania nas bowiem, iż wedle prawa dwunastu tablic *domini rerum suarum furiosi non poterunt esse* t. j. że dotknięci szałem nie mogli rozporządzać swym majątkiem: podczas gdy tak zwani *insani* t. j. niespełna rozumu, głupkowaci, mogący jako tako obowiązki swe wypełniać (*mediocritatem officiorum et vitae communem cultum atque usitatum tueri*) nie podlegali prawnym tym przepisom.

Jednym z lekarzy którzy w starożytności dla psychiatrii najwięcej zasług położyli, był mieszkający w Rzymie Asklepiades, rodem grek z Brussy w Małej Azji, urodzony około 140 roku przed Chr. Z wyjątkiem kilku ułamków, obejmujących dział chorób chirurgicznych a znajdujących się w bibliotece florenckiej, wszystkie inne dzieła wielkiego tego męża zaginęły zupełnie. Celsus i Caelius Aurelianus powiadają nas jednak dość szczegółowo o treści zatraconych pism Asklepiadesa, nie skąpiąc wszakże i swego własnego zabarwienia i uwag pobocznych. Badaniom niemieckiego uczonego G. Gumperta zawdzięczamy krytyczny rozbiór i możliwe oddzielenie duchowej własności Asklepiadesa od owych z drugiej ręki pochodzących naleciałości¹⁾.

Jak wiadomo Asklepiades, trzymając się zasady wyznawanej przez rzymskich lekarzy — metodyków których by głową — wprowadził teorię atomów (*ὄγκοι*) i kanałów (*πύροι*) Od swobodnego i niezamąconego poruszania się owych atomów w kanałach cielesnych zależy zdrowie ludzkie. Nagromadzenie się zaś atomów w jednym miejscu, względnie zapchanie kanałów sprowadza stan chorobliwy. Wedle tej teorii *phrenitis* polega na zastoju atomów w mózgowych

¹⁾ Aselepiadis Bythynici fragmenta. Digessit et curavit G. Gumpert. Vinar. 1794.

oponach—*corpusculorum statio sive obtrusio in cerebri membranis*. W przeciwieństwie do *phrenitis cum febre*, t. j. gorączkowej, odróżnia Asklepiades obłąkanie, przydarzające się po spożyciu odurzających rzeczy, jak mak, mandragora, a tak samo i powstające z nadmiernego gniewu, strachu i chorobliwego podrażnienia, doprowadzające chorego albo do wybuchów, albo do głębokiego smutku, odróżnia dalej obłąkanie z padaczkowemi—czyli epileptycznemi napadami połączone.

Pod względem terapii zajmuje Asklepiades pomiędzy starożytnymi wybitne stanowisko w psychiatrii. O nim bowiem powiedzieć można, iż pierwszy u leczenia na drodze psychicznej baczniejszą uwagę zwrócił i leczenie to praktycznie stosować się starał. W leczeniu umysłowo chorych poleca rozmaite rodzaje muzyki, dalej ćwiczenia i zajęcia umysłowe. Pomędzy innemi poleca także rozmyślne złe czytanie zajmującej książki, by tym sposobem zmuszać chorego do namysłu i poprawiania czytającego.

Pod względem somatycznym Asklepiades odrzuca większą część dotychczas używanych środków jak np. upust krwi, enemy, okłady z gorczycy na ogoloną głowę lub też ciepłe zawijanie tejże. Gani zamykanie chorych w ciemnych miejscach, ponieważ tutaj tem więcej bezsenność ich trapi, a umysł żadnych ze zewnątrz pochodzących wrażeń nie doznaje (*quoniam nullae res externae in sensum cadere possunt*) co gorzej jeszcze oddziaływa. Przeciwnieienne światło nie dopuszcza złudzeń—*impedit quomodo toti sint in imaginibus*— osłabiając i znosząc natężenie tych ostatnich, Asklepiades rozróżnia przytem widziadła i halucynacje trapiące chorych, od anormalnego pojmowania czyli illuzyi, w których zewnętrzne wrażenia chorego normalnie dochodzą — sąd jednak o nich jest przewrotny i fałszywy—*ex veris visis ducentes quidam mentis errorem, falsitate magis afficiantur*. Jako środki pomocnicze przy *phrenitis* poleca Asklepiades silne zapachy, sternutatoria czyli środki drażniące błonę śluzową nosa, obmywanie zimną wodą, ścisłą dyetę z początku, a stopniowo pożywniejszą później, użycie wina. U furiatów mechanicznie krępujące środki

mogą być stosowane, lecz nie należy również zapominać o kąpielach a jeżeli gorączki niema o upustach krwi.

Korneliusz Celsus, lekarz rzymski urodzony w Rzymie lub w Weronie, a żyjący za czasów panowania Augusta, słusznie uważanym być może za pierwszego autora pism psychiatrycznych. W swem dziele bowiem „de Medicina, Libri octo”, poświęca dział osobny — księga III rozdział XVIII chorobom czysto umysłowym. Pomimo swego uwielbienia dla Asklepiadesa i stojąc przeważnie na stanowisku Hippokratesa, krytycznie uzupełnia niejedno a w terapii nie zawsze z nimi się zgadza.

Stan obłąkania nazwany w pismach Hippokratesa *paranoia*, określa Celsus ogólnem mianem *insania*, uważając ją za ogólne cierpienie ciała, a nie pojedynczego organu — w czem się różni od Hippokratesa, który jak wiemy, uważał umysłowe zboczenia za wyłączne choroby mózgu.

Celsus odróżnia trzy rodzaje czyli działy owej *insania*. Pierwszy dział tworzy *phrenitis*, do której wszakże nie zaliczają się majaczenia gorączkowe, ustępujące nieraz z pierwotną chorobą, która je wywołała. Samoistna *phrenitis* występuje „*cum continua dementia esse incipit, aut cum aeger, quamvis adhuc capiat, tamen quasdam vanas imagines accipit; perfecta est, ubi mens illis imaginibus addicta est*“. Objawy owego obłąkania bywają rozmaite u jednych smutek, u drugich wesołość przeważa — jedni łatwo poddają się rozkazom i tylko w mowie zdradzają stan pomieszania — inni zaś skaczą, rzucają się, stają się gwałtownymi i przemocą muszą być uspakajani. Inni znowu „*urtem adhibent*“ t. j. starają się oszukiwać udając zdrowych i ich przedstawień i próśb z niedowierzaniem i ostrożnością słuchać należy „*quoniam is dolus insanientis est*“.

Używanie środków przemocy tylko dla niebezpiecznych się zaleca. Ani zamykanie chorych takich w ciemności, ani też poleconego przez Asklepiadesa bezwzględniego pozostawiania tychże w jasnych miejscach Celsus nie po-

chwala, sądząc iż wedle potrzeby ciemność lub jasność stosować należy—jednego bowiem uspakaja pobyt w miejscu zaciemnionem, innego wpływ światła jasnego. Nie godzi się również Celsus na zapatrywanie mistrza swego Asklepiadesa, co do bezużyteczności wszelkich środków lekarskich. Tylko w chwili napadu najgwałtowniejszego szału wstrzymywać się należy od podawania wszelkich środków, chory powinien być związany, lecz za to po przejściu na padu, tem silniej i energiczniej leczyć go należy. W danym razie nie lęka się nawet upustu krwi. Ze środków leczniczych poleca *unguentum croci* na ogoloną głowę, wewnątrz mak i ciemierzycę. Wielki nacisk kładzie Celsus na psychiczne leczenie chorych takich — *animos gerere pro cuiusque natura*. I tak, smutne i przygnębiające myśli trzeba oddalać—*discutiendae tristes cogitationes*—wybuchy głupiego śmiechu hamować; niektórym chorym raczej potakiwać, aniżeli sprzeciwiać się trzeba—ludziom wykształconym daje się książki do czytania, zniewalając ich do uczenia się czegoś na pamięć — odmawiających przyjmowania pokarmów sadza się pomiędzy biesiadujących. Nie zapomina Celsus o użyciu w tych wypadkach muzyki. Bezsenność trapiącą chorych zwalczać należy albo środkami nasennymi z zachowaniem potrzebnej ostrożności „ażeby długiego to jest ostatniego snu nie sprowadzić“, albo też przez urządzenie kołyszącego się łoża lub wreszcie, wedle zaleceń Asklepiadesa wcieraniami (*frictiones*).

Podaje również Celsus bardzo szczegółowe przepisy dyetyetyczne dla chorych umysłowych.

Obejmuje zatem Celsus pod względem terapeutycznym daleko szersze od swoich poprzedników widnokręgi.

Drugi rodzaj *insaniae* rozpoczyna się bez gorączki; później wszakże przyłączają się niewielkie ruchy gorączkowe. Smutek jest tutaj charakterystycznym, jak się zdaje z powodu działania czarnej żółci na ustrój. Choroba sama jest długotrwałą, chroniczną—*spatium longum recipit*. Leczenie psychiczne bardzo jest w takich razach ważne; pod względem somatycznym zaś poleca upust krwi, nacierania,

środki rozwalniające, emetyk, ruch fizyczny. Gorączkę w razie pojawienia się jej, zwalczać należy według zasad dla innych chorób podanych.

Trzeci rodzaj *insaniae* trwa najdłużej; dotyka najczęściej ludzi silnych i występuje w dwojakiej postaci *nam quidam imaginibus non mente falluntur—quales insanientem Ajacem ver Orestem percepisse poetae ferunt; quidam animo decipiunt*. Co Celsus chciał oznaczyć, mówiąc „*imaginibus non mente falluntur*“, trudno dzisiaj rozstrzygnąć — to też dawniejsi i nowsi komentatorowie w rozmaity sposób słowa te objaśniają. SCHELLER tłumaczy, iż chorzy miewają fałszywe wyobrażenia. FLEMMING zaś domyśla się, że chodzi tu o halucynacye, jakie dręczą, skąd inąd normalnego pod względem psychicznym chorego. FALK wreszcie przypuszcza, iż mowa jest tutaj o tak zwanych *idées fixes*, tylko w pewnym kierunku opanowujących umysł—po zatem zaś tenże pozostaje w stanie prawidłowym.

Terapia stanu takiego polega u Celsusa na podawaniu środków wymiotnych i rozwalniających; pierwsze zaleca u smutnych, drugie u więcej wesołych pacjentów. W razie odmowy przyjmowania przepisanych leków, radzi domięszywanie tychże do chleba spożywanego codziennie.

Wyrażenie użyte przy oznaczeniu drugiego rodzaju—*animo disipiunt* — najprawdopodobniej obejmuje wszelkie objawy chorego umysłu. W razie niestuchania łagodnych przedstawień u takich chorych, jest na miejscu surowe postępowanie t. j. pętanie, bicie i karanie głodem, ażeby tym sposobem chorych zmusić do uważania na samych sobie. U wesoło usposobionych chorych, nagły przestrich ma dobre wywoływać skutki, przy ponurem usposobieniu zlewanie i wycieranie zimną wodą. Dyetetyczne przepisy i tutaj są nader szczegółowe. W razie odzyskania zdrowia radzi Celsus takich chorych przynajmniej na rok wysłać w podróż, celem zmiany klimatu i dostarczenia rozrywki.

Z kolei przychodzimy do Aretaeusa rodem Greka z Kapadocyi, żyjącego w Rzymie najprawdopodobniej za

czasów panowania Nerona. Jego spostrzeżenia i opisy chorób umysłowych są tak trafne, iż gdyby nie to, że uważa on za przyczynę chorób umysłowych pewne nieprawidłowości w krążeniu znanych już nam płynów organicznych, niejedno zdanie jako słuszne i dzisiejszy psychiatra mógłby spokojnie podpisać¹⁾.

W rozdziale „o przyczynach i oznakach chorób długotrwałych“ (Περὶ αἰτιῶν καὶ σημεῖων χρόνιων πάθων) mówi o melancholii w ścisłej znaczeniu, przypisując jej powstanie dopływowi czarnej żółci do żołądka i przepony i charakteryzuje ją jako smutek przy istniejącem równo-

¹⁾ W tłumaczeniu łacińskim opis melancholii wedle Aretaeusza brzmi jak następuje:

„Porro signa, ex quibus conjectare licet, haud obscura sunt; etenim in initio Melancholiae vel quieti praeter rationem, vel morosi sunt et demissi et tardi sine manifesta quavis causa; ad haec, iracundi fiunt et dejecti, vigiliae premuntur et e somnio cum tumultu excitantur. Si increseat malum, etiam vehementi terrore percelluntur, quo tempore ferocia fiunt somnia, horifica et manifesta; quodcumque enim futuri mali supra modum horrent; id eorum oculis repraesentant insomnium; ad sententiam permutandam propronti, turpes, parci et avari; ac paulo post simplices, profusi et munifici idque non ex animi virtute sed affectus varietate. Si vehementius adhuc urgeat, homines odio habent et eorum vitant consortia; inaniter queruli sunt; vitae maledicentes mortisque cupidi. Multis in sensu destituitur ed ad fatuitatem tendit animus, ut omnium rerum ignari, ac suimet immemores, more brutorum vitam exigant. Corporis etiam oritur malus habitus; color est ex atro viridoque promixtus, si non infra prodeat bilis, sed per universum corpus una cum sanguine diffundatur. Voraces et nihilominus tenues sunt, deest enim somnus, qui per cibi et potionis digestionem membra illis confirmet; porro haec e corpore vigiliae pellunt atque dissipant, quapropter alvus sicca est, neque quicquam reddit; aut id quod excernit, aridum et rotundum et biliosum est, humore quodam atro circumfusum; urina pauca, acris, bile tincta. Inflationes habent in praecordiis, ructus greveolantes, virosos quasi e saliva exhalarent, et interdum acris quidam humor cum bile prorumpit; pulsus fere parvus, imbecilis, creber, frigori similis.

czesnie umysłowem zбочeniu bez wszelkich gorączkowych objawów (μελαγχολία ἐστὶ ἀθυμία ἐπὶ μίῃ φανασίῃ ἀνεὺ πυρετοῦ). W tem znaczeniu najpierw przez Areteusza użytą utrzymała się nazwa melancholia, aż do czasów najnowszych. Objawy zбочenia umysłowego występują u melancholików w rozmaitych formach — (μελαγχολικοί δὲ οὐκ ἐπὶ ἓν εἶδός ἐξασοί) ¹⁾ jedni obawiają się otrucia — πρὸς φαρμακίην ὑπόπτου—inni z obawy przed ludźmi chronią się w odludne miejsca, inni zmęczeni życiem mają skłonność do samobójstwa, o innych wreszcie mówi, że „δαισιδαμονίης τρέπονται—czy wszakże Areteusz miał tutaj na myśli opętanych przez jakiegoś złego ducha, czy też, jak niektórzy badacze przypuszczają „zabobonnie lękliwych nie jest wyjaśnionem ¹⁾).

Jak widzimy z poprzednio przytoczonego przypisku zawierającego łacińskie tłumaczenie, opis początkowych objawów chorobowych jak również dalszego przebiegu cierpienia jest dobry i świadczy, iż Areteusz był spostrzegaczem bystrym i opisy choroby opierał głównie na własnych spostrzeżeniach.

Lepszym wszakże zdaje się być badaczem aniżeli terapeutą, przepisy bowiem jego, tyczące się leczenia melancholii są dość skromne. Co prawda rozdziały, traktujące o leczeniu manii czyli szaleństwa zaginęły, z istniejących pism zaś najważniejsze przepisy przytaczamy.

Obok wewnętrznego używania ciemierzycy, przepisuje upusty krwi z prawego zgięcia łokciowego, ażeby krew od wątroby odprowadzić, gdzie żółć i krew się tworzą i melancholię podsycają (ἄμφω μελαγχολίης τροφή w dziele Χρονίων νόσων θεραπεύτικον I. 5). Bańki i kataplazmy na prawą stronę brzucha działają w tym samym kierunku obok mniej ścisłych przepisów dyetetycznych. Sam też przyznaje, iż nie wszystkich chorych można uleczyć. Wobec

¹⁾ pochodzi od ἔζομαι. Medium od ἔδω—siedzę powstaję.

²⁾ KUHN w swej pracy „Medicinae Graecorum opera quae extant“ tłumaczy „superstitious capiuntur“.

częstych nawrotów choroby, leczenie ciemierzycą i aloesem powinno być energicznie przeprowadzanem. U chorych takich zważać należy również na zboczenia miesiączkowania u kobiet i odpływ hemoroidów u mężczyzn. O psychicznem leczeniu nie wspomina.

Zaznaczyć tutaj musimy iż padaczka i jej następstwa dobrze znane były Areteuszowi i że umiał on ją odróżniać dokładnie od właściwej melancholii. Jako *causa movens* w padaczce uważa zboczenia w obiegu śluzu czyli flegmy. Epilepsya długo trwająca może wywołać napady szału *ἐτραφεδι' νοῦσος κότε και γνώμην ἐς μανίην*—może przejść w trwałe smutne, względnie melancholiczne usposobienie, a wreszcie i w stan idiotyzmu—*ὕποτείνεταί κότε και τὴν διανοίαν ἢ νοῦσος ἐς τὰ πάντα μωρσίνειν*.

Mówiac o dalszych skutkach długotrwałej melancholii zaznacza Areteusz, że nieraz przyłącza się do niej *παράλυσις* FALK wszakże. sądząc ze słów *πόλλοισιν (μελαγχολίκοισι) ἐς ἀναισθησίην και μώρωσιν ἢ γνώμη ῥέπει, ὅπως ἄγνωτες ἀπάντων ἢ ἐπιλήσμονες ἑαυτῶν βιον ζῶσιν ζωωδέα*—uważa, że tu mowa jest nie o fizycznym sparaliżowaniu ciała, lecz o melancholikach, u których świadomość zanikła, a umysłowe siły owej *παράλυσις* uległy, skutkiem czego nastąpiło zezwierzczenie.

Pomiędzy starożytnymi autorami Areteusz pierwszy zwrócił uwagę i opisał idiotyzm jako zejście długotrwałych chorób umysłowych. Areteusz dowiódł dalekiej bystrości spostrzegawczej, opisując szal *μανίην*—jego początki, przebieg i łączność pod względem patologicznym z właściwą melancholią. Mówi on bowiem, iż w pewnych wypadkach szal nieraz rozpoczyna się od melancholii, która i wikła często i dalszy szal przebieg *δοκέει δὲ μοι μανίης ἔμειναι ἄρχη και μέρος ἢ μελαγχολίη*—i że obiedwie formy są wyrazem jednej i tej samej choroby. Melancholia przejść może w egzaltację powoli, albo też nagle, chorych opanowuje uczucie radości i rozkoszy. Jest to już stan maniakalny—*ἡδονή προσγίγνεται ἐπὶ τοῖς πλείστοις οἱ δὲ μαινόνται*. Zmianę tę przypisuje Areteusz zajęciu mózgu przez żółć,

którą ἴν δὲ κεφαλὴν εἰς συμπαιδείαν ἄγει— natenczas smutek zamienia się w uczucie wesołości, chorzy śmieją się i hałasują. Zazwyczaj uważa ich się wtenczas już nie za melancholików, a przecież tutaj pierwotne cierpienie wzmogło się tylko.

Opisując μανίη samą w sobie, mówi Areteusz, iż maniacy są skłonni albo do wybuchów gwałtownego gniewu, albo też do nieokiełznanej wesołości. *Causa movens* są tutaj zaburzenia w obiegu żółtej żółci. Podczas gdy ludzie ospali, leniwi, ograniczeni i powolni okazują większą skłonność do melancholii - to przeciwnie manii podlegają więcej natury żywe, rozbudzone i głowy otwarte. Pierwsza zdarza się częściej u ludzi w wieku dojrzałym, mania zaś u ludzi młodszych.

Do przyczyn sprowadzających szaleństwo zalicza Areteusz także wybryki płciowe.

Cechą charakterystyczną szaleństwa — μανίη — jest niepokój, zupełne zaburzenie władz umysłowych, chroniczne podniecenie bez gorączki, nie mającej nic wspólnego z rzeczywistym napadem szału.

Areteusz rozróżnia bardzo dobrze ostre zaburzenia umysłowe, skutkiem spożycia trujących przedmiotów jak również osłabienie umysłowe, a nawet i zanik władz umysłowych u starców, pochodzący z osłabienia starczego, które także jest rzeczywistą chorobą.

W powyżej opisanych napadach szału mamy często do czynienia z nawrotami a również i wyzdrowieniem niezupełnem. Zatrzymanie odpływu krwi u hemoroidalnych mężczyzn, a miesiączkowania u kobiet, również przyczynić się może do wybuchów manii, kobiety w takich razach szaleją straszliwie.!

Maniaków dzieli Areteusz na szkodliwych i nieszkodliwych, spokojnych i niebezpiecznych. Obraz nakreślony jest wiernym, a niemniej świadczą o wielkiej bystrości spostrzegawczej uwagi o wpływie stopnia wykształcenia indywidualnego na rozwój zбочeń umysłowych tego rodzaju.

Mania wielkości (Grössenwahn) jest nader wiernie opisaną. Opowiada on, jak jednemu się zdaje, że na mocy własnego geniuszu jest filozofem *αὐτομάτη φιλοσοφίη*—poetą z bożej łaski—*ποίησις ἀπὸ μούσεων*—itp. Nie zapomina także o urojonych przemianach [metamorfozach] części lub całości własnego ciała, zachodzących w chorej wyobraźni.

Zaznaczyć tu musimy, że i świat pogański miał swój religijny obłąd. Wedle bowiem Areteusza wydarzają się przypadki zbroczenia umysłowego, w którym chorzy sami sobie zadają udręczenia w tem mniemaniu, że bogowie tego od nich wymagają, i że tym sposobem sprawiają bogom pewną przyjemność. Napady takiego obłądu powstawać mogą pod wpływem gry na flecie, otoczenia towarzyskiego i pobudzenia afektów. Po przebyciu napadu, chorzy są znowu zupełnie rozsądni, a tylko ślady pozostałe na ciele, jak sińce i guzy świadczą o zadanych sobie przez nich urazach. Obłąd taki mniema autor jest dopustem bożym—*ἐνθάς ἤδε ἡ μανίη*. Nie wspomina Areteusz do jakiej płci należeli owi pogańscy biczownicy, ani też nie zastanawia się bliżej nad istotą ich choroby, tak że trudno jest dziś orzec z jaką formą choroby umysłowej miał do czynienia autor i czy rzeczywiście istniał tu obłąd, czy tylko nadmiar uczucia religijnego, czy też fanatyzm.

Mówiąc o ostrych postaciach obłądu zwraca Areteusz baczną uwagę na upośledzenie władz umysłowych w przebiegu chorób gorączkowych np. zimnicy lub zapalenia płuc. Przy ostrych cierpieniach wątroby nie traci chory wprawdzie przytomności, lecz popada w ociężałość, obawę i obojętność—przy nerkowych i pęcherzowych zaś cierpieniach mogą nastąpić utrata przytomności i kurcze; czy mowa tu jest może o uremii rozstrzygnąć trudno. *Satyriasis* nie jest według Areteusza chorobą ściśle umysłową, lecz raczej ostrą zapalną narządów płciowych. Wywołać on jednak może na drodze sympatycznej pewne zaburzenia w umyśle i układzie nerwowym, *satyriasis* dotyka wyłącznie mężczyzn, tak jak hysteria wyłącznie kobiety.

Podaliśmy w ogólnych zarysach obraz zapatrywań Areteusza na choroby umysłowe. Gdyby wszystkie pisma jego zachowały się, moglibyśmy niewątpliwie uzupełnić pod wielu względami twierdzenia jego oparte na doświadczeniu, a zwłaszcza obszerniej wyłożyć sposoby leczenia chorób umysłowych, których ten niezwykle bystry badacz używał.

Z kolei przechodzimy do Klaudyusza Galena, urodzonego w Pergamum w Małej Azji w r. 131 po Chr. Zdać by się mogło, że tak płodny a przytem i bystry autor lekarz pozostawi nam po sobie znaczniejszą spuściznę i na polu psychiatrii, która mu bynajmniej obcą nie była. Tymczasem tak bynajmniej nie jest. Orzeczenia Galena dotyczące psychiatrii porozrzucane są i nie tworzą wcale jednolitej całości. Dwie zaś rozprawy opatrzone psychiatrycznymi tytułami dotyczą zagadnień etycznych, ganią obyczaje i życie współczesnych. Są to:

1) Περὶ διαγνωσέως καὶ θεραπείας τῶν ἐν τῇ ἐκάστῳ ψυχῇ ἰδίων παθῶν.

2) Περὶ διαγνωσέως καὶ θεραπείας τῶν ἐν τῇ ἐκάστῳ ψυχῇ ἀματημάτων.

Galenus wogóle stoi na stanowisku nauki Hippokratesa, tak samo jak on jest wyznawcą teorii humoralnej, i tak samo uważa mózg za siedlisko i źródło wszelkiego uczucia, ruchu i władz duchowych. Pod względem psychologicznym odróżnia ψυχικαὶ ἐνέργειαι καὶ φύσει—do pierwszych należy uczucie, ruch i pojęcie (τρίτον ἡγεμόνικον) jako własności zwierzęcej φύγη; do drugich, tworzących tło sił duchowych, właściwych wyłącznie człowiekowi, wyobraźnię (φανταστικόν), zdolność rozsądzania i rozmysłu (διανοητικόν) i pamięć (μνημονευτικόν). Nie ma wprawdzie żadnego pewnego dowodu, czy właśnie w mózgu ma swe siedlisko owa duchowa siła niecielesna ἀσώματος δύναμις—znikająca w chwili śmierci, a także czy mózg dzięki odpowiedniemu połączeniu i ustosunkowaniu czterech pierwiastków ciała, staje się rzeczywiście podścieliskiem wszystkich wzmiankowanych

powyżej czynności duchowych. Że wszakże mózg jest owem podścieliskiem dowodzą doświadczenia dokonywane na zwierzętach i objawy spostrzeganie u ludzi chorych.

Nawiasowo zaś tutaj dodajemy, iż za siedlisko i źródło osobistej odwagi uważa Galenus serce, władzę zaś przepowiadania przyszłości umieszcza w wątrobie.

Odpowiednio do powyższych poglądów psychologicznych tworzy Galenus rozmaite działy chorób umysłowych stosownie do występujących objawów. W zboczeniach *φανταστική ενέργεια* wytwarza się pewien rodzaj porażenia (*παραλύσις*) znany pod postacią *κάρος* t. j. ogłuszenia, wielkiej senności lub też *κατάληψις* odrętwienia. Następnie także fałszywy kierunek myśli—*κίνησις*—jako *παραφροσύνη* to jest obłąkanie, lub wreszcie także zanik wszelkich władz duchowych i fizycznych, jaki ma miejsce w *κώμα* i *λήθαργος*.

W chorobach drugiego działu t. j. *διανοητική ενέργεια* czyli władz rozpoznawczych, wytwarza się także *παραφροσύνη* obłąkanie, *Verrücktheit*, słaby i niedostateczny kierunek myśli, nazwany przez Galena *μωρία* t. j. pomieszanie—*Narrheit*, albo *μώρωσις*—stępienie a dalej *ἄνοια* to jest porażenie, względnie utrata władzy myślenia czyli idiotyzm. Ostatni stan ten umysłu może także być albo wrodzonym albo nabytym w życiu późniejszym, jak to się zdarza u ludzi w wieku bardzo podeszłym.

Zwykle zboczenia i zaburzenia powstają równocześnie w obydwóch „*ἐνέργεια*“ lecz także i każda z osobna ulegać może chorobie.

W złudzeniach [halucynacyach] zmysłowych, objaśniają chorzy fałszywie wrażenia zewnętrzne, jeśli dotkniętą jest *φανταστική ενέργεια*; w chorobach zaś *διανοητική ενέργεια* słyszą, widzą i czują chorzy rzeczy nieistniejące, choć nie doznają właściwie wrażeń zmysłowych.

Następstwem chorobliwych myśli i złudzeń umysłowych jest choroba pamięci — *μνημονευτική ενέργεια*. Tam gdzie pamięć i władza myślenia równocześnie są chore, tam wytwarza się *μώρωσις* czyli stępienie umysłowe.

Równolegle do rozwoju cierpienia umysłowego zjawiają się objawy czysto somatyczne, do jakich zalicza Galenus zaburzenia w sferze czuciowej jak znieczulenie i nadczułość—*ἀναλγησία* i *ὑπεραίσθησις*—w sferze zaś ruchowej drgawki i porażenia. Bezsenność lub męczące sny trapią chorego. Ponieważ zaś mózg jest jednym z najważniejszych organów ciała, w chorobach mózgu zatem podupada odżywianie i upośledzają się czynności całego ustroju.

Wiele chorób ma swe źródło w cierpieniach mózgu jak np. padaczka, omdlenia, zawroty, porażenia, drgawki. Choroby te albo mają bezpośrednio swe siedlisko w mózgu, albo też dotyczą opon mózgowych i kości czaszki i pośrednio tylko oddziałują na mózg. W chorobach zaś umysłowych mózg i jego opony są zawsze w stanie chorobliwym i to albo pierwotnie, bezpośrednio —*καὶ ἰδιωπαθεῖν τε καὶ πρωτοπαθεῖαν κάμνει*— albo też wtórnie, skutkiem innej jakiej choroby. W pierwszym razie powinnością jest lekarza zbadać, czy stan nieprawidłowy soków żywotnych ogranicza się do samego tylko mózgu, czy też całego dotyczy ciała. Do chorób znoszących lub osłabiających władze umysłowe albo też powodujących majaczenie—obłęd (*delirium, παραπροσόνη*) należą zimnica, zapalenie płuc i opłucnej, zapalenia nerwów i tkanek, leżących blisko mózgu np. mięśni ciemieniowych. Przedewszystkiem w ścisłym związku z mózgiem pozostaje żołądek. W tem miejscu mówi Galenus o urazach, zgnieceniach kości czaszkowych, które wywołują wymioty w skutek podrażnienia opon mózgowych— a z drugiej strony o cierpieniach żołądka powodujących przygnębiecie umysłowe. Tak samo i niektóre trucizny działają albo bezpośrednio na mózg powodując zaburzenia czynności umysłowych, albo wywołują te zaburzenia wtórnie za pośrednictwem żołądka. Te wtórne choroby mózgowe trwają często dłużej, aniżeli pierwotne, cierpienia innych narządów ciała, które ¹⁾ były przyczyną choroby umysłowej

¹⁾ Powyższe zdania i rozumowania są zawarte w rozprawach Galauusa: Περὶ τῶν πεπονθότων τοπῶν III. IV. V. Περ

Nie będziemy już mówić o wpływach czterech płynów i ich wyziewów na mózg, a zatem i na powstawanie chorób umysłowych, poglądy bowiem Galena pod tym względem odpowiadają mniej lub więcej poglądom Hippokratesa. Rozwija je więc tylko Galenus z większym zasobem dyalektyki. Zastanawia się on nad szkodliwymi wpływami zbyt małej, lub zbyt wielkiej ilości każdego poszczególnego płynu i jego wyziewów na owe $\phi\upsilon\chi\iota\kappa\acute{o}\nu\ \pi\upsilon\epsilon\upsilon\mu\alpha$ mające swe siedlisko w mózgu.

Wreszcie zastanawia się nad rozmaitemi zboczeniami zasadniczych własności ciała, jakimi są wilgoć i suchość, ciepło i zimno a które sprowadzają także niekiedy zboczenia czynności umysłowych. Galenus w dedukcyach tych idzie dalej aniżeli Hippokrates; gdy tenże bowiem szukał przyczyn chorób umysłowych wyłącznie w zmianach somatycznych, poczytywał Galenus i wpływy duchowe za przyczynę tych chorób. Tak np. długotrwały smutek i troska, a także i nadmierna wesołość, może spowodować zboczenie umysłowe, co wcale nie przeszkadza odwrotnemu oddziaływaniu, t. j. iż umysłowa choroba może wywoływać objawy smutku lub wesołości. Troska, smutek, bojaźliwość sprowadzają w ciele nadmiar płynu $\chi\upsilon\mu\omicron\varsigma\ \mu\epsilon\lambda\alpha\gamma\chi\omicron\lambda\iota\kappa\omicron\varsigma$ — gniew zaś usposabia do powiększenia się ilości płynów żółciowych.

Choroby umysłowe dzieli Galenus na ostre i przewlekłe. Do pierwszych należą $\phi\varsigma\epsilon\upsilon\iota\tau\iota\varsigma$ t. j. cierpienia mózgowo powstałe wskutek wszelkich chorób gorączkowych. Podczas gdy *phrenitis* polega na pobudzeniu czynności umysłowych, jest *lethargos* stanem wręcz przeciwnym; chory wpada w śpiączkę, traci pamięć, równocześnie następuje zwolnienie krążenia soków w ustroju, podczas gdy w *phrenitis* krążenie to jest przyśpieszonym.

ὄν συμπτωμάτων διαφόρας. III. Περὶ κρατέως καὶ δυναμείως φαρμάκων. II. IX. Περὶ προγνωσέως σφύγμων IV.

Nowożytni badacze pism Galena z dwóch tych opisów wnioskuje, iż tutaj mowa jest o tyfusie, w którym występuje albo zupełna apatya i niemoc, albo też podniecenie i niepokój (*typhus stupidus et versatilis*), choroby umysłowe przewlekłe mają przebieg bezgorączkowy a najważniejszą z nich jest melancholia, której nie należy utożsamiać z $\chi\acute{o}\mu\omicron\varsigma$ $\mu\epsilon\gamma\alpha\gamma\chi\omicron\lambda\iota\kappa\acute{o}\varsigma$. Charakterystyczną jej cechą jest obawa i strach ogarniające chorego. Chorzy ci bowiem, którym i wyziewy czarnej żółci umysł zamroczyły, na podobieństwo dzieci i ludzi zabobonnych obawiających się bez powodu ciemności, podlegają również bezpodstawnemu ucznieniu obawy i strachu. Przyczyny zatem owego przygnębiającego uczucia w samych chorych szukać należy.

Melancholia może być pierwotnem cierpieniem mózgowem, częściej wszakże jest wtórnem, zaważanem chorobami narządów trawienia i wtedy to przebiega w postaci hypochondryi $\tau\acute{\alpha}$ $\delta\pi\omicron\chi\omicron\delta\rho\iota\alpha\kappa\alpha$ $\kappa\alpha\iota$ $\varphi\upsilon\sigma\omega\delta\epsilon\acute{\alpha}$ $\delta\upsilon\omicron\mu\alpha\zeta\acute{o}\mu\epsilon\nu\alpha$ $\pi\alpha\theta\acute{\epsilon}\alpha$ (Περὶ ποπ. τοπ. III. 9.), której Galenus wedle Dioklesa trafny opis podaje.

Dalej melancholia może jeszcze występować w najrozmaitszych postaciach jak: popęd do samobójstwa, obłęd prześladowczy w którym chorzy obawiają się otrucia ze strony swych krewnych i przyjaciół, nasłania demonów przez nieprzychylne osoby itp. Wspomina też Galenus o *idées fixes* jak np. iż zdarzają się chorzy, którym się wydaje, iż są ze szkła i bojąc się stłuczenia, unikają wszelkiego dotknięcia; inni znowu, że jak Atlas unoszący cały nieboskłon na swych ramionach, pod tegoż ciężarem zgniceni zostaną.

Znany kompilator pism lekarskich (Aetius) Aeciusz wedle Galena opisuje kynantropią i lykantropią—jako odmienną formę melancholii, o tejże później jeszcze pomówimy.

Drugą, wprost przeciwną melancholii długotrwałą chorobą umysłową jest mania $\mu\alpha\nu\acute{\iota}\eta$ w której pojęcia, słowa i czyny chorobliwemu ulegają podnieceniu. Dla patrzących obłęd ten śmiesznym się wydaje, gdyż dotknięci nim chorzy odznaczają się usposobieniem niestałym i myśl ich przeskakuje z jednego przedmiotu na drugi (Περὶ $\chi\acute{o}\mu\omicron\varsigma$ XIX). Nowego

zresztą nic tutaj Galenus nie podaje, powtarzając poglądy swych poprzedników.

O terapeutycznych przepisach Galenusu nie wiele jest do powiedzenia. Ponieważ stoi on na gruncie Hyppokratyzmu, więc leczenie chorób umysłowych jest u niego wyłącznie somatycznym, przyczem niewiele nowych środków podaje. Główną rolę odgrywają *purgantia*, upusty krwi, przy zapaści i osłabieniu środki drażniące, jak *sternutatoria* t. j. drażniące błonę śluzową nosa i enemy w celu podrażnienia odbytu. Przeciw bezsenności wcieranie w nos opium i podawanie go w odwarze, używanie teriaku i kąpeli. Dyetyczne przepisy są bardzo obszernie wyliczone i opisane.

Jednym z najlepiej w czasach starożytnych z psychiatrią obznajmionych lekarzy jest bezsprzecznie Caelius Aurelianus. Pochodził on z miejscowości Sicca w Numidyi, nie jest wszakże wiadomem, kiedy się urodził. Jedni badacze uważają go za współczesnego Klaudyuszowi Galenowi, inni wszakże na zasadzie, że używa on wielu barbaryzmów w swej łacinie, mniemają, iż czas działalności C. Aureliana przypada na piąty wiek po Chr.

W teorii lecznictwa wyznawał on zasady szkoły metodyków. W dziele swem „De morbis acutis et chronicis“ w ośmiu księgach, pisze o umysłowych chorobach w księdze I rozdział 5, 6 i następne. Mówiąc o padaczce (*epilepsia*) w rozdziale 4 tejże księgi, wykazuje Celiusz Aurelianus, iż oddziaływanie cierpienia tego na umysłowe władze, było mu dobrze znane. Jako objawy zapowiadające często wybuch padaczki, podaje moralne rozdrażnienie, uczucie obawy, brak pamięci i skłonność do płciowych wybryków. Po napadzie zaś zaznacza występującą ociężałość, wstręt do zwykłych zajęć a czasami nawet zupełne pomieszczenie umysłowe (*mentis, alienatio et nulla notorum agnitio*).

Rozdział o obłąkaniu rozpoczyna od etymologicznego wywodu słowa greckiego *μανία*, i od powtórzenia zapatry-

wań, na umysłowe zboczenia, Platona, których tenże dwa rodzaje rozróżniał t. j. cielesny i od bogów zesłany (Plato in Phaedra duplicem furorem dixit; unum fieri mentis intentione ex corporis causa vel origine; alterum divinum sive immisum ejusque Apollinem inspiratorem esse, atque hunc vocari divinationem).

Dalej przytacza poglądy stoików a wreszcie Empedoklesa. O tym ostatnim mówi, że także odróżniał on dwa rodzaje pomieszania umysłowego; jedno z nich było niejako duchowem oczyszczeniem, a drugie pochodziło z czysto cielesnych przyczyn ²⁾.

Wedle Cael. Aureliana *insania, furor* czyli *mania* jest umysłowem cierpieniem bezgorączkowym w przeciwieństwie do *phrenitis*. Zapadają nań głównie młodsze lub w sile wieku będące osoby, rzadziej starcy obarczeni latami. Choroba wybucha albo nagle, albo rozwija się powoli. Przyczyny mogą być ukryte, lub jawne, fizyczne lub moralne. Oprócz przyczyn podanych przez nas poprzednio przez wzmiankowanych autorów C. Aurelianus pierwszy podaje jako przyczynę chorób umysłowych, przeziębienia, niestrawność, nadmierne używanie wina, bezsennie spędzane noce, zabobonne usposobienie, wielkie i nadmierne wysiłki umysłowe uczonych przy ich badaniach naukowych (*ob cupidatem disciplinarum*) a dalej chciwość, żądzę sławy i nagły przestrah, Jak widzimy zatem co do etyologii chorób umysłowych C. Aurelianus ma znacznie szerszy widnokrąg pojęć aniżeli jego poprzednicy.

Pomimo, że wyraźnie nie wskazuje na mózg jako na główne siedlisko choroby, to wszakże z całego toku podanych opisów, w których kładzie nacisk na dolegliwości całego systemu nerwowego a przede wszystkim głowy, wnieść można, że uważał mózg za główne siedlisko choroby.

¹⁾ Empedociam sequentes alium dicunt ex animi purgamento fieri, alium alienatione mentis, ex corporis causa sive iniquitate, de quo nunc scripturi sumus.

Choroby umysłowe są wedle Aureliana chorobą ciała—powiada on bowiem wyraźnie, że błędzą ci co uważają pomieszanie za wyłączne cierpienie duszy a cielesne zaburzenie za poboczne tylko objawy. Najrozmaitsze cielesne niedomagania poprzedzają zboczenia umysłowe, a dotychczas żaden filozof, jeszcze nie potrafił, ani był w stanie umysłowo chorego wyleczyć.

W początkach obłąkania lekarz winien sobie zdać sprawę, czy choremu grożą padaczka czy też apopleksya. Kryterium stanowi tu tętno będące w czasie obłąkania zazwyczaj nagle i szybkie przy grożących zaś porażeniach pełne i zwolnione. Dalej przy umysłowem pomieszaniu chory bywa dręczony smutkiem, bezsennością, obawą, biciem serca—epileptycy zaś zazwyczaj dobrze śpią. Różnice te zacierają się z biegiem czasu, bo padaczka tak samo jak i inne choroby—których nie wymienia—stają się powodem obłąkania. Furor, insania czyli pomieszanie objawia się albo wybuchem nadmiernej wesołości i gniewu, lub też przeciwnie smutkiem z uczuciem niewypowiedzianego strachu i obawy. Ściśle biorąc wszystkie te objawy odnieść należy zawsze do jednej choroby, t. j. do umysłowego cierpienia bezwzględnie na to czy chorzy są niezwykle spokojni, czy też gwałtowni, czy mają świadomość swego cierpienia czy też nie. Niektórzy chorzy do tego stopnia tracą świadomość swego ja i poczucie osobowości w skutek ogarniającego ich umysł obłądu, iż uważają się za wróbla, koguta, mówcę, boga itp.—sic denique furens alius se passerem existimavit, alius gallum, alius oratorem, alius deum.

Na rzeczywiste uznanie zasługują przepisy lecznicze Celiusza Aureliana. Otóż niektóre ważniejsze z nich: Chorych należy pomieszczać w cichym, miernie oświetlonym i ciepłym pokoju, bez obrazów i malowideł na ścianach. Okna powinny być nie za wysoko nad ziemią, ponieważ niektórzy chorzy w szale z okien wyskakują. Łóżko powinno być nieruchomem a tak ustawionem, ażeby chory leżał tyłem zwrócony do drzwi wchodowych, widok bowiem obcych twarzy drażni chorego. Nie należy pozwolić na

odwiedzanie chorych przez osoby, które w nich strach lub obawę wzbudzają, a tylko w wyjątkowych razach, gdy chory jest nieposłuszny, osobom takim dozwala się wstępu do chorego, gdy obawa zniewala do posłuszeństwa—*quo aegri terrore vel reverentia opprimantur*. Dozorcom należy dać surowy nakaz, ażeby ani zbyt niemiłym potakiwaniem choroby nie powiększali, ani też systematycznym sprzeciwianiem się chorego nie drażnili. Jeżeli w napadzie szału chorego chce uciekać, a jeden dozorca do poskromienia go nie wystarcza, albo też jeżeli osamotnienie drażniąc nań oddziaływa, więcej dozorców przyjąć należy. Dozorcom zaleconem być winno, ażeby obchodzili się z chorym ostrożnie i łagodnie, w razie konieczności przytrzymania chorego starali się mu wytłumaczyć, że się to dzieje w celu naciekania jego ciała, co w każdym razie jest pomocnem. Jeżeli zaś sam widok ludzi chorego w szal wprowadza, zaleca się niedługo trwające i ostrożne związanie, przyczem członki poobwijają wełną—*praetectis lana articulis*, tum fasciola ligatur. Przy nadczułości na światło, mierne zaciemnienie jest na miejscu.

Psychiczne leczenie uwzględnione jest w szerokim zakresie: zaleca bowiem Celiusz Aurelianus zajmowanie chorych głośnym czytaniem i rozmową, przyczem rozmyślnie czasami błędy popełniać należy, ażeby nakłaniać chorego do poprawiania—względnie do namysłu i rozważania. Przechadzki są także bardzo korzystne—lecz ani duchowe ani cielesne ćwiczenia nie powinny chorego męczyć, bo jedno i drugie jest szkodliwe.

Odpowiednio do usposobienia, teatralne widowiska i inne duchowe rozrywki są na miejscu, później nawet można z chorym prowadzić dysputy wedle zasad retoryki, przyczem obecni znajomi wszelkie słuszne i zdrowe zdania pacyenta oklaskami wynagradzać powinni. Ludzi wykształconych należy zajmować odpowiednio do ich umysłowego rozwoju. Dla zupełnie prostego człowieka nawet i gra w kości jest pewnem ćwiczeniem umysłowem.

Po ustąpieniu umysłowego cierpienia zaleca C. Aurelianus podróże a szczególnie też morskie. W dyecie wszelkiej jednostronności unikać należy.

Uwagi nad powyższymi przepisami C. Aureliana zupełnie chyba są zbyteczne. O ileż one wyżej stoją od średniowiecznych, wiele późniejszych poglądów, gdzie kat lub egzorzysta miejsce lekarza zajmowali a bat i łańcuch za najodpowiedniejsze środki lecznicze dla nieszczęśliwych obłąkanych uważano.

Celusz Aurelianus stojąc na prawdziwie humanitarnem stanowisku, stanowczo potępia wszelki gwałt i brutalność względem chorych. Krytykując odnośne przepisy Asklepiadesa powiada, że bicie tylko chorych rozdrażnia, żadnej korzyści nie przynosi, a gdy choroba minie chory pamięć doznanego bólu zachowuje jedynie. Teorya morzenia głodem, ażeby chorych obłąkawić niejako na podobieństwo dzikich zwierząt w C. Aurelianie stanowczego znajduje przeciwnika, lekarza coś podobnego polecającego raczej za waryata uznaćby można—*insanire potius quam curare videntur*.

Pod względem terapeutycznym C. Aurelianus również wielce od swych poprzedników się różni. Za korzystne uważa rozcieranie całego ciała (*frictiones*), kąpiele, umiarkowaną antiflogozę, wlewanie w uszy roztworu saletry w wodzie; on pierwszy zaleca w niektórych razach użycie pijawek—*ac si vultus vel ora fuerint affecta plurimum totum corpus erit sanguisugis quas hirudines appellamus*. Przeciwnym zaś jest wszelkim upustom krwi, ponieważ wynikające stąd osłabienie ciała pociąga za sobą osłabienie władz umysłowych a także powoduje popędy samobójcze; również nie jest on zwolennikiem podawania środków nasennych, moczopędnych lub obniżających ciepłotę chorego, bo obłądowi nie towarzyszy nigdy gorączka. Melancholię pojmuje C. Aurelianus wyłącznie jako hypochondryę. W rozdziale szóstym pierwszej księgi powiada, że nazwa pochodzi od czarnej żółci ukazującej się czasami w wymiotach, chorobowe objawy wszakże z czarną żółcią ani też jej działaniem nic nie mają wspólnego. Melancholia sama w so-

bie nie jest odmienną formą obłąkania—cała zaś różnica polega głównie na tem, iż przy *furor*, cierpi głowa, przy melancholii zaś narządy brzuszne; pod względem psychicznym wybitną cechą są tutaj smutek i strach dręczące chorego. Zapadają na nią częściej mężczyźni aniżeli kobiety, częściej ludzie w średnim wieku, niż w młodszych lub starszych latach będący. Leczenie odpowiada zupełnie zasadom metodyzmu t. j. iż starać się należy o zrównoważenie w *strictum et laxum* w organizmie, ponieważ melancholia jako taka jest cierpieniem polegającym na wzmożeniu *strictum*¹⁾ w organizmie. C. Aurelianus potępia tak zalecane przez dawnych lekarzy w leczeniu melancholii upusty krwi i podawanie ciemierzycy. Widzimy więc, że nie jest on bynajmniej bezwzględny zwolennikiem i wyznawcą teorii humoralnej. Zrywa on również z teorią Hippokratesa co do czarnej żółci jako przyczyny i głównego czynnika szkodliwego w chorobach umysłowych.

Odróżniał on bardzo ściśle gorączkowe majaczenia od właściwych objawów obłąkania, uważając że pierwsze są wyrazem działania gorączki na cały ustrój, a więc i na głowę, która najsilniej odczuwa wpływ podniesionej ciepłoty. Znanym mu jest również szkodliwy wpływ nadmiernego używania wina i z tego powodu nie uważa on tego ostatniego za środek leczniczy w żadnym rodzaju obłąkania umysłu.

Bardzo bystrej krytyce poddaje C. Aurelianus poglądy i przepisy swych poprzedników, o ile zaś sam wypowia-

¹⁾ Szkoła metodyków, założona przez ucznia Asklepiadesa Themisona z Laodicei, twierdziła, iż powodem każdej choroby może być albo zwężenie kanalików cielesnych czyli porów—*status strictus*—albo też ich nadmierne rozszerzenie—będące wynikiem obniżenia napięcia w nich—*status laxus*. *Morbi ex constrictione et solutione* wedle Celiusza Aureliana. Później dodano jeszcze trzeci stan porów.—*status mixtus*, w którym zachodzą jakoby obydwie chorobliwe własności porów. Trzy te tezy stanowią owe sławne jeszcze w wiekach średnich tak zwane „*communitates*“ lekarzy ówczesnych.

da swe własne zdanie wyraża się jasno i opiera na rozległym doświadczeniu osobistem. To też zupełnie zgodzić się można ze zdaniem prof. HAESER'a, że Aurelianus dał nam najdokładniejszy wśród starożytnych opis chorób umysłowych. Niema bowiem w starożytności drugiego lekarza, ożywionego równie humanitarnym, jak C. Aurelianus duchem, gdy chodzi o poglądy na przebieg i leczenie zaburzeń psychicznych. [D. c. n.]

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

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

PRZEZ

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

Przystępując obecnie do zestawienia poglądowego różnych chorób i zбочeń umysłowych przypominam, że powszechnie przyjętą i ogólnie rozpowszechnioną nazwą w języku polskim na oznaczenie jakiejkolwiek choroby umysłowej i jakiegokolwiek zбочenia umysłowego jest wyraz „obłąkanie“, który oznaczam wyrazem ogólnym greckim *Phrenopathia*.

Chcąc przeto utworzyć schemat podziału chorób umysłowych będziemy mogli rozróżnić:

I. Obłąkanie pojedyncze, *Phrenopathia simplex*.

II. Obłąkanie złożone, *Phrenopathia composita*.

Do obłąkania pojedynczego należeć będzie:

1) Czyste podniecenie, względnie szal rozmyślny, *Hyperphrenia eunoica*.

2) Czyste przygnębienie, względnie zaduma rozmyślna, *Hypophrenia eunoica*.

3) Czyste, t. j. zborne upośledzenie władz umysłowych, *Hebephrenia*.

4) Zborny, stały, pojedynczy lub złożony obłąd t. j. t. zw. spaczenie umysłu, *Paraphrenia fixa*.

5) Zborny, zmienny i niestały obłąd *Paraphrenia mutans*.

6) Czysta niezborność umysłu, *Dysphrenia simplex*.

7) Bezmysł *Aphrenia* w różnych postaciach, jak:

a) bezmysł zupełny porażenny *Aphrenia paralytica completa*, czyli otumanienie zupełne bezwładne.

b) bezmysł ruchliwy, czyli otumanienie zupełne ruchliwe. [NB. z ruchami bezwiednymi i bezwolnymi].

c) odurzenie zupełne, czyli bezmysł senno-omamowy.

d) zamroczenie zupełne, czyli bezmysł odruchowy senno-złudzeniowy.

Do niezborności, czyli do pomieszania umysłu należy niezupełne otumanienie, odurzenie i zamroczenie.

II. Obłąkanie złożone; *Phrenopathia composita* obejmuje połączenie się dwóch lub kilku pojedynczych postaci chorobowych występujących rzadko równocześnie, częściej kolejno, lub naprzemian. Równocześnie istnieć może podniecenie, lub przygnębienie z upośledzeniem władz umysłowych, lub z obłądem zbornym, zwłaszcza zmiennym, dalej z obłądem niezbornym, z pomieszaniem umysłu, lub z bezmysłem. Obłąd zborny, stały zwłaszcza wtórny (*Paraphrenia secundaria*) łączy się dosyć często ze zbornem upośledzeniem władz umysłowych różnego stopnia i zakresu. Częściej jeszcze łączy się obłąd zborny zmienny, z upośledzeniem władz umysłowych, tudzież z przemijającą lub powrotną niezbornością umysłu, W ostatnim razie powstaje obłąd zmienny, niezborny, który może być czystym, złudzeniowym, omamowym i złudzeniowo-omamowym.

Obłąkanie złożone możnaby nazwać typowem, zupełnem, jeżeli składa się ze wszystkich możliwych postaci pojedynczych, z których jedne przechodzą kolejno w inne wedle pewnych stałych prawideł, jak to już wyżej wyłuszczyłem. Niekiedy różne postaci chorobowe pojedyncze zasadnicze tak ciągle wikłają się i mieszają ze sobą, że nie

możemy zauważyć żadnych stałych objawów typowych, czyli zasadniczych i możnaby nieraz powiedzieć, że istnieje równocześnie kilka różnych postaci chorobowych, z których co chwilę inna wybitniej występuje, a niekiedy i tego zauważyć nie można, lecz istnieje wprost równocześnie mieszanina różnych postaci chorobowych. Szczególniej tyczy się to pomieszania umysłu ostrego, w którym nieraz najbardziej bijącym w oczy objawem bywa czyste zborne upośledzenie władz umysłowych, niekiedy czysta niezborność umysłu, niekiedy zborny, ale co chwilę zmienny i niestały obłąd czysty, złudzeniowy, lub złudzeniowo-omamowy, niekiedy znowu niezborność czysta, złudzeniowa lub złudzeniowo-omamowa; niekiedy zaś wszystko naraz spostrzegać się daje i to raz z wybitnem ogólnem przygnębieniem, a po chwili wybitnem ogólnem podnieceniem, przy czem chwilami niektóre z wymienionych postaci chorobowych wcale nie są uwidocznione tak, że widzieć możemy kolejno, jużto czystą zadumę, jużto czysty szal a po chwili znowu co innego. Taką postać chorobową możnaby nazwać obłąkaniem złożonem wielorakiem zmiennem nietypowem, lub też pomieszaniem umysłu złożonem, zmiennem, jeżeli bezład, czyli niezborność, t. j. pomieszanie umysłu, stanowi główny i najbardziej w oczy bijący objaw choroby. MAYNERT nazywa tę postać chorobową pomieszaniem umysłu złożonem (*Zusammengesetzte Amentia*).

Niekiedy spostrzedz się dają przemijające objawy różnych postaci chorobowych, ale bardzo niedostatecznie rozwiniętych, obok krótszych lub dłuższych okresów pozorne-go zdrowia umysłowego. W ten sposób przedstawiają się szczególnie niektóre choroby umysłowe wtórne, jakoteż pierwotne, mające swe źródło w usposobieniu dziedzicznym. Choroby takie występują często w postaciach nierozwiniętych należycie i tak nieregularnie mieszających się ze sobą, że trudno jest niekiedy nazwać je odpowiednio. Dlatego też niektórzy psychiatrzy, zwłaszcza niemieccy, obejmują je odrębną nazwą i zwą obłąkaniem nieoznaczonem powstałym na tle zwyrodnienia umysłowego *Unbestimmtes constitutionelles Irresein* [КОСН], co oznacza, że choroba ta

rozwinęła się na tle nieznaczących wprawdzie, ale nie dających się już usunąć zmian anatomicznych w mózgu. Nawet obłąkanie nabyte bez widocznego zwyrodnienia, lub tła dziedzicznego, może mieć taką nieoznaczoną postać, jeżeli wikła się różnymi chorobami nerwowymi, rdzeniowymi i mózgowymi równocześnie istniejącymi, lub dawniej przebyte. Niektóre takie nieoznaczone, często przemijające i za ledwie dostrzegalne, niekiedy okresowe, postaci obłąkania stoją już—że tak się wyrażę—na granicy między zdrowiem, a chorobą umysłową i stanowią często bardzo wielką trudność w rozpoznawaniu i ocenianiu, zwłaszcza w przypadkach sądowo-lekarskich. Tu należeć będą także różne dziwactwa i nieznaczące zwyrodnienia dziedziczne, lub nabyte po różnych chorobach tak cielesnych lub umysłowych. Często też dlatego nie można stanowczo orzec, czy daną osobę uważać należy za umysłowo zdrową, czy za chorą— a szczególnie trudną jest nieraz rzeczą rozstrzygnąć tę sprawę w okresie przemijania uleczalnych chorób umysłowych. Często też po przeminięciu takich chorób pozostają pewne, czasem ledwie dostrzegalne nieprawidłowości umysłu, np. nieznaczące upośledzenie władz umysłowych, lub pewne dziwactwa. Niemcy zwią to wyleczeniem ułomnem, *Heilung mit Defect*.

Do obłąkania złożonego, *Phrenopathia composita*, uleżeć więc będą przedewszystkiem różne postaci chorobowe pojedyncze z przeważającym tłem podniecenia, lub przygnębienia a więc:

I. Szał złożony podwójny *Hyperphrenia composita duplex* a mianowicie:

1) Szał z upośledzonym rozumowaniem, t. j. szal zborny, nierozmyslny, ale świadomy *Hyperphrenia hypnoica*.

2) Szał z upośledzeniem wszystkich władz umysłowych t. j. szal zborny głupowaty, albo błazeński *Hyperphrenia hebetica*.

3) Szał z obłądem zbornym, względnie ze spaczeniem umysłu, *Hyperphrenia paranoica*.

4) Szał z obłędem niezbornym, względnie z pomieszaniem umysłu, t. j. szzał niezborny bezmyślny, ale świadomy, czyli szaleństwo bezmyślne, świadome, *Hyperphrenia dysnoica*.

5) Szał bezmyślny, nieświadomy, t. j. szzał z otumanieniem, odurzeniem, lub zamroczeniem zupełnym, czyli szaleństwo bezmyślne nieświadome [bezwiedne] *Hyperphrenia anoica*.

II. Zaduma złożona podwójna *Hypophrenia composita duplex*, a mianowicie:

1) Zaduma z upośledzonym rozumowaniem, t. j. zaduma nierozumna, ale świadoma, *Hypophrenia hyponoica*

2) Zaduma z upośledzeniem wszystkich władz umysłowych, t. j. zaduma nierozumna, czyli zaduma z głupowatością, względnie z tępotą umysłową, *Hypophrenia hebetica*.

3) Zaduma z obłędem zbornym *Hypophrenia paranoica*.

4) Zaduma z obłędem niezbornym, względnie zaduma z pomieszaniem umysłu, t. j. zaduma niezborna; *Hypophrenia dysnoica*.

5) Zaduma bezmyślna i nieświadoma, czyli zaduma z otumanieniem, względnie odurzeniem, lub zamroczeniem zupełnym, *Hypophrenia anoica*.

6) Zaduma ze zniesieniem wszystkich władz umysłowych, t. j. zaduma z osłupieniem rzeczywistością, czyli zaduma bezmyślna, bezwiedna i bezwolna [porażenna] *Hypophrenia stuporosa, vera, anoica (paralytica)*. NB. Nie rozumiem tu porażenia stałego, anatomicznego, ale porażenie przemijające, czysto czynnościowe a więc niedomogowe, podobne np. do porażenia dziwomogowego [macinniczego] lub sztucznie hipnotyzmem wytworzonego.

III. Obłęd zborny stały, lub zmienny, połączony z czystym t. j. zbornym upośledzeniem władz umysłowych częściowym lub ogólnym, t. j. obłęd głupowaty *Paraphrenia hebetica*. Zazwyczaj jestto choroba umysłowa przewlekła wtórna nieuleczalna.

IV. Obłęd zmienny połączony z niezbornością umysłu czystą, złudzeniową, omamową, lub złudzeniowo-omamową, t. j. obłęd niezborny *Paraphrenia dysnoica*.

V. Upośledzenie umysłu połączone z niezbornością, t. j. upośledzenie umysłu niezborne, *Hebephrenia dysnoica*.

VI. Obląkanie naprzemienne *Phrenopathia alternans*, czyli obląkanie okresowe podwójne *Phrenopathia periodica duplex*, w którym różne wymienione wyżej pojedyncze postaci chorobowe z przeważającym tłem podniecenia, a więc różne postaci szału pojedynczego lub złożonego, częściowego lub ogólnego, pojawiają się naprzemian z chorobami okazującymi objawy wprost sobie przeciwne, a więc z różnymi postaciami zadumy pojedynczej i złożonej.

VII. Obląkanie kolejne prawidłowe, *Phrenopathia circularis regularis*, czyli obląkanie okresowe wielorakie prawidłowe, *Phrenopathia periodica multiplex regularis*, w którym różne pojedyncze postaci chorobowe okazują się kolejno po sobie zawsze w pewnym stałym porządku, przy czem pomiędzy pojedynczemi postaciami zauważyć się dają wybitne przerwy i granice, a pojedyncze postaci należycie są rozwinięte.

VIII. Obląkanie kolejne nieprawidłowe, *Phrenopathia circularis irregularis*, czyli obląkanie okresowe wielorakie nieprawidłowe, *Phrenopathia periodica multiplex irregularis*, w którym różne pojedyncze postaci chorobowe okazują się kolejno po sobie, ale w porządku nieregularnym i nie zawsze jeduakim, przyczem niektóre postaci chorobowe są więcej, inne mniej rozwinięte a niektóre przedstawiają się tylko jako poronne, chociaż pomiędzy pojedynczemi postaciami zauważyć się daje zazwyczaj dosyć wybitna granica, a niekiedy widoczna przerwa.

IX. Obląkanie złożone wielorakie zupełne prawidłowe, *Phrenopathia composita multiplex completa regularis* obejmuje wszystkie postaci pojedyncze, zasadnicze, kolejno po sobie następujące bez przerw widocznych między sobą. Choroba taka rozpoczyna się niedomogą umysłową *Phrenasthenia*, poczem następuje szal zborny rozmyslny, rozumny, *Hyperphrenia eunoica*, który wyradza się w krótkim czasie bezpośrednio w szal zborny rozmyslny, nierozumny, *Hyperphrenia hebetica*, dalej w szal zborny nie rozmyslny, czyli

w szaleństwo zborne, *Hyperphrenia hyponoica* przyczem z powodu licznych złudzeń, pochodzących ze zbyt powierzchownego i niedostatecznego spostrzegania zmysłowego okazują się liczne ciągle zmienne i niestałe obłądy myślnie t. j. urojenia i obłądy ogólne, najpierw zborne, później niezborne, wskutek czego tworzy się szal zborny zmienny obłądowy, *Hyperphrenia mutans paranoica*, względnie zborny obłąd z podnieceniem, później szal obłądowy zmienny niezborny, niekiedy powodowany złudzeniami i omamami zmysłowymi, wyradza się następnie w szal bezmyślny świadomy, niezborny, czyli w szaleństwo bezmyślne świadome *Hyperphrenia dysnoica*, dalej w szaleństwo bezmyślne nieświadome *Hyperphrenia anoica*, względnie bezmyśl ruchliwy, *Aphrenia agitata*, a w końcu w bezmyśl zupełny [porażenny] *Aphrenia completa (paralytica)*. Rozwój choroby odbywa się następnie w odwrotnym jak wyżej porządku; a więc zjawiają się wszystkie zasadnicze postaci chorobowe pojedyncze z przeważającym objawem przygnębienia a więc zaduma z osłupieniem *Hypophrenia stuporosa*, dalej zaduma bezmyślna i nieświadoma, czyli zaduma z zupełnym otumanieniem, lub zamroczeniem *Hypophrenia anoica*; następnie zaduma z niezupełnym otumanieniem, odurzeniem lub zamroczeniem, względnie z obłądem niezbornym złudzeniowo omamowym *Hypophrenia dysnoica*, potem zaduma z obłądem zmiennym zbornym *Hypophrenia mutans paranoica*, dalej zaduma nierozmyślna, ale świadoma *Hypophrenia hyponoica*, następnie zaduma zborna z upośledzeniem, względnie przytępieniem władz umysłowych *Hypophrenia hebetica*, wreszcie zaduma rozmyślna *Hypophrenia eunoica*, poczem występuje na pewien krótszy lub dłuższy czas nieomaga umysłowa, która także powoli ustępuje tak, że w końcu powraca zupełnie zdrowie umysłowe. Taki przebieg choroby jest bardzo rzadkim.

X. Obląkanie złożone wielorakie połowiczne prawidłowe, *Phrenopathia composita multiplex hemicompleta regularis*. W przebiegu tej choroby, również dosyć rzadkiej, spostrzedz się dają dwa główne typy zasadniczo się różniące, a mianowicie:

X. A) Obląkanie złożone wielorakie połowiczne prawidłowe z podnieceniem *Phrenopathia composita multiplex hemicompleta regularis exaltativa*, rozpoczyna się jak zwykle każda choroba umysłowa niedomogą umysłową, następnie widzieć się dają podobnie jak w poprzedniej chorobie wszystkie po kolei postacie chorobowe aż do bezmysłu, atoli zawsze z przeważającym tłem podniecenia, poczem kolejno, ale w odwrotnym porządku pojawiają się powtórnie wszystkie te same pojedyncze postaci, a więc zawsze z przeważającym tłem podniecenia, poczem po szale rozmyslnym następuje krócej lub dłużej trwająca niedomoga umysłowa a w końcu wraca zdrowie umysłowe. Przygnębiecie pojawia się w tym wypadku tylko przelotnie jako poronna postać chorobowa i to albo na szczycie choroby, albo w okresie zdrowienia, czyli rekonwalescencji, a w tym razie zazwyczaj w postaci przemijającej zadumy czystej rozmyslnej.

X. B) Obląkanie złożone wielorakie połowiczne prawidłowe z przygnębieciem, *Phrenopathia composita multiplex hemicompleta regularis depressiva* przedstawia się podobnie jak XA, z tą atoli różnicą, że głównem tłem chorobowem jest tutaj przygnębiecie. Tu widzieć się dają zazwyczaj tylko w okresie niedomogowym przed samem wyzdrowieniem chwilowe i prędko przemijające objawy podniecenia, poczem dopiero następuje wyleczenie. W przypadkach nieuleczalnych przy IX i X dochodzi często choroba tylko do bezmysłu i na tej postaci się kończy, albo też idzie dalej i zatrzymuje się na pewnej dalszej postaci i zazwyczaj na czystej niezborności, rzadziej na obłądzie zmiennym, zbornym, rzadziej na obłądzie zmiennym, niezbornym, niekiedy na czystem zbornem upośledzeniu umysłowem, poczem jedna z tych ostatnich postaci chorobowych się ustala jako t. zw. bezmysł wtórny, względnie pomieszanie umysłu czyste lub obłądowe wtórne, co razem nazwać można zniepełnieniem umysłu zupełnem, wtórnem.

Co się tyczy czystego zbornego upośledzenia umysłu wtórnego, to niemoc ta wtórna występuje nieraz jako pozostałość po przebyciu jakiegokolwiek choroby umysłowej w różnym stopniu i w różnym zakresie a więc przedstawić

się może jako ogłupienie ogólne lub częściowe, albo też jako wtórne ograniczenie umysłu ogólne lub częściowe. W ostatnim razie możemy powiedzieć, że chory wyzdrowiał niezupełnie (*Heilung mit Defekt*). Czasami jako następstwo przebytej ostrej choroby umysłowej pozostaje stałe dzwactwo wtórne, t. j. tak zwane zdziwaczenie, które także może być różnego stopnia i zakresu i jest również oznaką wyzdrowienia niezupełnego (*Heilung mit Defekt*).

XI. Obląkanie złożone wielorakie zupełnie nieprawidłowe *Phrenopathia composita multiplex completa irregularis* cechuje się tem, że w przebiegu tej choroby występują wprawdzie wszystkie pojedyncze zasadnicze postaci, ale w porządku nie tak prawidłowym, jak wyżej przy IX skreśliłem. To samo tyczy się także

XII. Obląkania złożonego wielorakiego połowicznego nieprawidłowego *Phrenopathiae composita multiplex hemicompleta irregularis*.

XIII. Obląkanie złożone wielorakie niezupełnie prawidłowe *Phrenopathia composita multiplex incompleta regularis* obejmuje te wypadki, w których niektóre pojedyncze postaci chorobowe wcale się nie rozwijają, albo też rozwijają się niedostatecznie i poronnie, ale występują w porządku jak przedstawiłem wyżej pod VII względnie VIII.

XIV. Obląkanie złożone wielorakie niezupełnie zmienne nieprawidłowe *Phrenopathia composita multiplex incompleta irregularis (mutans)* obejmuje te wypadki, w których niektóre pojedyncze postaci chorobowe wcale się nie rozwijają, lub tylko przelotnie występują jako postaci poronne, podczas gdy inne zupełnie rozwinięte mieszają się ze sobą, lub następują po sobie kolejno, ale nieregularnie.

XV. Obląkanie pojedyncze nieczyste *Phrenopathia simplex impura* jest wtedy, gdy pewna postać chorobowa stanowi główne tło objawowe, ale przytem występują różne inne formy chorobowe przemijająco w postaci poronnej.

Tu należeć będzie np. szal rozmyslny, w którym chwilowo zjawiają się złudzenia lub omamy zmysłowe, co daje powód do powstawania przemijających obłądów, albo przemijającej nieźborności, tu także zaliczymy szal rozmyslny,

w którym z powodu zbytelnego polotu myśli wystąpi przemijająca niezborność myśli itp.

XVI. Obląkanie złożone niezupełne zmienne nieoznaczone *Phrenopathia composita incompleta mutans indesignata* powstaje najczęściej na tle dziedziczości, lub zwyrodnienia, jak to już wyżej wspomniałem. Co się tyczy obląkania z powikłaniami *Phrenopathia complicata*, to choroby tu należące mogą objawiać się wszystkimi możliwymi postaciami pojedynczemi i złożonemi, jakie właśnie przedstawiłem. Okazuje się to szczególnie wówczas, gdy dana choroba umysłowa istnieje niezależnie od wikłającej ją choroby cielesnej, lub nerwowej.

Gdy zaś rzecz się ma odwrotnie, t. j. gdy dana choroba umysłowa zależna jest ściśle od wikłającej ją choroby cielesnej lub nerwowej i na jej właśnie tle się rozwinęła, wówczas tak powikłana choroba umysłowa odznaczać się będzie pewnemi swoistemi cechami, o których w części wyżej już wspomniałem przy różnych sposobnościach, w części zaraz wspomnę; ale dokładnie o tem wszystkim będę mógł mówić dopiero później, gdy zacznę szczegółowo choroby te opisywać z podaniem odpowiednich przykładów. Do działu chorób umysłowych powikłanych należy obląkanie połączone z cierpiennicą, niedomogą, lub dziwowogą nerwową, umysłową, tudzież nerwowo-umysłową, z padaczką, z porażeniami postępowemi, z uwiązdem starczym, ze zmianami ogniskowemi w mózgu, tudzież z innemi różnemi chorobami mózgu, lub jego opon, jakoteż z różnemi chorobami rdzenia kręgowego, nerwów, pewnych narządów wewnętrznych a także z różnemi chorobami cielesnemi i nerwowemi, powstałemi z samozatrucia, otruciem jadami roślinnemi mineralnemi lub drobnoustrojowemi.

Wszystkie przytoczone właśnie choroby mogą same przez się dać powód do rozwinięcia się obląkania, które w takim razie cechować się będzie pewnemi swoistemi objawami tak wybitnemi, że już z tych objawów poznać możemy na jakim tle i z jakiej przyczyny rozwinęła się dana choroba umysłowa. Będzie to więc ściśle przyczynowe powikłanie danej choroby obląkaniem. Niekiedy jed-

nakże może istnieć między daną chorobą a równocześnie okazującym się obłąkaniem tak dalece luźny tylko związek, że choroby te wcale od siebie wzajemnie nie zależą i tylko przypadkowo razem się pojawiają.

W celu dokładnego odróżnienia tych dwóch możliwości możemy powikłania ściśle choroby umysłowej z inną daną chorobą oznaczać mianem [przymiotnikowym] danej choroby głównej i w tym razie będziemy mieli np. obłąkanie cierpiennicze, niedomogowe, dziwomogowe, padaczkowe, porażenne, starcze itd. *Phrenopathia parathymica subiectiva, hyposthenica senilis* etc., względnie obłąkanie *parasthenica, (dyssthenica, asthenica)* z powodu choroby mózgowej, rdzenia kręgowego, cielesnej wewnętrznej z zatrucia itd. *Phrenopathia ex morbo cerebri, medullae, interno, ex intoxicatione* etc. Gdy zaś powikłanie choroby umysłowej z inną jakąś chorobą jest luźnym tylko i przypadkowym, możemy to oznaczyć nazwą; obłąkanie obok cierpiennicy, niedomogi, dziwomogi, padaczki, porażień, nwiądu starczego itd. *Phrenopathia socia parathymia subiectiva, hyposthenia (dyssthenia, asthenia), epilepsia, paralyssi, marasmo senili, morbo cerebri, medullae, interno, intoxicatione* etc. Rozpoznanie i ściśle rozróżnienie takie bywa czasem bardzo łatwym, czasem jednakże napotyka na niepokonane trudności, zwłaszcza wówczas, gdy ani dana choroba mózgowa, nerwowa lub wewnętrzna itd. ani dana choroba umysłowa, wikłająca ją nie jest należycie rozwinięta i dlatego nie przedstawia wybitnych cechujących ją objawów. W takim razie przedstawia się zazwyczaj dana choroba umysłowa powikłana w postaci obłąkania złożonego zmiennego, nieprawidłowego i często nieoznaczonego *Phrenopathia complicata composita mutans, irregularis, indesignata*. Tyczy się to szczególnie obłąkania połączonego z uwiązaniem starczym. Najczęściej rozwija się na tle uwiązania starczego postępujące ciągle zborne upośledzenie władz umysłowych, potęgujące się aż do zupełnego zniedołężnienia umysłowego, połączonego zwykle ze zniedołężnieniem cielesnym, które równocześnie się rozpoczynają i postępują. Choroba ta umysłowa powstaje z powolnego zaniku komórek kory mózgowej. Czę-

sto zanik taki poprzedza zwyrodnienie, a więc zmiana jakościowa tych komórek, co daje powód do występowania różnych dziwactw i obłądów przed pojawieniem się upośledzenia władz umysłowych.

Niekiedy uwiąd starczy rozwija się na tle miażdżycy tętnic a wtedy często miażdżyca tętnic mózgowych występuje już bardzo wcześnie i daje najpierw powód do stałego ich stwardnienia, które powstrzymuje zwężanie się tętnic pod wpływem nerwów naczynio-ruchowych a później powoduje stałe zmniejszenie się ich światła, przez obfite osadzanie się w ściankach naczyń soli wapiennych. W pierwszym razie występują objawy podniecenia ogólnego a w drugim objawy przygnębienia, łączące się z upośledzeniem równoczesnym władz i czynności umysłowych. Gdy na tle miażdżycy tętnic rozwija się powoli także zwyrodnienie a potem zanik komórek mózgowych, może skutkiem tego stanu rzeczy pojawić się u starców obok uwiądu starczego nawet obłąkanie złożone zupełne prawidłowe, które rozpoczyna się szaleń, przechodzi następnie w obłąd zborny, następnie niezborny a później w niezborność umysłu obłądową z podnieceniem, poczem podniecenie zwolna znika a natomiast występuje przygnębienie z upośledzeniem władz i czynności umysłowych, potęgującym się coraz bardziej i dochodzącym w końcu do bezmysłu zupełnego porażennego.

Wypadki takie są wprawdzie dosyć rzadkie ale przecież nieraz się pojawiają. Częściej nierównie rozwijają na się tle uwiądu starczego objawy obłąkania złożonego zmiennego a niekiedy nieoznaczonego z tego powodu, że u starców tworzą się z czasem różne choroby mózgowie rozlane, lub ograniczone, albo nawet ogniskowe, wikłające się różnemi zбочeniami w czynnościach umysłowych.

Bardziej swoiste objawy daje natomiast t. zw. obłąkanie padaczkowe (*Phrenopathia epileptica*), tu bowiem występują prawie zawsze różne rodzaje bezmysłu, które rzadko widzimy w przebiegu chorób umysłowych swoistych, polegających wyłącznie na zбочeniu czynnościowym mózgu.

Obłąkanie porażenne, t. j. połączone ściśle z porażeniami postępującymi (*Phrenopathia paralytica*) przedstawia

się zazwyczaj jako obłąkanie złożone wielorakie prawidłowe zupełne, rzadziej połowiczne, a w tym razie częściej jako obłąkanie złożone wielorakie prawidłowe połowiczne z przygnębieniem. Natomiast nieraz widzimy je jako obłąkanie złożone wielorakie niezupełne, zmienne, nieprawidłowe, przyczem w niektórych przypadkach przeważa podniecenie, w innych zaś przygnębienie. Czasami choroba przebiega bardzo szybko i gwałtownie i przedstawia się jako t. zw. bredzenie ostre porażenne *Delirium acutum paralyticum*, niekiedy znowu pojawia się choroba ta w postaci nie oznaczonej. Znane są także postaci naprzemienne kolejne i okresowe, jako też zwalniające i przepuszczające.

Najczęściej widzimy stałe potęgowanie się choroby która w takich razach rozpoczyna się zazwyczaj czystym szalem rozmyslnym, prędko przechodzącym w szal głupowaty, poczem objawy szału ustają i pozostaje czyste zborne upośledzenie umysłu, potęgujące się coraz bardziej i dochodzące do niezborności, a w końcu do bezmysłu zupełnego. Niekiedy choroba od razu występuje jako czyste zborne upośledzenie umysłu, które potęguje się z czasem coraz bardziej i dochodzi do niezborności, a w końcu do bezmysłu zupełnego, przyczem inne postaci obłąkania wcale się nie pojawiają. Niekiedy jednakże pojawia się bardzo wybitny obłęd zborny złudzeniowy, omamowy i złudzeniowo-omamowy stały lub zmienny, przechodzący z czasem w niezborny, a wreszcie wyradzający się w niezborność umysłu potęgującą się aż do bezmysłu. Niekiedy znowu rozpoczyna się ta choroba t ę p o t ą umysłową, która szybko przechodzi w otumanienie niezupełne, a w końcu zupełne, lub rozpoczyna się jako obłąkanie nieoznaczone, krótszy lub dłuższy czas trwające, poczem dopiero choroba dalej się rozwija, przedstawiając się w tych razach prawie zawsze jako obłąkanie złożone niezupełnie zmienne i nieprawidłowe, które atoli z czasem wyradza się w wybitne upośledzenie umysłu ogólne, t. j. upośledzenie władz i czynności umysłowych, potęgujące się coraz bardziej aż do bezmysłu zupełnego.

Niekiedy, zwłaszcza w początkowych okresach choroby, gdy porażenia nie są jeszcze dostatecznie widoczne i prawie niedostrzegalne, rozpoznanie czy mamy przed sobą obłąkanie z porażeniami czy też inną chorobę umysłową bywa bardzo trudnem, a czasem niemożliwem zwłaszcza bez dłuższej i ścisłej obserwacji lekarskiej. Często dwie różne choroby umysłowe istnieć mogą równocześnie obok siebie i chociaż nie stoją w żadnym bezpośrednim, lub przyczynowym związku ze sobą, objawy ich mieszają się i wikłają się ze sobą tak dalece, że nie możemy nieraz należycie rozróżnić ich od siebie i rozpoznać, co należy do jednej a co do drugiej choroby umysłowej. Niekiedy bywamy w niepewności, ażali związek ten dwóch różnych chorób ze sobą jest luźnym tylko, czy też ścisłym. Mieszanie się i wikłanie ze sobą różnych chorób umysłowych pochodzić może nieraz z tej przyczyny, że osoby dotknięte już jakąś chorobą umysłową przewlekłą np. dziedzicznym, wrodzonym lub częściowo nabytym upośledzeniem władz umysłowych, albo wcześniej nabytym obłądem zbornym, pierwotnym, stałym, przewlekłym ulegną niezależnie od danej choroby innej jakiejś chorobie umysłowej ostrej, lub przewlekłej, która z poprzednią, od dawniejszego czasu już istniejącą, nie stoi w żadnym zupełnie związku przyczynowym. I tak np. osoby, od dzieciństwa, lub od młodego wieku umysłowo upośledzone, mogą z jakichś powodów zachorować na szal, zadumę, ostry lub przewlekły obłąd zborny, ostre pomieszanie umysłu, bezmysł, lub na chorobę umysłową, złożoną z tych różnych postaci chorobowych, albo na jakąś chorobę umysłową, powikłaną padaczką, porażeniami, zmianami ogniskowemi w mózgu, lub innemi jakimiś chorobami nerwowemi, albo cielesnemi. Tak samo osoby, cierpiące od młodego wieku na obłąd zborny przewlekły, stały, mogą być dotknięte później jedną z przytoczonych właśnie chorób umysłowych, pojedynczych, złożonych lub powikłanych.

W takich razach bywa często rzeczą bardzo trudną, a nawet niemożliwą rozstrzygnąć, które objawy należą do choroby dawniejszej, przewlekłej i nieuleczalnej, a które do

nowo-nabytej, często bardzo przemijającej, a więc uleczalnej. Dokładne badanie stanu umysłowego, jako też szczegółowe wywiady mogą atoli w tym razie rzecz wyświecić. Dla odróżnienia takich stanów od chorób umysłowych złożonych, połączonych ściśle z upośledzeniem władz umysłowych lub z obłądem zbornym przewlekłym użyjemy nazwy choroby później nabytej np. *Hyperphrenia*, *Hypophrenia* itd. z dodatkiem *in individuo hebphrenico* względnie *paraphrenico*.

Niektóre z chorób późniejszych mogą być okresowe lub przemijające, niektóre typowo rozwijają się, podobnie jak u ludzi zupełnie zdrowych i typowy mają przebieg, przechodząc w wyzdrowienie lub w stan przewlekły, albo też w inną jakąś wtórną chorobę umysłową, wklajającą pierwotną, dawniejszą. W ostatnim razie pierwotna, dawniejsza choroba nie da się zazwyczaj rozróżnić od wtórnej, późniejszej i zwykle obie razem się łączą, tworząc obraz obłądu zbornego z wybitnem upośledzeniem władz umysłowych. Czasami tworzy się na tem tle obłąd niezborny, lub czysty bezład, czyli pomieszanie umysłu przewlekłe ogólne lub w pewnym tylko kierunku się objawiające.

Różne postaci chorób umysłowych rozwijają się okresowo, lub powrotnie, niekiedy przemijająco u osób cierpiących na padaczkę i stoją w ścisłym, przyczynowym związku z padaczką. Jest nadto rzeczą ogólnie znaną, że osoby cierpiące na padaczkę, dotknięte bywają zawsze w czasie napadu padaczkowego, choćby tylko kilka sekund trwającego, zupełną utratą przytomności, a więc bezmylem zupełnym. Bezmysł taki trwać może w niektórych razach znacznie dłużej niż napad padaczkowy a niekiedy nawet go poprzedza. W niektórych razach widzieć się daje zamiast zwykłego napadu padaczkowego sam tylko bezmysł bez kurczów lub drgawek. Objaw ten zwą lekarze równoważnikiem padaczkowym (*Epileptischer Aequivalent*). Bezmysł padaczkowy trwać może niekiedy niezwykle długo i zmienia się w takim razie w wybitną chorobę umysłową przemijającą t. j. trwającą kilka godzin lub dni, albo też w chorobę umysłową dłuższą, trwającą kilka tygodni.

W tym razie pierwotny bezmysł zupełny, bezwładny, przechodzi w krótkim bardzo czasie w z u p e ł n e otumanienie, zamroczenie, lub odurzenie, poczem zmienia się w otumanienie, zamroczenie lub odurzenie n i e z u p e ł n e, a to wyradza się w krótszym lub dłuższym czasie w obłąd niezborny, czyli pomieszanie umysłu obłądowe złudzeniowo-omamowe, a potem w obłąd zborny najwpierw omamowy, potem złudzeniowy. Ten ostatni przechodzi następnie w zwykły szal zborny i kończy się powrotem do prawidłowego stauu umysłowego. Niekiedy otumanienie przechodzi nie w obłąd niezborny, a więc nie w pomieszanie umysłu, lecz w czyste otępienie, względnie upośledzenie zborne władz umysłowych, połączone często z wielką drażliwością, popędliwością i gniewnym nastrojem, ze skłonnością do gwałtownych wybuchów złośliwych, co potem z wolna ustaje i przechodzi w prawidłowy stan umysłu. Rzadko widzieć się daje czysta zaduma, która w tym razie wytwarza się z otępienia, względnie z upośledzenia władz i czynności umysłowych, poczem władze umysłowe wracają, ale czynność ich dłuższy czas okazuje się jeszcze upośledzoną, co objawia się głównie biernem zachowywaniem się bez skłonności do wybuchów gwałtownych, chociaż w wyjątkowych razach i te przelotnie wydarzyć się mogą, a wtedy mają znaczenie t. zw. *raptus melancholicus*. Niekiedy objawy choroby umysłowej padaczkowej mają zupełne podobieństwo do t. zw. bredzenia ostrego (*delirium acutum*), co jest niezbitym dowodem, że ta ostatnia choroba niekoniecznie musi polegać na zmianach zapalnych w mózgu. W przebiegu padaczki mogą się nawet okazać kolejno wszystkie pojedyncze postaci chorób umysłowych, a wytwarzają się one zawsze z początkowego bezmysłu, który atoli w niektórych razach trwać może bardzo krótko, także jest prawie niewidocznym; podczas gdy pewna wytworzona z niego postać chorobowa, dłuższy czas potem się utrzymuje, wskutek czego nieraz jako czysta pojedyncza przedstawić się może. Podobnie dzać się może także w przebiegu chorób umysłowych bez tła padaczkowego. Niedomoga umysłowa, która zazwyczaj jest pierwszym objawem w powstawaniu

i rozwijaniu się wszelkich chorób umysłowych, może wzmódz się niekiedy w przeciągu bardzo krótkiego czasu do tego stopnia, że powstaje w ciągu kilku dni nieomogowa niezborność umysłu, a zaraz potem bezmysł zupełny nieomogowy, z którego w dalszym przebiegu choroby rozwinać się mogą inne postaci chorobowe, podobnie jak z bezmysłu padaczkowego, przyczem niektóre postaci chorobowe bardzo słabo tylko i nieznacznie są rozwinięte, a przytem tak prędko przemijają, że je przeoczyć można, podczas gdy inne całkowicie się wyrabiają i trwają czas dłuższy w postaci należycie rozwiniętej, wskutek czego można je uważać za czyste pojedyncze postaci chorobowe. W oznaczaniu jakości chorób umysłowych musimy największą zawsze zwracać uwagę na główne tło chorobowe i na główne, przeważające objawy, w ten bowiem tylko sposób możemy dojść do porozumienia się wzajemnego. Różne przelotne i przemijające objawy nie powinny w takich ramach wchodzić w rachubę przy nazywaniu, względnie rozpoznawaniu danej choroby, chociaż pod względem rokowania co do dalszego przebiegu tej choroby, tudzież jej należytego ocenienia i leczenia mają nieraz ważne bardzo znaczenie.

Wszystkie postaci chorób umysłowych, powikłane bezpośrednio padaczką i stojące z nią w ścisłym związku przyczynowym, mają swe źródło w zaburzeniach odżywczych, spowodowanych nieprawidłowem krążeniem krwi. Zastoiny krwi żyłowej w mózgu i jego oponach, powodujące chwilowe podwyższenie ciśnienia śródczaszkowego, stanowią główną przyczynę wielu objawów chorobowych, jak np. otumanienia, tudzież otępienia władz umysłowych. Gdy napady padaczkowe powtarzają się zbyt często, zaburzenia odżywcze mózgu przemijające zrazu i chwilowe powodują nakoniec stałe zmiany, a mianowicie obrzęk, jako też przewlekłe zapalenie mózgu i jego opon z następstwami mniej lub więcej silnemi zrostami opon z korą mózgową i wtórnym zanikiem tej ostatniej. W tym wypadku, gdy choroba dotyczyć się będzie głównie opon mózgowych z obrzękiem nieznacznym mózgu i miernym zanikiem kory jego, wytworzy

się z czasem stałe upośledzenie władz umysłowych, które może różny okazywać stopień i różnego tyczyć się zakresu w miarę stopnia i rozległości sprawy zapalnej.

Jeżeli zaś równocześnie wytworzy się znaczniejsze zapalenie przewlekłe i wtórny zanik kory mózgowej, może choroba wykazywać zupełnie te same objawy, jakie widzimy w okresie końcowym typowego obłąkania z porażeniami postępującymi.

Niekiedy, zwłaszcza gdy nie mamy odpowiednich wywiadów, trudną nawet bywa rzeczą rozstrzygnąć stanowczo czy w danym przypadku mamy do czynienia z końcowym okresem typowego obłąkania z porażeniami, czy też z padaczką, powikłaną zmianami stałymi [zapalnymi] w mózgu i jego oponach.

Kilka tego rodzaju przypadków przytoczę później przy innej sposobności, a teraz muszę jeszcze i na tę okoliczność zwrócić uwagę, że nieraz osoby cierpiące na padaczkę uleż mogą podczas tego typowemu obłąkaniu z porażeniami postępującymi nie stojącymi w żadnym związku przyczynowym z pierwotną padaczką. W tym razie powiemy, że mamy przed sobą obłąkanie z porażeniami u osoby chorej na padaczkę *Phrenopathia paralytica in individuo epileptico*. Podobnie rozwinąć się mogą u osób chorych na padaczkę inne choroby, nie stojące z padaczką w żadnym związku przyczynowym np. stały pierwotny, lub wtórny, obłąd przewlekły. W tym razie nazwiemy to *Paraphrenia chronica (primaria resp. secundaria) in individuo epileptico*. Rzecz ta jest bardzo ważna ze względu na ocenienie należyte i leczenie danego przypadku.

Padaczka wikłać się może luźnie, t. j. bez ścisłego związku przyczynowego, różnymi chorobami nerwowymi, tudzież mózgowymi, a szczególnie zmianami ogniskowymi mózgu. Niekiedy znowu zmiany ogniskowe w mózgu są bezpośrednią przyczyną padaczki z wszelkimi jej następstwami. Dokładne i szczegółowe badanie jest więc konieczne w każdym wypadku, gdzie mamy z padaczką do czynienia, jeżeli chcemy należycie zrozumieć wszelkie, mo-

gące się zjawić objawy chorobowe i odpowiednie zastosować leczenie.

W tem miejscu muszę jeszcze na jedną ważną okoliczność zwrócić uwagę, by przestrzedz przed popełnieniem błędu w rozpoznaniu, a mianowicie na mowę ucinkową, która jest znamionnym objawem obłąkania z porażeniami, ale bardzo często również się zjawia u osób chorych przez czas dłuższy na padaczkę często powtarzającą się. Co się zaś tyczy napadów padaczkowych, to te zawsze i bez wyjątku połączone są z zupełną utratą przytomności, a więc z bezmysłem równoczesnym, dłuższy lub krótszy czas trwającym. Napady drgawek, podobne nieraz zupełnie do padaczkowych, występujące bardzo często u osób cierpiących na obłąkanie z porażeniami postępującymi, nie zawsze połączone bywają z zupełną utratą przytomności, która to okoliczność jest bardzo ważną cechą rozpoznawczą w przypadkach wątpliwych. Nadto pamiętać należy, że napady padaczkowe drgawek, chociaż niekiedy występują gromadnie t. j. w większej ilości raz poraz, pozostawiają między napadami krótsze lub dłuższe przerwy; podczas gdy napady drgawek zjawiające się w przebiegu obłąkania z porażeniami trwają często kilka godzin a nawet kilka dni bez przerwy. Gdy silniejsze drgawki padaczkowe występują zwykle we wszystkich prawie mięśniach ciała, drgawki porażenne dotyczą zazwyczaj tylko pewnych mięśni, często jednej tylko połowy ciała, a niekiedy jednej tylko grupy, lub nawet tylko pojedynczych mięśni i rzadko bywają tak gwałtownymi, jak padaczkowe. Co się tyczy choroby umysłowej z porażeniami, to tu zawsze wielką bardzo zwrócić należy uwagę na rozpoznanie, czy dana choroba umysłowa stoi z porażeniami w ścisłym związku przyczynowym, czy też luźnie tylko istnieje obok porażen dawniejszych, późniejszych lub równoczesnych. Zdarzyć się bowiem może, że jakaś choroba umysłowa samoistnie się rozwinęła u osoby cierpiącej na mniej lub więcej rozwinięte porażenia jednostronne, lub obustronne, mniej lub więcej rozległe, z różnych powstałe przyczyn, jak z powodu zmian stałych lub przemijających w mózgu, lub w rdzeniu, albo w obwodowych tylko czę-

ściach układu nerwowego. Zdarzyć się również może, że osoba cierpiąca na jakąś chorobę umysłową, ostrą lub przewlekłą, nabędzie później dopiero i niezależnie od owej choroby umysłowej—jakieś nowej choroby mózgu, rdzenia, lub nerwów, połączonej z porażeniami. Zdarzyć się także może, że ta sama przyczyna wywołuje z jednej strony chorobę umysłową, a z drugiej strony porażenia, ale obie te sprawy, t. j. choroba umysłowa i porażenia, w nierównej bardzo mierze występują, tak, że daje to powód do mniemania, że mamy w danym przypadku do czynienia z dwiema odrębnymi zupełnie chorobami. Rozstrzygnięcie przeto stanowcze, czy w danym przypadku istnieje obłąkanie porażenne *Phrenopathia paralytica*, czy też obłąkanie u osoby cierpiącej na bezwład *Phrenopathia in individuo paralytico*, względnie porażenie u osoby obłąkanej *Paralysis in individuo phrenopathico (vel psychopathico)*, napotkać przeto może nieraz na bardzo wielkie, a czasem nawet niepokonane trudności.

Ścisłe rozróżnianie chorób umysłowych swoistych od powikłanych, jako też rozróżnianie różnych objawów chorobowych, równocześnie i niezależnie od siebie istniejących jest rzeczą niezmiernie ważną ze względu na należyte rozpoznanie, ocenienie i leczenie danego przypadku chorobowego, względnie danych chorób różnych, równocześnie istniejących i wikłających się, lub mieszających się ze sobą i dlatego na rzecz tę, powszechnie zaniedbywaną i dotychczas prawie nieuwzględnioną, szczególniejszą teraz zwracam uwagę, a później starać się będę przypadki tego rodzaju odpowiednimi wyjaśnić przykładami.

Obecnie chciałbym jeszcze nadmienić, że przedstawiony przezemnie podział chorób umysłowych, głównie objawowy, jakkolwiek klinicznie uzasadniony, jest dla celów praktycznych trochę za rozwlekły i dlatego uważam za rzecz wskazaną uprościć go nieco i rozróżniać, zwłaszcza w wykazach statystycznych i poglądowych, następujące postaci chorób umysłowych.

I. Obłąkanie pojedyncze, *Phrenopathia simplex*.

1. Szal rozumny, *Hyperphrenia eunoica*.

2. Zaduma rozmyślna, *Hypophrenia eunoica*.

3. Upośledzenie władz umysłowych czyste, zborne, *Hebephrenia simplex*.

4. Obłąd zborny stały, czyli spaczenie umysłu, *Paraphrenia fixa*,

5. Obłąd zborny zmienny, *Paraphrenia mutans*.

6. Bezład, t. j. niezborność, czyli pomieszanie umysłu *Dysphrenia*.

7. Bezmyśl, *Aphrenia*.

Niektóre z wymienionych właśnie postaci chorób umysłowych a mianowicie:

1. Szal, czyli podniecenie (*Hyperphrenia*).

2. Zaduma czyli przygnębienie (*Hypophrenia*).

3. Obłąd zborny, względnie spaczenie umysłu (*Paraphrenia vera*) odznaczają się tem:

a) że występują tu pewne zmiany chorobowe w umyśle poprzednio prawidłowym, t. j. należycie rozwiniętym i wykształconym.

b) że władze, t. j. zdolności umysłowe nie są upośledzone a tylko czynność ich zmienioną o tyle że a) w szale, czyli podnieceniu jest ona wzmożoną; b) w zadumie, czyli przygnębieniu jest ona osłabioną zaś c) w obłądnie zbornym względnie spaczeniu umysłu, jest ona jakościowo przeobrażoną.

c) że zachowaną jest należyta łączność i współdziałalność wzajemna wszystkich objawów życia umysłowego danej osoby. Czucie, pamięć, wyobrażenia, kojarzenie wyobrażeń, tworzenie myśli, pojęć, sądów, wniosków; a więc całe rozumowanie a wreszcie wola, t. j. świadome i celowe oddziaływanie na zewnątrz są zupełnie sobie odpowiednie i okazują ścisłą i należyłą łączność, zależność i współdziałalność wzajemną.

Całkiem inaczej wszystko to przedstawia się w innych chorobach umysłowych a mianowicie 4) w czystym, t. j. zbornym, upośledzeniu władz umysłowych, *Hebephrenia simplex*, 5) w niezborności, czyli pomieszaniu umysłu, *Dysphrenia*, tudzież 6) w bezumie, czyli bezmyśle, *Aphrenia*.

Czyste upośledzenie władz umysłowych, jakkolwiek okazywać może większy lub mniejszy stopień, cechuje się zawsze tem, iż między wszystkimi czynnościami pojedynczych, chociaż więcej lub mniej ograniczonych władz umysłowych, istnieje odpowiedni związek, t. j. odpowiednia łączność i współdziałalność wzajemna.

Niezborność t. j. bezład, czyli pomieszanie umysłu cechuje się właśnie brakiem tej łączności i współdziałalności wzajemnej różnorodnych pojedynczych czynności umysłowych, które bywają zazwyczaj nierównomiernie zmienionemi w różnych działach i zakresach swoich, albo też mogą okazywać się naprzemian wzmożonemi, osłabionemi i jakościowo zmienionemi.

Bezum, czyli bezmysł, cechuje się zniesieniem całkowitem w s z y s t k i c h władz i czynności umysłowych, lub też zniesieniem całkowitem władz i czynności umysłowych, należących do samej tylko świadomości.

II. Obląkanie pojedyncze powrotne i okresowe, *Phrenopathia simplex recurrens et periodica* 1—7 jak wyżej.

III. Obląkanie podwójne, *Phrenopathia duplex (mixta)*.

1. Szal zborny nierozumny [głupowaty], *Hyperphrenia hebetica*.

2. Szal zborny nierozmyslny, *Hyperphrenia hypo-noica*.

3. Szal obłądowy [z obłądem zbornym, stałym lub zmiennym] *Hyperphrenia paranoica (c. delirio exaltativo)*.

4. Szal bezmyslny [niezborny] świadomy, czyli szaleństwo świadome, *Hyperphrenia dysnoica*.

5. Szal bezmyslny nieświadomy, czyli szaleństwo nieświadome, *Hyperphrenia anoica*.

6. Zaduma nierozumna, *Hypophrenia hebetica*.

7. „ nierozmyslna „ *hypo-noica*.

8. Zaduma obłądowa [połączona z obłądem zbornym stałym lub zmiennym] *Hypophrenia paranoica (c. delirio depressivo)*.

9. Zaduma bezmyslna [niezborna] świadoma, *Hypophrenia dysnoica*.

10. Zaduma bezmyślna nieświadoma [osłupna] *Hypophrenia anoica (stuporosa)*.

11. Obłąd z upośledzeniem [zbornem] władz umysłowych, *Paraphrenia hebetica*.

12. Niezborność umysłu połączona z obłądem zmiennym, *Dysphrenia paranoica*.

IV. Obłąkanie [złożone] naprzemienne i kolejne *Phrenopathia (composita) alternans et circularis*.

V. Obłąkanie [złożone wielorakie, *Phrenopathia multiplex*.

1. Obłąkanie [złożone] wielorakie prawidłowe zupełne, *regularis completa*.

2. Obłąkanie [złożone] wielorakie prawidłowe połowiczne, *regularis hemicompleta*.

3. Obłąkanie [złożone] wielorakie nieprawidłowe zupełne, *irregularis completa*.

4. Obłąkanie [złożone] wielorakie nieprawidłowe połowiczne, *irregularis hemicompleta*.

5. Obłąkanie [złożone] wielorakie niezupełne prawidłowe, *incompleta regularis*.

6. Obłąkanie [złożone] wielorakie niezupełnie nieprawidłowe, *incompleta irregularis*.

Dla większego jeszcze uproszczenia można wszystkie postaci 1—6 razem wliczyć do jednej rubryki bez szczegółowego rozróżniania a nadto możnaby tu jeszcze doliczyć całe III tudzież IV.

VI. Obłąkanie pojedyncze nieczyste, *Phrenopathia simplex impura* 1—7 jak wyżej przy I.

Dla uproszczenia można całe II wliczyć do I.

VII. Obłąkanie nieoznaczone, *Phrenopathia indesignata (indeterminata)*.

VIII. Obłąkanie powikłane, *Phrenopathia complicata*.

1. Obłąkanie niedomogowe; *Phrenopathia asthenica, respective hyposthenica*.

2. Obłąkanie dziwomogowe, *Phrenopathia parasthenica, respective dyssthenica*.

3. Obłąkanie cierpiennicze, *Phrenopathia hypochondrica, respective parathymica subjectiva*.

4. Obląkanie padaczkowe, *Phrenopathia epileptica.*
5. „ porażenne „ *paralytica.*
6. „ starcze „ *senilis.*
7. „ ze zmianami ogniskowymi w mózgu,

Phrenopathia ex encephalitide circumscripta.

8. Obląkanie z chorobami rdzeniowymi i nerwowymi,
Phrenopathia ex myelitide et neuritide.

9. Obląkanie z zatrucia, *Phrenopathia ex intoxicatione.*

- a) samozatrucie, *Phrenopathia ex intoxicatione autochtona.*
- b) zzewnątrz „ „ *aliena.*
- c) pasożytniczego „ „ *parasitica.*

10. Obląkanie obok innej choroby mózgu, rdzenia lub nerwów.

11. Obląkanie obok innej choroby umysłowej, t. j. obląkanie podwójne w ścisłym tego słowa znaczeniu, czyli obląkanie dwoiste, *Phrenopathia in individuo psychopathico, Phrenopathia duplex, divisa (separata).*

Dla uproszczenia podziału można całe VIII opuścić a choroby tu należące wliczyć do innych działów, odpowiednio do postaci danej choroby; powikłania zaś ściśle uważać za przyczynę choroby i odpowiednio uwidocznić. Tylko 10 i 11 należałoby uwidocznić osobno, albowiem chodzi tu o powikłanie luźne tylko czysto przypadkowe, a nie przyczynowe. Co się tyczy 10 i 11 można uwzględnić tylko ważniejszą z dwóch chorób w wykazie i dołączyć do odpowiedniego działu, 9 zaś można wliczyć do działu chorób swoistych, t. j. idyopatycznych i w ten sposób podział ten jeszcze bardziej skrócić i uprościć.

Tak uproszczony podział chorób umysłowych przedstawi się w następujący sposób:

I. Obląkanie pojedyncze, *Phrenopathia simplex.*

1. Szal rozmyslny, *Hyperphrenia eunoica.*

- a) czysty „ „ *pura.*
- b) nieczysty „ „ *impura.*

2. Zaduma rozmyslna, *Hypophrenia eunoica.*

- a) czysta „ „ *pura.*
- b) nieczysta „ „ *impura.*

3. Upośledzenie władz umysłowych zborne, *Hebephrenia simplex*.

- a) czyste, *pura*.
- b) nieczyste, *impura*.

4. Oblęd zborny stały i zmienny, *Paraphrenia fixa et mutans*.

- a) czysty, *pura*.
- b) nieczysty, *impura*.

Dla większej dokładności można oblęd stały i zmienny oddzielić od siebie i każdy z osobna rozróżnić.

5. Bezład t. j. niezborność, czyli pomieszanie umysłu, *Dysphrenia*.

- a) czyste, *pura*.
 - b) nieczyste, *impura*.
6. Bezmysł, *Aphrenia*.
- a) czysty, *Aphrenia pura*:
 - b) nieczysty „ *impura*.

II. Obląkanie złożone, *Phrenopathia composita*.

- a) prawidłowe zupełne, *regularis completa*.
- b) nieprawidłowe niezupełne, *irregularis incompleta*.

III. Obląkanie nieoznaczone, *Phrenopathia indesignata*.

IV. Obląkanie powrotne i okresowe, *Phrenopathia recurrens et periodica*.

- a) proste, *simplex*.
- b) złożone, *composita*.
- c) nieoznaczone, *indesignata*.

V. Obląkanie powikłane, *Phrenopathia complicata*.

1. śledziennicze czyli cierpiennicze, *hypochondrica vel parathymica subjectiva*.

2. maciennicze czyli dziwomogowe, *hysterica, vel parasthenica, respective dyssthenica*.

3. niedomogowe, *hyposthenica resp. asthenica*.

4. padaczkowe, *epileptica*.

5. porażenne, t. j. ze zmianami rozlanymi w mózgu, *paralytica cum encephalopathia diffusa*.

6. starcze, tak samo ze zmianami rozlanymi w mózgu, *senilis*.

7. ze zmianami ogniskowemi w mózgu ograniczonymi lub rozsianymi, *cum encephalopathia circumscripta aut disseminata*.

8. z różnemi chorobami rdzeniowemi, lub nerwowymi, rozlanemi, rozsianymi, albo ograniczonymi, *cum meylitide aut neuritide, diffusa disseminata, circumscripta*.

9. z zatrucia, *cum intoxicatione*.

a) z samozatrucia „ *autochtona*

b) z zatrucia zewnątrz *aliena*.

c) pasożytniczego *parasitica*.

10. z oddzielną chorobą mózgu, rdzenia lub nerwów, względnie nerwicą, *cum morbo separato cerebri, medullae spinalis, nervorum, neurosis*.

11. z oddzielną inną chorobą umysłową, *cum phrenopathia alia, separata*.

Dla większego jeszcze uproszczenia można całe V tudzież 10 opuścić i choroby tu należące wliczyć do działów I—III, a odnośne powikłania uważać za przyczyny danych chorób i to odpowiednio uwidocznnić. Przy 11 zaś uwzględnić tylko jedną, t. j. ważniejszą chorobę umysłową.

Uproszczony ten podział chorób umysłowych nadaje się szczególnie do statystycznych wykazów, w których zazwyczaj nie uwzględnia się bardzo wielu różnych danych i okoliczności, chociaż mających nieraz wielkie znaczenie naukowe i praktyczne, zwłaszcza w celach rozpoznawania, ocenienia i leczenia danych chorób umysłowych. Rzecz ta jest łatwą do zrozumienia, gdy weźmiemy na uwagę, że w wykazach statystycznych głównie chodzi tylko o ogólny przegląd jakości chorób. Z tego atoli nie wynika, by podziałem statystycznym, krępować się miał lekarz pod względem praktycznym jakimkolwiek, chociażby nawet obowiązującym, urzędowym i poglądy swe podporządkowywać musiał koniecznie pod jakiś szablon szematycznego podziału; tem bardziej, że łatwo można zrobić przeciwnie, t. j. przedstawić w wykazie najpierw ścisły, naukowy podział kliniczny chorób umysłowych, a potem zestawić go osobno wedle szematycznego

podziału statystycznego, łącząc kilka różnych, lub podobnych, postaci chorobowych w jedną całość zbiorową.

Stosując skreślony właśnie podział chorób umysłowych do obowiązującego obecnie w Austrii urzędowego podziału statystycznego chorób umysłowych zaliczymy:

I. do wrodzonego niedołęstwa umysłowego, *angeborener Blödsinn, Idiotie*:

1. Bezmysł wrodzony, *Aphrenia innata*.

2. Niezborność umysłu wrodzoną, *Dysphrenia innata* zupełną i względną, tudzież

3. wrodzone, względnie w dzieciństwie nabyte upośledzenie umysłu bardzo wysokiego stopnia, zborne wprawdzie, ale z dziwaczością połączone, *Hebephrenia summi gradus (cum paraphrenia spuria)*.

II. Do wrodzonego upośledzenia umysłowego, *angeborener Schwachsinn, Imbecillität*.

1. głupotę umysłową,

2. Ograniczenie umysłowe, t. j. czyste, zborne upośledzenie władz umysłowych wyższego i niższego stopnia, całkowite, czyli ogólne, tudzież częściowe *Hebephrenia pura majoris et minoris gradus totalis et partialis*.

III. Do zadumy i zbornego obłądzenia samooskarżania się. *Melancholie, Selbstandlagewahn, Melancholia* — wszystkie postaci zadumy pojedynczej, rozmyślnej, *Hypophrenia simplex eunoica*, tudzież zadumę z podmiotowym obłądzeniem małości i samooskarżania się.

IV. Do szału, *Tollheit, Mania* wszystkie postaci szału pojedynczego rozmyślnego, *Hyperphrenia eunoica*, tudzież szal z podmiotowym obłądzeniem wielkości i przeceniania się.

V. Do obłąkania ogólnego *allgemeiner Wahnsinn, Verwirrtheit, Amentia*. a) wszystkie złożone postaci chorób umysłowych zwłaszcza wielokrotne a nadto b) obłądzenie niezborny, t. j. pomieszanie umysłu obłądowe, złudzeniowe, omamowe i złudzeniowo-omamowe. *Dysphrenia paranoica*, c) czystą nabytą w wieku dojrzałym lub młodzieńczym niezborność umysłu, t. j. czyste pomieszanie umysłu *Dysphrenia simplex* a także wszelkie rodzaje bezmysłu nabytego w wieku dojrzałym lub młodzieńczym *Aphrenia acquisita*,

o ile nie towarzyszą one padaczce, porażeniu postępującemu, zmianom ogniskowym w mózgu, zatruciu, lub pewnym chorobom nerwowym, lub innym, osobno uwzględnionym. Niektórzy zaliczają tu także obłąd zborny zmienny, *Paraphrenia mutans* zwłaszcza uleczalny, t. j. ostro przebiegający. Do tego działu należy będzie przeto bardzo liczny zastęp najrozmaitszych postaci chorobowych, głównie ostro występujących i ostro przebiegających tak pojedynczych jak i złożonych z przeważającym tłem niezborności, t. j. bezładu umysłowego, nabytych w okresie pokwitania lub dojrzewania.

VI. Do obłąkania częściowego, t. j. do spaczenia umysłu, *partieller Wahnsinn*, *Primäre Verrücktheit*, *Paranoia*, zaliczyć należy wyłącznie obłąd zborny przewlekły, *Paraphrenia chronica fixa*.

VII. Do obłąkania okresowego, *Periodische Geistesstörung*, *Psychosis periodica*, należy zaliczyć wszystkie rodzaje obłąkania prostego i złożonego, występujące okresowo i naprzemiennie, lub kolejno a więc *Phrenopathia recurrens*, *periodica*, *alternans*, *circularis*.

VIII. Do ogłupienia wtórnego *erworbener Blödsinn*, *Dementia* wszystkie rodzaje wtórnego przewlekłego upośledzenia umysłu: względnie władz umysłowych tak zbornego jak i niezbornego aż do bezmysłu, a więc *Hebephrenia consecutiva*, *Dysphrenia chronica consecutiva (secundaria)* *Aphrenia chronica consecutiva (sive secundaria)*, tudzież obłąd zborny wtórny połączony ze znaczniejszem upośledzeniem władz umysłowych, *Paraphrenia hebetica consecutiva (s. secundaria)*. Tu zalicza się także ogłupienie starcze, *Hebephrenia senilis*.

IX. Do obłąkania z porażeniami *Paralytische Geistesstörung*, *Paralysis progressiva*—wszelkie postaci obłąkania, stojące z porażeniami w ścisłym związku.

X. Do obłąkania z padaczką, *Epileptische Geistesstörung Psychosis cum Epilepsia*—wszelkie postaci chorób umysłowych z padaczką w ścisłym lub luźnym związku połączone, chociaż właściwie tylko pierwsze tu zaliczyćby należało.

XI. Do obłąkania macinniczego *Hysterische Geistesstörung Psychosis hysterica* obłąkanie dziwomogowe, *Phrenopathia parasthenica, respective dyssthenica*, a więc cechujące się dziwomogą zborną i w ścisłym z nią związku stojące.

XII. Do obłąkania niedomogowego *Neurasthenische Geistesstörung Psychosis e Nenrasthenia*—obłąkanie cechujące się niedomogą zborną, lub niezborną i w ścisłym z nią związku będące *Phrenopathia hyposthenica, respective asthenica*. Tu należy zaliczać głównie uczucia i myśli natrętne mimowolne, tudzież t. zw. czyny przymusowe (mimowolne).

XIII. Do obłąkania ze zmianami ogniskowemi w mózgu, *Geistesstörung mit Herderkrankung, Psychosis e cerebropathia circumscripta*—zalicza się wszelkie postaci chorób umysłowych, będących w ścisłym, lub luźnym związku z różnemi t. zw. ogniskowemi chorobami mózgu, chociaż właściwie tylko pierwsze tu zaliczyłyby należało. Często zalicza się tu także choroby umysłowe, polegające na mniej lub więcej ograniczonych zmianach zapalnych w mózgu i jego oponach.

XIV. Do obłąkania z pellagrą *Geistesstörung mit Pellagra, Psychosis e pellagra*—tylko choroby umysłowe w ścisłym związku stojące z pellagrą, u nas nieznaną prawie chorobą, pojawiającą się nierzadko w południowych częściach Europy.

XV. Do obłąkania wyskokowego *Alcoholismus* zaliczać się powinny głównie te tylko postaci chorobowe, charakterystyczne dla zatrucia wyskokiem, a więc zaliczyć tu należy przede wszystkim.

1. Obłąkanie wyskokowe ostre, *Alcoholismus acutus*, w postaci t. zw. obłądki wyskokowej z drżączką *Delirium tremens*. Jest to właściwie pomieszanie umysłu ostre złudzeniowo-omamowe z drżączką wyskokową, *Dysphrenia illusorica hallucinatoria cum tremore alcoholico*.

2. Obłąkanie wyskokowe przewlekłe, *Alcoholismus chronicus*, cechujące się głównie upośledzeniem władz umysłowych w kierunku etycznym i moralnym i skłonnością do wybuchów gwałtownych. Pamiętać także należy, że z po-

wodu nadużywania napojów wysokowych wytworzyć się może także ostre i przewlekłe zapalenie opon mózgowych, jako też kory mózgowej, co daje często powód do wytwarzania się chorób umysłowych nieuleczalnych, połączonych z porażeniami; niekiedy zaś wytwarzają się na tem tle także typowe obłąkanie złożone wielorakie porażenne. Z tego też powodu należałoby te postaci chorób umysłowych, które nie okazują nic charakterystycznego dla zatrucia wyskokiem, wliczyć do chorób odpowiednich, a tylko jako przyczynę choroby podać wyskok. Scisłe rozróżnianie nie zawsze jest tu rzeczą łatwą a stąd wynikają często trudności niemałe w określeniu danej choroby, chociaż niewątpliwie nadużycie wyskoku daje się wykazać. Niekiedy dana choroba umysłowa wcale nie stoi w związku przyczynowym ze stwierdzonym nadużywaniem wyskoku.

XVI. To samo tyczy się także chorób umysłowych, powstałych z zatrucia innemi ciałami jak morfiną, kokainą, chloralem itp.

Ze względu na czas trwania i sposób powstawania, tudzież ze względu na przyczynę i przebieg choroby może być tak obłąkanie proste jako też złożone i powikłane.

1. dziedzicznym, już u przodków się okazującym w tej samej lub innej postaci *Phrenopathia haereditaria*.
2. wrodzonym, t. j. nabytem w życiu wewnątrzmacicznym, *Phrenopathia innata (intrauterina)*.
3. nabytem w dzieciństwie, *Phrenopathia acquisita infantilis*.
 4. nabytem w okresie dojrzewania, *praematura*.
 4. w wieku dojrzałym, *matura*.
 6. w wieku starczym, *senilis*.
 7. pierwotnym, *primaria*.
 8. wtórnym, *secundaria*.
 9. ostrem, *acuta*.
 10. przewlekłym, *chronica*.
 11. przemijającym, *transitoria*.
 12. zwalnającym, *remittens*.
 13. przepuszczającym, *intermittens*.
 14. powrotnym, *recidivans s. recurrens*.

15. okresowem, *periodica*.
16. naprzemiennem, *alternans*.
17. kolejnem, *circularis*.
18. stałem, *stabilis s. fixa*.
19. zmiennem prawidłowem, *mutans regularis*.
20. „ „ nieprawidłowem, *irregularis*.
21. ogólnem, *totalis*.
22. częściowem, *partialis*.
23. typowem czystem, *Phrenopathia typica pura*.
24. „ „ nieczystem „ „ „ *impura*.
25. nietypowem, t. j. nienależycie rozwiniętem, *atypica*.
26. nieokreślonem, t. j. niedającym się nazwać ściśle, *indesignata (indeterminata)*.
27. swoistem [zazwyczaj na tle zaburzeń w krążeniu krwi], *idiopathica*.
28. z samozatrucia, *toxica autochtona*.
29. z zatrucia zewnątrz lub pasorzytniczego, *aliena aut parasitica*.
30. współczulnem [często odruchowem], *sympathica*.
31. objawowem [często wskutek gorączki, *symptomatica*].
32. powikłanem ściśle, czyli przyczynowo, *complicata vere (causalis)*.
33. powikłanem luźnie, czyli przypadkowo, *simulate (causalis)*.

Rozróżnienie tych 33 rodzajów obłąkania ma bardzo ważne znaczenie dla ocenienia i leczenia danych chorób umysłowych.

Jakkolwiek każda postać obłąkania, tak prostego jakoteż i złożonego, może występować pod powyższemi postaciami; to jednakże zauważyć muszę, że pewne postaci chorobowe okazują się w pewnych rodzajach częściej, w innych rzadziej, a w niektórych wyjątkowo tylko, lub prawie nigdy. O tem w jakich rodzajach najczęściej się okazują pewne postaci chorób umysłowych mówiłem już wyżej, opisując pojedyncze choroby.

Kończąc rzecz o różnych postaciach chorób umysłowych i ich podziale, muszę zauważyć, że wielu rzeczy, mniej lub więcej ważnych nie uwzględniłem jeszcze należy-

cie i uzupełnienie w tym względzie zastrzegam sobie dopiero na później, gdy będę opisywał szczegółowo różne postaci chorób umysłowych z równoczesnem przyłączeniem odpowiednich przykładów, które niemało następczą sposobności do uwag dodatkowych, uzupełniających odpowiednio rzeczy niedostatecznie dotychczas przedstawione. W pracy niniejszej starałem się nie nudzić zbyt czytelników rzeczami zbyt drobiazgowymi, nie mającymi większego znaczenia, natomiast o rzeczach wedle mego zdania ważnych, zasadnicze znaczenie mających, mówiłem częściej i jeżeli nieraz powtarzałem to, co już poprzednio przy innej powiedziałem sposobności, proszę mi tego nie brać za złe. Wycho-dzę bowiem z tej zasady, że powtarzanie częste jest najlepszym sposobem do nauczenia się, względnie poznania danej rzeczy, a w wielu razach częste powtarzanie pewnych myśli jest koniecznem, by przejąć się należycie temi myślami, zwłaszcza jeżeli one są nicią przewodnią w jakimś przedmiocie.

W nauce o chorobach umysłowych tyle różnych i nieraz sprzecznych panuje poglądów, od niepamiętnych pochodzących czasów, że aby się z nich otrząsnąć trzeba się przejąć innemi zupełnie pojęciami od tych, do których nawykliśmy; a to stać się może tylko przez częste powtarzanie i należyte wrażenie sobie w pamięci nowych, głównych myśli przewodnich.

ROCZNIK

Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

URZĘDNIKI I KOMITETY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO W 1900 R. CZŁONKOWIE, KTÓRZY UBYLI, JAKO TEŻ NOWO-WYBRANI. LISTA CZŁONKÓW HONOROWYCH, CZYNNYCH I KORES-PONDENTÓW TOWARZYSTWA W R. 1900.

(Regul. § 109 Lit. A, punkt 1, 2, 3, 4).

1.

Lista Urzędników i Komitetów Towarzystwa.

A. Urzędnicy.

Prezes — Markiewicz Stanisław.
Wice-Prezes — Nusbaum Henryk.
Sekretarz Stały — Brodowski Włodzimierz (Członek honor.).
Sekretarz doroczny — Łogucki Augustyn.
Podskarbi — Dobrski Konrad.
Bibliotekarz — Zieliński Edward.
Redaktor Pamiętnika — Kamiński Stanisław.
Zarządzający pracownią Towarzystwa — Hoyer Henryk (Czł.
[honorowy]).

B. Zarząd Towarzystwa.

Wszyscy wyżej wymienieni urzędnicy oraz wybrani do Zarządu:
Kosmowski Wiktoryn (na lata 1898—1900).
Rychliński Karol (na lata 1899—1901).
Winiarski Józef (na lata 1900—1902).

C. Pomocnik Sekretarza dorocznego.

Dydyński Ludwik.

*D. Komitety.**I. Komitet Kasy Wsparcia przy Towarzystwie istniejącej:*

Prezes—Markiewicz Stanisław.

Wice-Prezes—Nusbaum Henryk.

Sekretarz Stały—Brodowski Włodzimierz.

Zarządzający Kasą Wsparcia—Jakowski Marian.

Kasyer—Dobroski Konrad.

Członkowie z grona Towarzystwa wybrani.

Kamocki Walenty.

Kosiński Juljan.

Sawicki Bronisław.

Członkowie wybrani z grona lekarzy nie należących do Towarzystwa Lekarskiego.

Heinrich Aleksander.

Żera Teofil.

Z urzędu będący Członkami Komitetu Kasy Wsparcia:

Wszyscy PP. Inspektorowie lekarscy lub ich zastępcy w guberniach kraju tuiejszego oraz P. Inspektor Lekarski miasta Warszawy.

Uwaga. W interesach prawnych Komitetu Kasy Wsparcia, jakoteż wogóle w interesach prawnych Towarzystwa Lekarskiego, przyjmują udział stale zaproszeni przez Towarzystwo dwaj prawnicy, w charakterze Radców prawnych, a mianowicie: p. Leszczyński Stanisław, adwokat przysięgły i p. Wasiutyński Zygmunt, notaryusz przy Sądzie Okręgowym w Warszawie.

*II. Komitet opieki funduszu stypendyalnego z legatu D-ra
Walentego Koczorowskiego.*

Prezes—Markiewicz Stanisław.
Członkowie stale przez Towarzystwo wybrani:
Brodowski Włodzimierz.
Dobroski Konrad.
Gepner Bolesław.

*III. Komitet do wybrania stypendysty z legatu D-ra Ignacego
Gołębiowskiego.*

(Wymienieni w poprzedzającym punkcie Prezes i 3-ch członków)

*IV. Komitet do wybrania stypendysty imienia D-ra Polikar-
pa Girsztowta (w latach 1899, 1900 i 1901).*

Brodowski Włodzimierz.
Kijewski Franciszek.
Kosiński Julian.
Sawicki Bronisław.
Szteyner Władysław.
Wice-Prezes Nusbaum Henryk.

V. Komitet biblioteczny.

Nusbaum Henryk (jako Wice-Prezes Towarzystwa).
Łogucki Augustyn (jako Sekretarz doroczny).
Kamieński Stanisław (jako Redaktor Pamiętnika).
Giedroyć Franciszek (na lata 1898—1900).
Neugebauer Franciszek (na lata 1899—1901).
Krajewski Władysław na lata 1900—1902).

VI. Komitet rewizyjny.

Rothe Adolf (na lata 1898—1900).
Guranowski Ludwik (na lata 1899—1901).
Sadowski Michał (na lata 1900—1902).

VII. Komitet do oceny prac na konkurs z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego oraz do zaprojektowania tematów na rok następny.

Dunin Teodor.
 Jakowski Maryan.
 Janowski Władysław.
 Nencki Leon.
 Przewoski Edward.
 Szteyner Władysław.
 Wice-Prezes Nusbaum Henryk.

VIII. Komitet konkursowy imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego (1897—98—99—1900).

Ciechomski Andrzej.
 Gajkiewicz Władysław.
 Jakowski Maryan.
 Przewoski Edward.
 Pruszyński Jan.
 Sokołowski Alfred.
 Wice-Prezes Nusbaum Henryk.

IX. Komitet konkursowy imienia D-ra Adama Helbicha.
 (okres konkursowy od 19/X 1899 do 19/X 1902 r.)

Dobrzycki Henryk.
 Flaum Maksymiljan.
 Janowski Władysław.
 Szteyner Władysław.
 Wice-Prezes Nusbaum Henryk.

X. Komitet premii psychiatrycznych z legatu D-ra Romualda Płaskowskiego.
 (okres konkursowy od 1/IV 1900 do 31/III 1902 r.)

Gajkiewicz Władysław.
 Kornilowicz Edward.
 Rothe Adolf.
 Rychliński Karol.
 Wice-Prezes Nusbaum Henryk.

XI. *Komitet do wybrania delegata na jeden ze zjazdów psychiatrycznych, (zapomoga z legatu D-ra Płaskowskiego).*

(Wyżej pod Nr. X wymienieni 5-u Członków).

XII. *Komitet nagród konkursowych imienia D-r Leona Konița (okres konkur. od 2 IV—1899 do 31 III—1902).*

Boryssowicz Teodor.

Neugebauer Franciszek.

Staniszewski Władysław.

Zweigbaum Maksymiljan.

Wice-Prezes Nusbaum Henryk.

2.

Spis członków którzy przybyli i ubyli.

Nowowyzbrani członkowie.

a) Członkowie czynni.

Bruner Jerzy.

Januskiewicz Michał.

Kopczyński Aleksander.

Kopczyński Stanisław.

Landstein Ignacy.

Lebensbaum Maksymiljan.

Polikier Bernard.

Radziwiłłowicz Rafał.

Wagner Bronisław.

Zaborowski Stanisław.

b) Członkowie korespondenci.

Ciechanowski Stanisław w Krakowie.

Świątecki Jan w Wilnie.

Członkowie zmarli w roku 1899.

a) Członek honorowy

Majer Józef w Krakowie.

b) Członek czynny

Braun Jan.

c) Członek korespondent

Rewoliński Teofil w Radomiu.

3.

Lista członków Towarzystwa.

a) Członkowie honorowi.

Baranowski Ignacy w Warszawie.
 Bieliński Józef w Kara-Kała w kraju Zakaspijskim.
 Brodowski Włodzimierz w Warszawie.
 Dybowski Benedykt we Lwowie.
 Eiselt Bogumił w Pradze Czeskiej.
 Hoyer Henryk w Warszawie.
 Jordan Henryk w Krakowie.
 Key Axel w Sztokholmie.
 Kosiński Julian w Warszawie.
 Nencki Marcei w Petersburgu.
 Retzius Gustaw w Sztokholmie.
 Tyrchowski Władysław w Warszawie.
 Virchow Rudolf w Berlinie.

b) Członkowie czynni:

Anders Ludwik	Cetnarowicz Stefan.
Apte Markus	Chełchowski Kazimierz.
Babiński Leon.	Chełmoński Adam.
Bączkiewicz Jan.	Ciechomski Andrzej.
Baranowski Ignacy (czł. honor.)	Ciągliński Adam.
Bauerertz Adam.	Chwat Ludwik.
Benni Karol.	Chrostowski Bronisław.
Biernacki Edmund.	Dąbrowski Witosław.
Biro Maksymiljan.	Dąbrowski Ignacy.
Borsuk Maryan.	Dmochowski Zdzisław.
Boryssowicz Teodor.	Dobrski Konrad.
Bregman Elias.	Dobrowolski Zdzisław.
Brodowski Włodz. (czł. honor.)	Dobrzycki Henryk.
Bronowski Szczęsny.	Downarowicz Elżbieta.
Brunner Mikołaj.	Dunin Teodor.
Bruner Władysław.	Dydyński Ludwik.
Bruner Jerzy.	Dytel Edward.
Brühl Ludwik.	Dzierżawski Bolesław.
Brzeziński Jan.	Elsenberg Antoni.

- Fabian Aleksander.
Faytt Tomasz.
Feilchenfeld Rafał.
Feinstein Leon
Ficki Feliks.
Flatau Edward.
Flaum Maksymiljan.
Florkiewicz Władysław.
Frendenson Władysław.
Fruchtman Aleksander.
Funk Jakób.
Gabszewicz Antoni.
Gajkiewicz Władysław.
Garbowski Józef.
Giedroyé Franciszek.
Gepner Bolesław.
Gepner Bolesław Ryszard.
Gliszczyński Adam.
Goldbaum Józef.
Goldflam Samuel.
Grabowski Józef Daniel.
Grostern Wiktor.
Gromadzki Jan.
Grosplik Samuel.
Grünbaum Adolf.
Grundzach Ignacy.
Guliński Franciszek.
Guranowski Ludwik.
Grzankowski Bolesław.
Halpern Jakób.
Heiman Teodor.
Heryng Teodor.
Hewelke Otton.
Hoyer Henryk (człon. honor.)
Iwanicki Stanisław.
Jakimiak Bolesław.
Jakowski Maryan.
Janowski Władysław.
Januskiewicz Michał.
Jasiński Tadeusz.
Jaworski Józef.
Jeziński Franciszek
Kahl Jan.
Kamiński Stanisław.
Kamocki Walenty.
Karczewski Adam.
Karwowski Konstanty
Kepiński Michał.
Kijewski Franciszek.
Kohn Stanisław.
Kopczyński Aleksander.
Kopczyński Stanisław.
Kopytowski Władysław.
Koral Adolf.
Korniłowicz Edward.
Korybut-Daszkievicz Bohdan.
Korzeniowski Mieczysław.
Kosiński Juljan (czł. honor.)
Kosmowski Wiktoryn.
Kossowski Cezary.
Kozerski Adolf.
Krajewski Władysław.
Kraków Kazimierz.
Kramsztyk Zygmunt
Kramsztyk Juljan
Krauze Ludwik
Kucharzewski Henryk.
Kuczyński Antoni.
Kurtz Stanisław
Landstein Ignacy.
Lande Adam.
Lebensbaum Maksymiljan.
Leśniowski Antoni.
Leszczyński Leonard.
Lubliner Leopold.
Luksenburg Józef.
Zapiński Wacław.
Zogucki Augustyn.
Mączewski Władysław.
Malinowski Alfons.
Markiewicz Stanisław.
Markusfeld Stanisław.
Mayzel Wacław.
Meyerson Stanisław.
Miklaszewski Walenty.
Mutermilch Juljusz.
Natanson Antoni.
Nencki Leon.
Niedzielski Kazimierz.
Neugebauer Franciszek.

- Nusbaum Henryk.
 Oderfeld Hipolit.
 Ołtuszewski Władysław.
 Orłowski Edward.
 Orłowski Stanisław.
 Orzeł Kazimierz.
 Pacanowski Henryk.
 Palmirski Władysław.
 Pawiński Józef.
 Perkowski Seweryn.
 Peszke Józef.
 Piotrowski Józef.
 Polak Józef.
 Polikier Bernard.
 Popiel Włodzimierz.
 Portner Szymon.
 Pruszyński Jan.
 Przewoski Edward.
 Przyborowski Adam.
 Rabek Ludwik.
 Radziwiłłowicz Rafał.
 Rappel Adolf.
 Raum Jan.
 Rejchman Mikołaj.
 Rembieniński Stanisław.
 Rodys Władysław.
 Rogoziński Józef.
 Rosenthal Albert.
 Rosenthal Jakób.
 Rothe Adolf.
 Rychliński Karol.
 Rzeczniewski Leon.
 Sadowski Michał.
 Sawicki Bronisław.
 Sawicki Władysław.
 Sędziak Jan.
 Sierpiński Konstanty.
 Sikorski Antoni.
 Skłodowski Józef.
 Skowroński Roman.
 Śliwicki Franciszek.
 Śmiechowski Antoni.
 Sokołowski Alfred.
 Solman Tomasz.
 Sommer Feliks.
 Srebrny Zygmunt.
 Staniszewski Władysław.
 Stankiewicz Władysław.
 Steinhaus Juljan.
 Stępkowski Franciszek.
 Strózewski Konstanty.
 Stockman Aleksander.
 Strzeszewski Józef.
 Świątecki Władysław.
 Szumlański Witold.
 Szmakfefer Felicyan.
 Szteyner Władysław.
 Szwajcer Jakób.
 Szyzłło Wincenty.
 Taczanowski Bronisław.
 Tchórzniński Józef.
 Thieme Apolinary.
 Tyrchowski Wład. (czł. honor.)
 Trzciniński Tadeusz.
 Uliński Henryk.
 Wagner Bronisław.
 Warszawski Maksymiljan.
 Weber Józef.
 Winawer Adolf.
 Winiarski Józef.
 Wisłocki Kazimierz.
 Wizel Adam.
 Wolberg Ludwik.
 Wróblewski Władysław.
 Wszebor Józef.
 Zaborowski Stanisław.
 Zaleski Karol.
 Zawadzki Józef.
 Zawadzki Władysław.
 Zawisza Konrad.
 Zieliński Edward.
 Zieliński Kazimierz.
 Zweigbaum Maksymiljan.
 Żlobikowski Tadeusz.
 Żurakowski Aleksander.
 Żurakowski Witold.

c) Członkowie przybrani.

Karpiński Wincenty w Warszawie.
Mrozowski Jan w Warszawie.
Mutniański Michał w Warszawie.
Werner Emil w Warszawie.
Żórawski Marcyan w Warszawie.

d) Członkowie korespondencji

Arnstein Feliks w Kutnie.
Babiński Józef w Paryżu.
Bartoszewicz Joachim w gub. Radomskiej.
Bartoszewicz Waclaw w Wilnie.
Białokur Franciszek w Jałcie.
Bielowski Franciszek w Moskwie.
Bernard Maryan Błażej w Cannes.
Bujwid Odo w Krakowie.
Ciągliński Kazimierz w Siedlcach.
Ciechanowski Stanisław w Krakowie.
Chodounsky Karol w Pradze Czeskiej.
Czajkowski Józef w Sosnowcu.
Czarkowski Ludwik w Wilnie.
Czerwiński Jan w Fürstenhofie.
Dambre w Courtrai w Belgii.
Domański Stanisław w Krakowie.
Dogiel Jan w Kazaniu.
Drabczyk Teodor w Częstochowie.
Dymnicki Józef w Busku.
Erlicki Adolf w Petersburgu.
Finger Ernest w Wiedniu.
Garliński Władysław w Łodzi.
Głogowski Feliks we wsi Łachowce w pow. Tomaszow., g. Lubelsk.
Grellety Jan Lucyan w Vichy.
Grünfeld Józef w Wiedniu.
Handelsman Józef w Kutnie.
Hartwig w Ostendzie.
Hassewicz Stanisław w Karlsbadzie.
Heine w Caustadt.
Hoene Jan w Kijowie.
Hönigsberg Benedykt w Wiedniu.
Huchard Henryk w Paryżu.
Jabłoński Jan w Poitiers.

Janiszewski Aleksander w Lublinie.
Janowski Witosław w Pradze Czeskiej.
Jannssens w Brukselli.
Jerzykowski Stanisław w Poznaniu.
Jurasz Antoni w Heidelbergu.
Koliński Józef w Łodzi.
Korczyński Edward w Krakowie.
Klikowicz Stanisław w Moskwie.
Křižek Čenek w Pradze Czeskiej.
Kryński Leon w Krakowie.
Kulski Juljan w Nowo-Radomsku.
Liouville Henryk w Paryżu.
Lewandowski Gustaw w gub. Radomskiej.
Lesser Władysław w Lipsku.
Lee John w Filadelfii.
Lachowicz Antoni w Berdyczowie.
Majkowski Juljan w Radomiu.
Maixner Emeryk w Pradze Czeskiej.
Michl Franciszek w Pradze Czeskiej.
Mierzejewski Jan w Petersburgu.
Mauriac Emil w Bordeaux.
Marty Józef w Rennes we Francyi.
Mallez Jan Franciszek w Paryżu.
Mendelsohn Maurycy w Petersburgu.
Moczutkowski Józef w Petersburgu.
Mosler Fryderyk w Greifswald.
Mokricki Teodor w Nowogeorgiewsku.
Monin Emil w Paryżu.
Noiszewski Kazimierz w Dźwińsku.
Obtułowicz Ferdynand we Lwowie.
Olechnowicz Władysław w Lublinie.
Openchowski Teodor w Charkowie.
Orłowski Waclaw w Wilnie.
Papiewski Władysław w Radomiu.
Pollack Józef w Ischl.
Przedborski Ludwik w Łodzi.
Przybyłski Jan w Odesie.
Puławski Arkadyusz w Nałęczowie.
Radziszewski Stanisław w Warszawie.
Reumont Aleksander w Akwizgranie.
Robiński Seweryn w Berlinie.
Rumszewicz Konrad w Kijowie.
Ruppert Henryk w Aleksandrowie pogr.
Rybicki Stanisław w Skierniewicach.
Rydygier Ludwik we Lwowie.

Sajous Karol w Filadelfii.
 Ściborowski Władysław w Krakowie.
 Schiffers Ferdynand w Liège.
 Seifman Piotr w Krakowie.
 Sękowski Władysław w Częstochowie.
 Sormani Józef w Pawii.
 Sterling Seweryn w Łodzi.
 Stopczański w Krakowie.
 Strzemiński Ignacy w Wilnie.
 Strzyżowski Antoni w Piotrkowie.
 Sturge Allen w Londynie.
 Świętecki Jan w Wilnie.
 Świeżyński Józef w Jeleniewie pod Opatowem.
 Świdorski Kazimierz w Kazaniu.
 Szadek Karol w Kijowie.
 Szpilman Józef we Lwowie.
 Sztembarth Wincenty w Żyrardowie.
 Szuman Leon w Toruniu.
 Thomayer Józef w Pradze Czeskiej.
 Troczewski Antoni w Kutnie.
 Wroński Władysław w Otwocku.
 Widman Oskar we Lwowie.
 Wołkowicz Maksymilian w Sosnowcu.
 Zaleski Aleksander w Płocku.

4.

Wykaz posiedzeń klinicznych i klinicznych dodatkowych odbyć się mających w roku 1900.

	w d n i a c h		
Styczeń	2	16	30
Luty	6	20	27
Marzec	6	20	27
Kwiecień	3	17	24
Maj	1	15	29
Czerwiec	5	19	26
Lipiec	f e r y e		
Sierpień	f e r y e		
Wrzesień	4	18	25
Październik	2	16	30
Listopad	6	20	27
Grudzień	4	18	—

w Warszawie, dnia 14 Maja 1900 r.

Za zgodność Wice-Prezes Towarzystwa *H. Nusbäum.*

5.

Dosłowny wypis z księgi uchwał (Reg. § 26) wszelkich postanowień Tow. Lekarskiego, jakiegokolwiek zmiany lub uzupełnienia ustawy lub regulaminu stanowiących.

Na posiedzeniu administracyjnem Towarzystwa w dniu 19 Grudnia 1899 r. uchwalono: (Zob. Pam. T. L. W. Tom. 95 s. 1051).

a) W razie przekroczenia budżetu w danej pozycji postanowiono odnosić się za każdym razem do Towarzystwa z wnioskiem przeniesienia niedoboru z roku bieżącego na rok przyszły.

b) Przyjąć do budżetu projektowane przez Zarząd Towarzystwa opodatkowanie funduszków specjalnych, zarządzanych przez Towarzystwo, na rzecz kancelaryi Towarzystwa, w stosunku 10%.

c) Wszelkie ofiary na rzecz Towarzystwa mogą być przyjęte jedynie na zasadzie sankcyi, uchwalonej przez Towarzystwo.

d) Redaktor Pamiętnika Towarzystwa nie jest mocen korzystać z zapomogi z jakiegobądź instytucyi publicznej lub od osoby prywatnej, na cele wydawnictw Towarzystwa i bez upoważnienia Towarzystwa.

w Warszawie, dnia 15 Maja 1900 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa *D-r Brodowski.*

6.

SPRAWOZDANIE

z obrotu funduszków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i funduszków pod administracją Towarzystwa zostających, za rok 1899.

(Regulam. § 109, lit. B, punkt 6).

A) Fundusze Towarzystwa.

I. *Fundusz na wydatki bieżące Towarzystwa.*

Remanent z końcem roku 1898. Rb. 250 k. 47

W r. 1899 otrzymano wpływy następujące:

1) Składka za rok 1899 wraz z zaległościami
za rok 1898 „ 3312 „ —
do przeniesienia . Rb. 3562 k. 47

	z przeniesienia	Rb. 3562 k. 47
2)	Wstępne od 12 Członków czynnych	„ 72 „ —
3)	Wpływy z prenumeraty Pamiętn. Tow.	„ 402 „ 37
4)	Przelano z dochodów domu Towarzystwa przy ulicy Niecałej pod Nr. 614L	„ 2000 „ —
5)	Prowizya z Banku Handlowego od funduszu w gotowiźnie, złożonego na rachunku przekazowym	„ 160 „ 27
6)	Ofiary na bibliotekę Towarzystwa: od D-ra Bartkiewicza Rb. 200 i od D-ra Bolesława Gepnera Rb. 5	„ 205 „ —
7)	Ofiary na pomnik ś. p. D rą Girsztowta	„ 152 „ —
	Ogół przychodu z remanentem	<u>Rb. 6554 k. 11</u>

Z tej sumy dopełnione zostały wydatki następujące:

1)	Na administrację, druki, materiały piśmienne i potrzeby gospodarcze	Rb. 1896 k. 92
2)	Na dzieła i dzienniki oraz różne wydatki biblioteczne	„ 1105 „ —
3)	Na wydawnictwo Pamiętnika Towarzystwa, łącznie z kosztami Redakcyi	„ 1753 „ 73
4)	Na wydatki różne:	
a)	Oplata Warszawskiemu Towarzystwu Ubezpieczeń, za ubezpieczenie od pożaru biblioteki i ruchomości Towarzystwa	„ 146 „ 73
b)	Gratyfikacje udzielone na Nowy-Rok urzędnikom Kancelaryi i oficyalistom Towarzystwa	„ 315 „ —
c)	Na wydatki nieprzewidziane, jako to: telegramy, wieńce, druk okólników, druk projektu budżetu na rok 1899, opłaty stemplowe, przepisywanie protokółów posiedzeń klinicznych i wogóle zwiększona pomoc kancelaryjna, wynagrodzenie drugiego woźnego za zbieranie składek kwartalnych itp.	„ 399 „ 78
d)	Przelew do funduszu pracowni zasiłku, budżetem na rok 1899 oznaczonego	„ 300 „ —
e)	Reszta wydatków na postawienie pomnika ś. p. D-r Girsztowta	„ 235 „ 30
	Ogół rozchodu	<u>„ 6152 „ 46</u>
	Remanent z końcem r. 1899	Rb. 401 k. 65

II. Dom Towarzystwa przy ulicy Niecałej pod Nr 614L.

Remanent z końcem r. 1898	Rb. 721 k. 63
W roku 1899 otrzymano wpływy następujące:	
1) Za komorne od lokatorów domu	„ 8870 „ —
2) Opłata od lokatorów za wodę z wodociągów miejskich	„ 112 „ 20
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 9703 k. 83

Z tej summy dopełnione zostały wydatki następujące:

1) Na restaurację i konserwację zabudowań .	Rb. 482 k. 43
2) Na administrację, utrzymanie porządku i podatki	„ 2076 „ 14
3) Na opłatę procentów od kapitałów wypożyczonych i na domu lokowanych	„ 3350 „ 70
4) Na wydatki różne, jako to:	
a) Zasilek funduszowi na wydatki bieżące za rok 1899	„ 2000 „ —
b) Kolendy noworoczne służbie i różnym osobom	„ 45 „ —
c) Na wydatki nieprzewidziane: składka na przytułki noclegowe, składka dla Towarzystwa Dobroczynności itp.	„ 37 „ —
d) Przelano do funduszu rezerwowego domu Nr. 614L oszczędność roczną	„ 1600 „ —
Ogół rozchodu .	Rb. 9591 k. 27
Remanent z końcem r. 1899 .	Rb. 112 k. 56

III. Fundusz rezerwowy domu Towarzystwa pod Nr. 614L.

1) Remanent z końcem roku 1898	Rb. 2075 k. 33
2) Przelew roczny z ogólnego dochodu domu pod Nr. 614L	„ 1600 „ —
3) Zwrot pożyczki udzielonej Pracowni Towarzystwa	„ 400 „ —
4) Procent od Listów Zastawnych m. Warszawy $4\frac{1}{2}\%$ w sumie Rb. 1400	„ 87 „ 64
5) Zwrot kaucyi złożonej w Tow. kredyt. m. Warszawy do konwersyi pożyczki	„ 70 „ 25
6) Zysk na kupnie papierów procentowych	„ 118 „ 16
Ogół funduszu rezerwowego z końcem r. 1899 .	Rb. 4351 k. 38

a mianowicie:

1) w papierach procentowych Rb. 4300 k. —	
2) w gotowiznie „ 51 „ 38	
Razem jak wyżej	Rb. 4351 k. 38

IV. Fundusz Pracowni Towarzystwa.

Remanent z końcem r. 1898 Rb. 10222 k. 34¹/₂

Wpływy w roku 1899:

a) Procent od Rb. 3000 z legatu D-ra Wilczyńskiego „ 150 „ —	
b) Za kupony od papierów procentowych i zysk na kupnie papierów „ 349 „ 57	
c) Przelew z funduszu na wydatki bieżące zasiłku przyznanego przez Towarzystwo Lekarskie za rok 1899 „ 300 „ —	

Ogół przychodu z remanentem . Rb. 11021 k. 91¹/₂

Z tej sumy wydano:

a) Na płacę służącego pracowni „ 180 k. —	
b) Na spłatę pożyczki zaciągniętej w roku 1898 z funduszu rezerwow. domu N. 614L „ 400 „ —	
c) Na różne potrzeby gospodarcze i wydatki przy doświadczeniach naukowych „ 284 „ 78	
Ogół rozchodu „ 864 „ 78	

Remanent z końcem r. 1899 Rb. 10157 k. 13¹/₂

a mianowicie:

1. Fundusz stały:	
a) z legatu D-ra Władysława Wilczyńskiego Rb. 3000 k. —	
b) z ofiary D-ra Ludwika Natansona „ 1000 „ —	
c) z ofiar wychowawców wydz. lekar. Uniw. Warszaw. z r. 1873/4 „ 3500 „ —	
d) imienia Prof. D-ra Hoyera „ 2622 „ 60	
	Rb. 10122 k. 60
2. Rcszta funduszu bieżącego „ 34 „ 53 ¹ / ₂	
Razem jak wyżej	Rb. 10157 k. 13 ¹ / ₂

V. Fundusz z legatu D-ra Jana Bęcwicza na utrzymanie grobu na cmentarzu Powązkowskim.

Fundusz ten z końcem r. 1898 wynosił . . . Rb. 166 k. 03

W r. 1899 wpłynął procent od kapitału Rb.

150 po 6⁰/₀ „ 9 „ —

Ogół przychodu z remanentem Rb. 175 k. 03

Wyplacono grabarzowi za utrzymanie w porządku grobu w r. 1899	Rb.	6 k. —
Pozostało z końcem 1899 r.	Rb.	169 k. 03
a mianowicie:		
1) w zabezpieczeniu hipotecznym na domu Nr. 614L, jako fundusz stały	„	150 „ —
2) w gotowiźnie z procentów oszczędzonej, jako fundusz reparacyjny grobu	„	19 „ 03
Razem jak wyżej	Rb.	169 k. 03

VI. Fundusz z legatu D-ra Jana Bącewicza na wsparcie dla 5 wdów po lekarzach polakach.

Fundusz stały, na domu Nr. 614L lokowany, wynosił z końcem roku 1898	Rb.	7500 k. —
W r. 1899 wpłynął procent po 6 ^o / _o od powyższego kapitału	„	450 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	7950 k. —
W r. 1899 przelano do Kasy Wsparcia na do- roczne zapomogi dla wdów po lekarzach, sto- sownie do legatu	„	450 „ —
Remanent z końcem r. 1899, jako fundusz stały bypotecznie zabezpieczony	„	7500 „ —

VII. Fundusz z legatu D-ra Feliksa Jabłonowskiego.

Remanent z końcem r. 1898	Rb.	13639 k. 18
W ciągu roku 1899 otrzymane były procenty:		
1) Od właściciela dóbr Brzeźno 5 ^o / _o od sumy Rb. 4500	„	225 „ —
2) Od Towarzystwa Lekarskiego 6 ^o / _o od sumy Rb. 8500, na domu Nr. 614L lokowanej	„	510 „ —
3) Za kupony od papierów procentowych i dywidendowych w sumie Rb. 500	„	37 „ 64
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	14411 k. 82
Z procentów wydatковано, w myśl woli testatora:		
1) na wsparcie 2-ch ubogich majstrów: krawca i piekarza, po Rb. 150 każdemu	„	300 „ —
do przeniesienia	Rb.	300 k. —

	z przeniesienia	Rb. 300 k —
2)	Na nabożeństwo żałobne za duszę testatora, na ogłoszenia o nabożeństwie i utrzymanie porządku około grobu	„ 10 „ —
3)	asekuracja pożyczki premiowej	„ 3 „ 97
4)	Przelano do Kasy Wsparcia na wsparcie dla ubogiego lekarza	„ 453 „ 67
	Ogół rozchodu	Rb. 767 k. 64
	Remanent z końcem r. 1899	Rb. 13644 k. 18

a mianowicie:

1)	Fundusz stały:	
a)	w kapitałach lokowanych: na dobrach Brze- żno w pow. Ostrołęckim Rb. 4500 i na domu Nr. 614L w Warszawie Rb. 8500, łącznie .	Rb. 13000 k. —
b)	w papierach procentowych	„ 500 „ —
c)	w gotowiznie	„ 45 „ 58
	Łącznie	Rb. 13545 k. 58
2)	Fundusz reparacyjny grobu	„ 98 „ 60
	Razem jak wyżej	Rb. 13644 k. 18

VIII. Fundusz nagród konkursowych imienia D-ra Adama Helbioha.

Remanent z końcem r. 1898	Rb. 2365 k. 11 1/2
W roku 1899 wpłynęło za knpony od papie- rów procentowych	„ 95 „ 01
Ogół przychodu z remanentem	„ 2460 „ 12 1/2

Z tej sumy:

1)	Wyplacono premium konkursowe	Rb. 500
2)	Odpisano stratę przy kupnie Li- stów Zastawnych m. Warszawy	„ 16 „ 516 „ —
	Remanent z końcem r. 1899	Rb. 1944 k. 12 1/2

a mianowicie:

1)	Fundusz stały:	
a)	w papierach procentow. Rb. 1100 k. —	
b)	w gotowiznie	„ 9 „ 82 „ 1109 „ 82
2)	Fundusz bieżący:	
a)	w papierach procent.	Rb. 800 k. —
b)	w gotowiznie	„ 34 „ 30 1/2 Rb 834 k. 30 1/2
	Razem jak wyżej	Rb. 1944 k. 12 1/2

IX. Fundusz nagród konkursowych imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego.

Remanent z końcem r. 1898	Rb. 1305 k. —
W roku 1899 wpłynął procent od kapitału Rb. 1200, hipotecznie lokowanego	„ 60 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 1365 k. —
Ponieważ w roku 1899 nie było przyznanej nagrody z niniejszego funduszu, przeto z końcem roku fundusz ten wynosił	„ 1365 „ —
a mianowicie:	
1) Fundusz stały, na domu Nr. 614L w Warszawie lokowany	„ 1200 „ —
2) W gotowiznie z procentów pozostałej	„ 165 „ —
Razem jak wyżej	Rb. 1365 k. —

X. Fundusz nagród konkursowych z zapisu D-ra Walentego Koczorowskiego.

Remanent z końcem r. 1898	Rb. 439 k. 80
W roku 1899 przelano z funduszu ogólnego z dochodów domu Nr. 12/13 w Piotrkowie, stosownie do woli testatora	„ 600 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 1039 k. 80
Ponieważ w r. 1899 rozchodu nie było, przeto z końcem r. 1899 fundusz ten wynosił	Rb. 1039 k. 80

XI. Fundusz na wydawnictwo prac konkursowych uwieńczonych nagrodą z zapisu D-ra Walentego Koczorowskiego.

Remanent z końcem r. 1898	Rb. 580 k. 66
Ponieważ w r. 1899 rozchodu nie było, przeto remanent z końcem r. 1899 wynosił	Rb. 580 k. 66

XII. Fundusz z zapisu Teofili Koczorowskiej.

Fundusz ten z końcem r. 1898 wynosił	Rb. 1000 k. —
W roku 1899 wpłynął procent od tego funduszu	„ 60 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 1060 „ —

W tymże roku przelano powyższy procent do Kasy Wsparcia dla rozdzielenia między wdowy i sieroty po lekarzach, w myśl woli testatora	Rb. 60 k. —
Remanent z końcem roku 1899, jako fundusz stały, na domu Nr. 614L w Warszawie lokowany	„ 1000 „ —

XIII. Fundusz z zapisu D-ra Ignacego Gołębiowskiego.

Remanent z roku 1898	Rb. 5025 k. 72
W roku 1899 wpłynął procent od kapitału Rb. 5000, hipotecznie lokowanego	„ 250 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 5275 k. 72
W tymże roku wypłacono stypendyum studentowi medycyny	„ 250 „ —
Remanent z końcem r. 1899	Rb. 5025 k. 72
a mianowicie:	
1) Kapitał na domu Nr. 614L w Warszawie lokowany	Rb. 5000 k. —
2) w gotowiznie	„ 25 „ 72
Razem jak wyżej	Rb. 5025 k. 72

XIV. Fundusz z zapisu Henryka Michała Czekińskiego.

Remanent z roku 1898	Rb. 2070 k 25
W r. 1899 wpłynęło za kupony od papierów procentowych	„ 85 „ 50
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 2155 k. 75
W tymże roku przelano do Kasy Wsparcia na zapomogi w testamencie oznaczone	„ 85 „ 50
Remanent z końcem r. 1899	Rb. 2070 k. 25
a mianowicie:	
1) Fundusz stały;	
a) w papierach procentowych	Kb. 2000 k. —
b) w gotowiznie	„ 27 „ 50
KŁącznie	Rb. 2027 k. 50
2) Fundusz bieżący w gotowiznie z procentów pozostałej	Rb. 42 k. 75
Razem jak wyżej	Rb. 2070 k. 25

XV. Fundusz konkursowy imienia D-ra Leona Konitza.

Remanent z roku 1898	Rb. 2285 k. --
W r. 1899 wpłynęło za kupony	„ 95 „ --
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 2380 k. --
Ponieważ w roku 1899 rozchodu nie było, przeto remanent z końcem r. 1899 wynosi . . .	Rb. 2380 k. --
a mianowicie:	
1) w papierach procentowych	Rb. 2000 k. --
2) w gotowiznie	„ 380 „ --
Razem jak wyżej	Rb. 2380 k. --

XVI. Fundusz w biletach premiowych z zapisu D-ra Romualda Płaskowskiego.

Remanent z końcem r. 1898	Rb. 320 k. 38
W roku 1899 wpłynęło za kupony	„ 14 „ 26
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 334 k. 64
Zapłacono za asekurację pożyczek premiowych i za prenumeratę Gazety Losowań, stosownie do woli testatora	Rb. 13 k. 08
Remanent z końcem r. 1899 ,	Rb. 321 k. 56
a mianowicie.	
1) w biletach pożyczek premiowych Cesarstwa i zagranicznych	Rb. 316 k. 25
2) w gotowiznie	„ 5 „ 31
Razem jak wyżej	Rb. 321 k. 56

XVII. Fundusz premii psychiatrycznych z legatu D-ra Romualda Płaskowskiego.

Remanent z końcem r. 1898	Rb. 2104 k. 86
W roku 1899 wpłynęło:	
1) Za kupony	„ 92 „ 39
2) Zysk na kupnie Listów Zast. m. Warsz.	„ 1 „ 20
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 2198 k. 45
Ponieważ w r. 1899 rozchodu nie było, przeto remanent z końcem r. 1899 wynosi	Rb. 2198 k. 45

a mianowicie:

1) Fundusz stały:		
a) w papierach procentowych	Rb. 1950 k. —	
b) w gotowiznie	„ 50 „ —	Rb. 2000 k. —
2) Fundusz bieżący w gotowiznie	„ 198 „ 45	
	Razem jak wyżej.	Rb. 2198 k. 45

XVIII. Fundusz z legatu D-ra Romualda Płaskowskiego dla delegatów na zjazdy psychiatryczne.

Remanent z r. 1898	Rb. 2104 k. 86
W r. 1899 wpłynęło za kupony	„ 92 „ 62
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 2197 k. 48
Ponieważ w r. 1899 rozchodu nie było, przeto remanent z końcem roku 1899 wynosi	„ 2197 „ 48
a mianowicie:	
1) Fundusz stały:	
a) w papierach procentowych	Rb. 1950 k —
b) w gotowiznie	„ 50 „ — „ 2000 „ —
2) Fundusz bieżący.	„ 197 „ 48
	Razem jak wyżej Rb. 2197 k. 48

B. Fundusze pod administracją Towarzystwa Lekarskiego zostające.

XIX. Fundusz ogólny z dochodów domu Nr. 12/13 w Piotrkowie, zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego na stypendya i premia konkursowe.

Remanent z końcem r. 1898	Rb. 18 k. 38
W r. 1899 ogólny dochód z komornego od lokatorów domu	„ 5052 „ 50
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 5070 k. 88
W r. 1899 dopełniono wydatków następujących:	
1) Na stypendya 6-iu studentom medycyny po Rb. 300	„ 1800 „ —
2) Przelano do funduszu nagród konkursowych roczną sumę w testamencie oznaczoną (Zob. wyżej dział X)	„ 600 „ —
	do przeniesienia Rb. 2400 k. —

	z przeniesienia	Rb. 2400 k. —
3)	procent od kapitału Rb. 7500, obciążającego bypotekę domu	„ 450 „ —
4)	Na podatki, ciężary gruntowe, restaurację zabudowań, utrzymanie porządku, koszta miejscowej administracji itp.	„ 2111 „ 12
	Ogół rozchodu	Rb. 4961 k. 12
	Remanent z końcem r. 1899	Rb. 109 k. 76

XX. Fundusz rezerwowy budowlany domu Nr. 12/13 w m. Piotrkowie, zapisanego przez D-ra Koczorowskiego.

Remanent z końcem r. 1898	Rb. 1670 k. 15
W roku 1899 wpłynęło za kupouy	„ 68 „ 40
Zysk na kupnie Listu Zast. m. Warszawy	„ 6 „ 04
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 1744 k. 59
Ponieważ rozchodu w r. 1899 nie było, przeto remanent z końcem roku wynosił	„ 1744 „ 59
a mianowicie:	
a) w papierach procentowych	„ 1700 „ —
b) w gotowiźnie	„ 44 „ 59
Razem jak wyżej	Rb. 1744 k. 59

XXI. Fundusz rezerwowy na spłatę długów hipotecznych domu Nr. 12/13 w m. Piotrkowie, zapisanego przez D-ra Koczorowskiego.

Remanent z końcem r. 1898	Rb. 443 k. 64
W roku 1899 wpłynęło za kupony od papierów procentowych	„ 18 „ 04
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 461 k. 68
Odpisano w rozchodzie stratę przy kupnie List. Zast. m. Warszawy na Rb. 200, za które zapłacono Rb. 201 k. 10	Rb. 1 „ 10
Remanent z końcem r. 1899	Rb. 460 k. 58
a mianowicie:	
a) w papierach procentowych	Rb. 400 k. —
b) w gotowiźnie	„ 60 „ 58
Razem jak wyżej	Pb. 460 k. 58

Warszawa, dnia 15 Maja 1900 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa D-r Brodowski,

7.

BILANS

funduszy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego
z końcem roku 1899.

(Regul. § 109, lit. B, punkt 7).

Fundusze własnością Towarzystwa Lekarskiego będące.

I. Activa.

1)	Dom Towarzystwa przy ulicy Niecałej Nr. 614L w Warszawie, oceniony na	Rb. 120000 k. —	
	Remanent z dochodów tegoż domu	„ 112 „ 56	
2)	Fundusz rezerwowy domu Nr. 614L:		
a)	w papierach procentow. Rb. 4300 k. —		
b)	w gotowiznie	„ 51 „ 38	„ 4351 „ 38
3)	Fundusz na wydatki bieżące Towarzystwa	„ 401 „ 65	
4)	Fundusz Pracowni Towarzystwa:		
a)	w kapitałach hypot. lok. Rb. 3000 k. —		
b)	w papierach procent. „ 7100 „ —		
c)	w gotowiznie	„ 57 „ 13 ¹ / ₂	Rb. 10157 k. 13 ¹ / ₂
5)	Fundusz na utrzymanie grobu D-ra Bączewicza:		
a)	w kapitale hypot. lokow. Rb. 150 k. —		
b)	w gotowiznie	„ 19 „ 03	„ 169 „ 03
6)	Fundusz z legatu D-ra Bączewicza na wsparcia 5-iu wdów po lekarzach, w kapitale hipotecznym lokowanym	„ 7500 „ —	
7)	Fundusz z legatu D-ra Jabłonowskiego:		
a)	w kapitałach hyp. lok. Rb. 13000 k. —		
b)	w papierach procentow. „ 500 „ —		
c)	w gotowiznie	„ 144 „ 18	„ 13644 „ 18
8)	Fundusz imienia D-ra Helbicha:		
a)	w papierach procent. Rb. 1900 k. —		
b)	w gotowiznie	„ 44 „ 12 ¹ / ₂	„ 1944 „ 12 ¹ / ₂
9)	Fundusz imienia D-ra Chałubińskiego:		
a)	w kapitale hypot. lokow. Rb. 1200 k. —		
b)	w gotowiznie	„ 165 „ —	„ 1365 „ —
10)	Fundusz nagród konkursowych z zapisu D-ra Koczorowskiego	„ 1039 „ 80	
11)	Fundusz na wydawictwo prac konkursowych z zapisu D-ra Koczorowskiego	„ 580 „ 66	
	do przeniesienia Rb. 161265 k. 52		

			z przeniesienia Rb. 161265 k. 52
12)	Fundusz z legatu Koczorowskiej, w kapitale hipotecznie lokowanym	„	1000 „ —
13)	Fundusz stypendyalny z legatu D-ra Gołębiowskiego:		
a)	w kapitale hypot. lokow. Rb. 5000 k. —		
b)	w gotowiznie „ 25 „ 72	„	5025 „ 72
14)	Fundusz z legatu Czekińskiego:		
a)	w papierach procentow. Rb. 2000 k. —		
b)	w gotowiznie „ 70 „ 25	„	2070 „ 25
15)	Fundusz premii psychiatrycznych z legatu D-ra Płaskowskiego:		
a)	w papierach procentow. Rb. 1950 k. —		
b)	w gotowiznie „ 248 „ 45	„	2198 „ 45
16)	Fundusz dla delegatów na zjazdy psychiatryczne, z legatu D-ra Płaskowskiego:		
a)	w papierach procentow. Rb. 1950 k. —		
b)	w gotowiznie „ 247 „ 48	„	2197 „ 48
17.	Fundusz w biletach premiowych z legatu D-ra Płaskowskiego:		
a)	w papierach procentow. Rb. 316 k. 25		
b)	w gotowiznie „ 5 „ 31	„	321 „ 56
18)	Fundusz konkursowy imienia D-ra Leona Konitza:		
a)	w papierach procentow. Rb. 2000 k. —		
b)	w gotowiznie „ 380 „ —	„	2380 „ —
			<u>Razem Rb. 176458 k. 98</u>

II. Passiva (długi hipoteczne na domu Towarzystwa pod Nr. 614L)

- 1) Towarzystwu Kredytowemu miasta Warszawy Rb. 31058 k. 11
- 2) Funduszowi z legatu D-ra Jana Bączewicza na wsparcie 5-iu wdów polekarskich Rb. 7500 k. —
- 3) Funduszowi z legatu D-ra Jana Bączewicza na utrzymanie jego grobu . . Rb. 150 k. —
- 4) Funduszowi z legatu D-ra Feliksa Jabłonowskiego Rb. 8500 k. —

do przeniesienia Rb. 47208 k. 11 Rb. 176458 k. 98

z przeniesienia Rb. 47208 k. 11 Rb. 176458 k. 98

- 5) Funduszowi nagród kon-
knersowych imienia D-ra Ty-
tusa Chałubińskiego . Rb. 1200 k. —
- 6) Funduszowi z legatu D ra
Ignacego Gołębiowskiego Rb. 5000 k. —
- 7) Funduszowi z legatu Teo-
filii Koczorowskiej . . Rb. 1000 k. —
- 8) Funduszowi z legatu D-ra
Władysława Wilczyńskiego,
zapisanemu na pracownię
Towarzystwa . . . , . Rb. 3000 k. — Rb. 57408 k. 11
- Pozostaje Rb. 118050 k. 87

Dodając do tego:

- a) Wartość biblioteki Towa-
rzystwa Lekarskiego, we-
dług polisy Warszaw. Tow.
Ubezpie. od ognia . . . Rb. 37500 k. —
- b) Wartość ruchomości To-
warzystwa, według tejże
polisy Rb. 4000 k. —
- c) Wartość inwentarza pra-
cowni, według polisy tegoż
Towarzystwa ubezpieczeń Rb. 2772 k. — Rb. 44272 k. —
- Ogół stanu majątkowego Towarzystwa Rb. 162322 k. 87

*Fundusze pod administracją Towarzystwa Lekarskiego
zostające.*

1. Fundusz ogólny z dochodów domu Nr. 12/13 w Piotrkowie
(remanent) Rb. 109 k. 76
- 2) Fundusz rezerwowy budowlany tegoż domu:
- a) w papierach procentow. Rb. 1700 k. —
- b) w gotowiznie „ 44 „ 59 „ 1744 „ 59
- 3) Fundusz rezerwowy na spłatę długów hy-
potecznych tegoż domu:
- a) w papierach procentowych Rb. 400 k. —
- b) w gotowiznie „ 60 „ 58 „ 460 „ 58
- Razem fundusze pod administracją Tow. Lek. Rb. 2314 k. 93
- Warszawa, dnia 15 Maja 1900 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa *D-r Brodowski.*

⊖.

Sprawozdanie szczegółowe o nowych zapisach i darowiznach.

(Regulam. § 109, Lit. B, punkt 8)

W roku 1899 zapisów na rzecz Towarzystwa Lekarskiego nie było.

Otrzymało Towarzystwo w darze od D-ra Bronisława Bartkiewicza ofiarę jednorazową na potrzeby naukowe Towarzystwa Rb. 200.

Dary w książkach wykazane są w sprawozdaniu kol. Bibliotekarza (zob. punkt 17).

w Warszawie, dnia 15 Maja 1900 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa *D-r Brodowski.*

⊖.

Nagrody konkursowe, stypendya itp. przyznane w roku 1899 z funduszków pod zarządem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zostających.

(Regulam. § 109, Lit. B, punkt 9].

A. *Co do nagród konkursowych.*

W roku 1899, mianowicie na dzień 31 Marca, oznaczony był termin do złożenia prac na konkurs z funduszu Walentego Koczorowskiego.

Towarzystwo Lekarskie na termin powyższy ogłosiło w roku 1898 sześć tematów, z oznaczeniem jednej nagrody w kwocie Rb. 300 i na koszt wydania pracy, w razie jej uwieńczenia, Rb. 300.

W terminie powyższym, t. j. do dnia 31 Marca 1899 roku, żadnej nie nadesłano pracy, a przeto premium konkursowe pozostałe z roku 1898/99 przeniesiono na rok następny i ogłoszono na rok 1899/1900, z terminem prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1900 roku, 7 tematów z oznaczeniem 2-ch nagród po Rb. 300 i na koszt wydania każdej pracy uwieńczonej Rb. 300.

2) W roku 1895 ogłoszony był konkurs do złożenia prac w terminie 3-letnim, mianowicie do dnia 19 Października 1898 roku, na zadane 12 tematów do nagród z funduszu imienia Adama Helbicha, których to nagród oznaczono 6, każdą po Rb. 150, z zastrzeżeniem możności przyznania nagrody w wyższej kwocie aniżeli Rb. 150, w razie wyjątkowej wartości pracy. W terminie powyż-

szym nadesłaną została jedna tylko praca na temat „Historya Warszawskiej Akademii Medyko-Chirurgicznej i Wydziału Lekarskiego Szkoły Głównej w Warszawie“.

Komitet konkursowy, złożony z DD-rów Dobrzyckiego Henryka, Flauma Maksymiljana, Janowskiego Władysława i Szteynera Władysława, pod przewodnictwem Wice-Prezesa Towarzystwa D-ra Nusbauma Henryka, przy głosowaniu tajnem na posiedzeniu w dniu 10 Października 1899 roku, przyznał autorowi za powyższą pracę, odpowiednio do jej naukowej wartości, nagrodę w sumie Rb. 500.

W myśl regulaminu konkursowego, po odczytaniu na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w dniu 19 Października roku 1899 przez referenta Komitetu konkursowego kol. Dobrzyckiego, szczegółowego sprawozdania komitetu, otwartą została koperta z nazwiskiem autora i ogłoszono przyznanie nagrody kol. Bronisławowi Bartkiewiczowi.

B. Co do stypendyów.

Komitet opieki funduszków stypendyalnych z zapisów D-ra Walentego Koczorowskiego i D-ra Ignacego Gołębiowskiego przyznał w r. 1899 stypendya na rok akademicki 1899/900 następującym studentom medycyny:

a) z legatu D-ra Koczorowskiego, po Rb. 300 rocznie, studentom medycyny Uniwersytetu Warszawskiego:

1. Borzęckiemu Tadeuszowi z kursu V
2. Gryglewiczowi Teofilowi „ V
3. Jarzyńskiemu Janowi „ V
4. Kowalczewskiemu Józefowi „ V
5. Koczorowskiemu Władysławowi II

Studentowi medycyny Uniwersytetu Jurjewskiego:

6. Kizlerowi Józefowi z kursu V.

b) z legatu D-ra Ignacego Gołębiowskiego, w kwocie Rb. 250.
Cyrklerowi Henrykowi, studentowi med. Uniw. Warsz. kursu V.

c) Komitet do wybrania stypendysty imienia D-ra Polikarpa Girsztowta przyznał stypendyumj jego imienia na rok akademicki 1899/900, w kwocie Rb. 210, studentowi kursu V medycyny Uniwersytetu Warszawskiego Stanisławowi Zdanowiczowi.

Na przedstawienie Towarzystwa Lekarskiego p. Kurator okręgu Naukowego Warszawskiego zatwierdził wszystkim wyżej wymienionym studentom medycyny przyznane im na rok akad. 1899/900 stypendya.

Wreszcie wspomnieć wypada o udziale Zarządu Towarzystwa Lekarskiego w zatwierdzaniu stypendyów i zapomóg z procentów od funduszu wieczystego z legatu D-ra Chwiećkowskiego.

Na zasadzie testamentu D-ra Chwiećkowskiego z dnia 25 Czerwca 1879 roku, wykonawcy jego testamentu: Prof. D-r Włodzimierz Brodowski, D-r Konrad Chmielewski, a po jego zgonie D-r Kazimierz Chełchowski, oraz adwokat przysięgły Dominik Anc, przyznali w r. 1899 zapomogi, premia i stypendya, a Zarząd Towarzystwa Lekarskiego zatwierdził je w ogólnej sumie Rb. 4280, a w szczególności:

1) Z procentów od kapitału stypendyalnego dla uczniów szkół technicznych i rzemieślniczych, przyznano zapomogi 21 uczniom w wysokości od Rb. 30 do Rb. 100, łącznie w sumie Rb. 1130 k. —

2) Z procentów od kapitału na premia i wydawnictwa popularne z dziedziny nauk przyrodniczych, przyznano premia za następujące dziełka i broszury popularne: a) „O siarce“ p. Joteyko-Rudnickiej Rb. 200; b) „O fosforze“ tejże autorce Rb. 200, c) „Jak żyją rośliny“ p. Strumpf Rb. 250, d) „Ogień na usługach człowieka“ p. Umińskiej Rb. 250, e) „O żelazie i pożytkach z niego“ tejże autorce Rb. 250, f) „O alkoholizmie“ D-rowi Puławskiemu Rb. 250, g) Na zrobienie rysunków do odczytu D-ra Puławskiego „o ospie“ Rb. 600, h) „O zapobieganiu letnim biegunkom“, D-rowi Kamieńskiemu Rb. 250, łącz. Rb. 2250 k. —

3) Z procentów od kapitału stypendyalnego studentów medycyny, przyznano stypendya 3-m studentom medycyny Uniwersytetu Warszawskiego kursu V-go, mianowicie: a) Fiszerowi Wilhelmowi, b) Rechniowskiemu Stefanowi c) Urbanowi Stanisławowi, każdemu po Rb. 300, łącznie Rb. 900 k. —

Ogółem jak wyżej Rb. 4280 k. —

Wykonawcy testamentu D-ra Chwiećkowskiego złożyli Zarządowi Towarzystwa Lekarskiego szczegółowe sprawozdanie ze stanu i obrotu funduszu za rok 1899. Sprawozdanie to jak najmniej cała rachunkowość funduszu wieczystego z zapisu D-ra Chwiećkowskiego dotycząca, przez wykonawców testamentu prowadzona, sprawdzone zostały przez delegowanych członków Zarządu Towarzystwa Lekarskiego D-rów Kosmowskiego, Rychlińskiego i Edwarda Zielińskiego, którzy znaleźli całą kasowość i rachunkowość tego funduszu w zupełnym porządku. Kopia spr-

wozdania przesłaną została przez Towarzystwo Lekarskie p. Kuratorowi Okręgu Naukowego Warszawskiego.

w Warszawie dnia 25 Maja 1900 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa *D-r Brodowski.*

10. 11.

Zawiadomienie o konkursach i nagrodach wakujących.

(Regul. § 109 Lit B. punkt 10 i 11).

A. Co do nagród konkursowych.

Wakują następujące nagrody konkursowe:

1) Premium konkursowe z legatu D-ra Walentego Koczowskiego w kwocie Rb. 300 i na koszt wydawnictwa pracy nagrodzonej Rb. 300, wakuje na rok 1900/901, z terminem składania prac w Towarzystwie Lekarskiem pod adresem Sekretarza Stałego do dnia 31 Marca 1901 r. Tematy i bliższe informacye wydrukowane są przy końcu niniejszego zeszytu.

2) Premia konkursowe z funduszu imienia D-ra Adama Helbicha wakują trzy, mianowicie jedno Rb. 450, drugie 300 i trzecie Rb. 150, z terminem składania prac w Towarzystwie Lekarskiem pod adresem Sekretarza Stałego, do dnia 19 Października 1902 roku. Tematy i bliższe informacye wydrukowane są przy końcu niniejszego zeszytu.

3) Nagroda pieniężna, w kwocie Rb. 240 imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego, przyznać się mająca przez Towarzystwo Lekarskie 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 Stycznia 1897 r. do dnia 31 Grudnia 1900 r. Bliższe informacye podane są w ogłoszeniu, przy końcu niniejszego zeszytu.

4) Z funduszu imienia D-ra Leona Konitza wakuje nagroda pieniężna, przyznać się mająca przez Towarzystwo Lekarskie w dniu 15 Października 1902 r. odpowiednio do wartości naukowej prac: albo w kwocie Rb. 570, albo też suma ta podzieloną być może na dwie nagrody po Rb. 285, za najlepsze prace oryginalne w języku polskim, poświęcone li tylko chorobom kobiecym lub akuseryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac w czasie od dnia 2 Kwietnia 1899 roku do dnia 31 Marca 1902 roku. Bliższe informacye podane są w ogłoszeniu, przy końcu niniejszego zeszytu zamieszczonem. Wreszcie

5) wakuje nagroda pieniężna z legatu D-ra Romualda Płaskowskiego, w kwocie Rb. 200, przyznać się mająca przez Towarzystwo Lekarskie. Pam. Tow. Lek. T. 96. Z. II.

warzystwo Lekarskie w roku 1902 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od d. 1 Kwietnia 1900 r. do dnia 31 Marca 1902 r., bądź też w rękopiśmie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. Bliższe informacye podane są w ogłoszeniu, przy końcu niniejszego zeszytu zamieszczonem.

B. Co do stypendyów:

Na rok akademicki 1900/1 wakują stypendya:

1) Z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego 6 stypendyów po rb. 300, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, religii rzymsko-katolickiej, z pierwszeństwem dla rodzin przez zapisodawcę imiennie wskazanych; w braku kandydatów uprzywilejowanych przez testatora, zwykle otrzymują te stypendya studenci medycyny Uniwersytetu Warszawskiego kursów wyższych, odznaczający się wzorowem sprawowaniem się i celującymi postępami w naukach.

2) Z legatu D-ra Ignacego Gołębiowskiego jedno stypendyum w kwocie Bb. 250, dla studenta medycyny Uniwersytetu Warszawskiego, krewnego zapisodawcy, a w braku kandydata z rodziny uprzywilejowanej, otrzymuje zwykle stypendyum student medycyny kursu wyższego.

3) Stypendyum imienia D-ra Polikarpa Girsztowta, w kwocie Rb. 210, przeznaczone dla studenta medycyny Uniwersytetu Warszawskiego kursu V (ostatniego), pochodzenia polskiego, odznaczającego się wzorowem prowadzeniem się i postępami w naukach, a szczególnie zdolnościami do chirurgii i poświęcającego się jej z zamiłowaniem.

Termin do wnoszenia próśb do Towarzystwa Lekarskiego o stypendya wyżej wymienione oznaczony został na dzień 15 Września r. b. bliższych zaś informacyi co do stypendyów zasięgnąć można z ogłoszeń w pismach lekarskich i codziennych, zwykle w miesiącach Maja i Czerwcu corocznie zamieszczanych, jak niemniej w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7).

O zapomogach z legatu D-ra Józefa Chwiećkowskiego dla uczniów szkół technicznych i rzemieślniczych oraz o premiach za dziełka popularne z dziedziny nauk przyrodniczych, jako zależących od wykonawców testamentu D-ra Chwiećkowskiego, bliższych wiadomości udziela osobom interesowanym jeden z wykonawców testamentu, mianowicie adwokat przysięgły p. Dominik Anc (w kancelaryi swej przy ulicy S-to Jerskiej w domu Nr. 16).

Podania do wykonawców testamentu D-ra Chwiećkowskiego o przyznanie stypendyów z tegoż legatu, studenci medycyny Uniwersytetu Warszawskiego wnosić mogą na ręce drugiego z wyko-

nawców testamentu mianowicie Prof. D-ra Brodowskiego (ulica Smolna Nr. 21).

w Warszawie dnia 25 Maja 1900 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa *D-r Brodowski*.

12.

Wspomnienia pośmiertne o Członkach Towarzystwa Lekarskiego, zmarłych w r 1899.

(Regul. § 109, Lit. B, punkt 12).

1) **Józef Majer**, Członek honorowy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, wybrany na tę godność na posiedzeniu Towarzystwa w dniu 22 Grudnia 1868 roku, poprzednio, mianowicie od dnia 6 Marca 1838 roku był Członkiem korespondentem tegoż Towarzystwa; urodził się dnia 12 Marca 1808 roku w Krakowie, nauki licealne i uniwersyteckie ukończył w mieście rodzinnem, a 12 Stycznia 1831 roku otrzymał stopień doktora medycyny. Zaraz po ukończeniu nauk lekarskich wstąpił do służby wojskowo-lekarskiej, jako lekarz batalionowy w korpusie artylerji, a wkrótce jako lekarz sztabowy. Wystąpiwszy z wojska odbył podróż naukową po Niemczech, a następnie osiadł stale w Krakowie. W roku 1833 został mianowany zastępcą profesora wydziału lekarskiego w uniwersytecie Jagiellońskim na katedrze farmakodynamiki, a we dwa lata później, wskutek odbytego konkursu, został profesorem zwyczajnym na tejże katedrze. W r. 1850 zajął katedrę fizjologii. Z jakim zaś zamiłowaniem nauką tą się zajmował, jak znakomicie ją wykładał, świadczą najlepiej wydane przezeń w owym czasie dzieła: „Fizjologia zmysłów“, „Sposób obliczania ciałek krwi“, „Fizjologia układu nerwowego“. Gdy w roku 1854 zaprowadzono w Uniwersytecie Jagiellońskim język niemiecki, Majer ustąpił z katedry fizjologii i ograniczył się na nieobowiązującym wykładzie antropologii w języku polskim. W roku 1860 objął znów katedrę fizjologii z wykładem polskim. W roku 1877, po 44-letniej profesurze, z powohu skończonych lat 70 życia, czyniąc zadość ustawie krajowej usunął się od obowiązków nauczycielskich. Po opuszczeniu katedry oddał się z zamiłowaniem antropologii. W latach 1848—1849, 1850 i 1865 był Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego. Od roku 1848 do 1850 był prezesem Towarzystwa Naukowego w Krakowie, obrany powtórnie w roku 1860 prezesem tegoż Towarzystwa piastował godność tę do r. 1872. On to wyjednał u Cesarza przekształcenie Towarzystwa Naukowego na Akademię Umiejętności z nową organiza-

cyą i słusznie został jej pierwszym prezesem. Godność tę z wielką gorliwością piastował blisko lat dwadzieścia, dopóki mu zdrowie i siły pozwalały. Złożył ją ku powszechnemu żalowi w roku 1890. Jako uczony, Majer zostawił po sobie oprócz wyżej wymienionych dzieł, bardzo znaczną liczbę prac (Zob. Słownik lekarzów polskich St. Koźmińskiego). W roku 1869 i 1881 w Krakowie, w roku 1875 we Lwowie, a w roku 1884 w Poznaniu przewodniczył Zjazdowi lekarzy i przyrodników polskich, powoływany jednomyślnością głosów na Prezesa honorowego tych zjazdów. Niezależnie od obowiązków profesorskich, Majer przez wiele lat był radcą miasta Krakowa, członkiem licznych towarzystw naukowych, tak krajowych jak i zagranicznych, a od roku 1880 członkiem dożywotnim Anstryackiej Izby Panów. Zmarł dnia 3 Lipca 1899 roku w Krakowie przeżywszy lat 92. Cześć pamięci tego wielkich zasług dla nauki i kraju męża.

2) **Jan Braun**, Członek czynny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego urodził się w roku 1834 w Lublinie, nauki gimnazjalne ukończył w temże mieście, w roku 1851 zapisał się w poczet studentów Uniwersytetu w Dorpacie (teraźniejszy Jurjew). W roku 1857' po obronie rozprawy „De lienis in homine extirpatione“ otrzymał stopień Doktora Medycyny. Wróciwszy do kraju, przez półtora roku pełnił obowiązki lekarza ordynującego w Szpitalu św. Wincentego a Paulo w Lublinie. Następnie po dwuletnich studiach naukowo-lekarskich za granicą, osiadł w roku 1860 w Warszawie. W roku 1862 został lekarzem ordynującym w szpitalu św. Ducha w Warszawie i obowiązki te pełnił do roku 1877. Członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wybrany był dnia 18 Czerwca 1861 roku. W Pamiętniku tego Towarzystwa umieścił kilka prac z zakresu chorób kobiecych. W roku 1865, wybrany był na Sekretarza dorocznego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, któreto obowiązki pełnił gorliwie do końca roku 1867. Od roku 1882 zaczyna się działalność administracyjna kol. Brauna w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem. W Styczniu tegoż roku wybrany na Członka Komitetu Gospodarczego, czyli Zarządu, nie przestaje już być wybieranym corocznie w latach następnych: na Członka Zarządu i Komitetu Kasy Wsparcia przy Towarzystwie Lekarskim istniejącej. W r. 1885 wybrany został na Podskarbiego Towarzystwa, a zarazem stałego członka Zarządu i Komitetu Kasy Wsparcia, oraz Komitetu opieki funduszków stypendyalnych z zapisów DD-rów Walentego Koczorowskiego i Ignacego Gołębiowskiego. Wszystkie te obowiązki pełnił kol. Braun z wielką gorliwością do końca roku 1892, w którym, z powodu nadwątlonego zdrowia usunął się od urzędu Podskarbiego i wogóle od urzędów w Towarzystwie na-

szem. Od roku 1893 kol. Braun coraz bardziej zaczął podupadać na zdrowiu, będąc dotknięty chorobą sercową.

Zmarł w Schandau pod Dreznem w końcu Lipca 1899 roku. Pochowany na cmentarzu ewangelicko-augsburskim w Warszawie.

3) **Teofil Rewoliński**, Członek korespondent Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zmarły w Radomiu w dniu 19 Maja 1899 roku, był jednym z najbogiejszych i najbardziej zasłużonych urzędników lekarskich w Królestwie. Przyszedł na świat w roku 1820 w mieście Rawie, nauki szkolne pobierał w miastach Kielcach i Radomiu. W roku 1842 wysłany był na koszt Rządu do Petersburga i tam ukończył w roku 1847 kurs nauk lekarskich w wojskowej Medyko-Chirurgicznej Akademii ze stopniem lekarza. Wstąpiwszy do służby wojskowo-lekarskiej, dla odsłużenia przepisanej liczby lat, jako stypendysta rządowy, był ordynatorem w szpitalach wojskowych, już to w Ujazdowie już to w Łowiczu, brał czynny udział w kampaniach węgierskiej i rosyjsko-tureckiej, już jako lekarz przydzielony do głównego sztabu, już też niosąc pomoc w szpitalach wojskowych. Między jedną a drugą wojną, po złożeniu egzaminu i obronie rozprawy w b. Radzie lekarskiej Królestwa Polskiego w r. 1852, otrzymał stopień Doktora medycyny. Opuściwszy służbę wojskową, w latach 1859 do 1863 był lekarzem pow. Siedleckiego. W r. 1862 po złożeniu w Radzie lekarskiej służbowo-lekarskiego egzaminu i napisaniu rozprawy p. t. „Topograficzno-lekarski opis Wołoszczyzny i „O epidemii skorbutu grasującej nad Dunajem w wojskach Cesarsko-Rosyjskich podczas kampanii r. 1855“ uzyskał kwalifikację do zajęcia posady Inspektora Lekarskiego, którą też zajął w r. 1863 w Suwałkach. Przeniesiony w r. 1865 na posadę Inspektora lekarskiego gubernialnego do Radomia, osiadł tu stale i wysłużwszy pensję emerytalną, oddał się pracom społeczno-obywatelskim, założył „Gazetę Radomską“ i był pierwszym jej przez lat kilka redaktorem. Najwięcej jednak swej działalności poświęcił numizmatyce krajowej. W ciągu długoletniej w tej specjalności skrzętnej pracy, z dużym nawet nakładem pieniędzy, utworzył wielkiej wartości zbiór okazów numizmatycznych. Członkiem korespondentem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wybrany był D-r Rewoliński w dniu 5 Stycznia 1869 r. w uznaniu licznych prac, ogłaszanych drukiem, dotyczących urządzeń służby cywilno-lekarskiej, oraz z zakresu medycyny sądowej i policji lekarskiej. Prace te zamieszczane były w Tygodniku Lekarskim. Przez cały czas swego urzędowania jako inspektor lekarski gubernii Suwałskiej, a następnie gubernii Radomskiej, mianowicie od r. 1863 do końca 1886, był z urzędu Członkiem Kasy Komitetu Wsparcia lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych i z wielką gorliwością przez lat 23 zajmował

się zbieraniem składek stałych i ofiar jednorazowych na rzecz tejże kasy od lekarzy i innych osób w guberniach Suwalskiej i Radomskiej, za co niejednokrotnie Komitet Kasy Wsparcia wyrażał mu swą wdzięczność.

w Warszawie dnia 15 Maja 1900 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa *D-r Brodowski.*

13. 14. 15.

Odpisy 2-ch protokółów posiedzeń Komitetu rewizyjnego, obejmujące rezultaty rewizji rachunków, oraz uwagi i wnioski w myśl regulaminu Towarzystwa.

(Reg. § 108 Lit. C. punkt 13. 14. 15)

Działo się w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 28 Lutego 1900 r. o godzinie 8 wieczorem.

Komitet rewizyjny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, złożony z D-rów Adolfa ROTHGO, jako przewodniczącego w Komitecie, oraz Ludwika GURANOWSKIEGO i Michała SADOWSKIEGO, członków tegoż Komitetu, dopełnił w dniu dzisiejszym, w myśl §§ 112, 113 i następnych Regulaminu objaśniającego i rozwijającego ustawę Towarzystwa Lekarskiego, rewizji rachunkowości i funduszków Towarzystwa, w obecności Prezesa kolegi Stanisława MARKIEWICZA.

Podskarbi Towarzystwa kol. Konrad DOBRSKI przedstawił Komitetowi następujące księgi rachunkowe:

1) Kwitariusze do poboru ofiar jednorazowych, składki rocznej, komornego od lokatorów domu przy ulicy Niecałej i innych wpływów do kasy Towarzystwa wnoszonych.

2) Dzienniki kasy Towarzystwa i Kasy Wsparcia, prowadzone każdy w dwóch egzemplarzach, mianowicie: egzemplarze pierwsze prowadzone w kancelaryi Towarzystwa i drugie prowadzone przez Podskarbiego.

3) Księgę główną funduszków Towarzystwa oraz funduszków pod administracją Towarzystwa zostających.

4) Kontrolę szczegółową składek przez członków wnoszonych.

5) Kontrolę pomocniczą wyczerpywania kredytów budżetowych.

Nadto przedstawił Komitetowi rewizyjnemu:

1) Bilans funduszków Towarzystwa i pod administracją Towarzystwa zostających przy zamknięciu rachunków za r. 1899.

2) Wykazanie stanu kasy Towarzystwa i Kasy Wsparcia w dniu dzisiejszym.

3) Asygnacje i dowody wypłat na wydatki w r. 1899 z kasy Towarzystwa dopełnione.

4) Zbiór wypisów hipotecznych, dotyczących sum Towarzystwa na hipotekach lokowanych.

Po szczegółowym sprawdzeniu przedstawionego bilansu funduszów Towarzystwa Lekarskiego za r. 1899 z księgami buchalteryjnymi i dokumentami kasowymi, Komitet rewizyjny znalazł zupełną zgodność rachunkowości i kasowości Towarzystwa za rok upłyniony.

Następnie przystąpił Komitet do rewizji obecnego stanu Kasy Towarzystwa i Kasy Wsparcia, przyczem znalazł stan kasowy następujący:

A. Co do Kasy Towarzystwa.

Według dziennika kasy Towarzystwa, prowadzonego w kancelaryi, a w zupełności zgodnego z dziennikiem prowadzonym przez Podskarbiego, przychód, wraz z remanentem z r. 1899, po dzień dzisiejszy wyniósł:

a) w gotowiznie	Rb. 7569 k. 07
b) w papierach procentowych zagranicznych, przez D-ra Płaskowskiego zapisanych	„ 16 „ 25
Łącznie	Rb. 7585 k. 32
Rozchód wynosi	„ 3084 „ 45
Saldo przeto kasy w dniu dzisiejszym wynosi	Rb. 4500 k. 87

Saldo to mieści się:

a) w Banku Handlowym w gotowiznie na rachunku przekazowym	Rb. 4473 k. 95
b) w zachowaniu Podskarbiego:	
a) w gotowiznie	„ 10 „ 67
b) w papierach procentowych zagranicz.	„ 16 „ 25
Ogółem jak wyżej	Rb. 4500 k. 87

B. Co do Kasy Wsparcia.

Rachunki Kasy Wsparcia za r. 1899 dotąd nie mogły być zamknięte, tak jak to i poprzednich lat się praktykowało, z powodu nieukończenia obrachunków z pp. Inspektorami Lekarskimi lub ich Pomocnikami, zajmującymi się zbieraniem składek w guberniach kraju. Komitet rewizyjny przeto sprawdził obecnie dwa salda Kasy Wsparcia, według dziennika kasy, podobnie jak wyżej w 2-ch egzemplarzach prowadzonego, a mianowicie:

Rok 1899.

Przychód Kasy Wsparcia z reman. z r. 1898 .	Rb. 17417 k. 52
Rozchód	„ 16617 „ 02
Remanent w gotowiznie .	Rb. 800 k. 50

Rok 1900.

Przychód z r. 1900	Rb. 3763 k. 72
Rozchód „	„ 2857 „ 53
Remanent .	Rb. 906 k. 19
Dodając remanent z r. 1899 .	„ 800 „ 50
Ogólne saldo Kasy Wsparcia w dniu dzisiaj. .	Rb. 1706 k. 69
Saldo to mieści się:	
a) w Banku Handlowym w gotowiznie na rachunku prze- kazowym	Rb. 1463 k. 32
b) w zachowaniu u Podskarbiego w goto- wiznie	Rb. 243 k. 37
Razem jak wyżej	Rb. 1706 k. 69

Gotowiznę znajdującą się u Podskarbiego według powyższego wykazania, mianowicie w Kasie Towarzystwa Lekarskiego Rb. 10 k. 67, w Kasie Wsparcia Rb. 243 k. 37, oraz papiery procentowe zagraniczne, należące do Kasy Towarzystwa Rb. 16 k. 25, Komitet rewizyjny sprawdził i wręczył je napowrót do zachowania koledze DOBRSKIEMU, gotowiznę zaś znajdującą się w Banku Handlowym, mianowicie odnoszącą się do Kasy Towarzystwa Rb. 4473 k. 95 i należącą do Kasy Wsparcia Rb. 1706 k. 69 kol. Podskarbi usprawiedliwił wykazem przez Bank Handlowy nadesłanym.

Co się tyczy papierów procentowych, należących do fundusów Towarzystwa Lekarskiego i fundusów Kasy Wsparcia, zdeponowanych w instytucjach finansowych w Warszawie, mianowicie w Towarzystwie Kredytowym Ziemi, w Towarzystwie m. Warszawy i w Banku Handlowym, wynoszących według nominalnej wartości papierów publicznych ogólną sumę Rb. 79200: a w szczególności: a) w papierach procentowych, należących do Kasy Towarzystwa Lekarskiego Rb. 24100 i b) w papierach procentowych należących do Kasy Wsparcia Rb. 55100, kol. Podskarbi usprawiedliwił zdeponowanie tychże papierów, świadectwami depozytowymi odnośnych instytucji finansowych.

Oprócz tego kol. Podskarbi okazał książeczkę Kasy oszczędności przy Warszawskim Kantorze Banku Państwa, według której Kasa Wsparcia posiada w rzeczowej Kasie Oszczędności gotowiznę odnoszącą się do funduszu z legatu D-ra Walentego STANCZUKOWSKIEGO, w kwocie Rb. 84 k. 65. Dokumenty te Komitet rewizyjny sprawdził i znalazł je w zupełnym porządku.

Następnie Komitet porównał budżet Towarzystwa na rok 1899 z przedstawionym przez Podskarbiego bilansem funduszy, sporządzonym przy zamknięciu rachunków za rok 1899 i przy porównywaniu szczegółowych funduszy z budżetem, przekonał się, że wogóle wszelkie oznaczenia budżetowe, zarówno w dochodach jak i w rozchodach, wykonane zostały zgodnie z budżetem na rok 1899 przez Towarzystwo zatwierdzonym, z wyjątkiem małych różnic, wykazanych już na posiedzeniu administracyjnym Towarzystwa przez kol. Podskarbiego, co było przedmiotem oddzielnej na temże posiedzeniu dyskusji.

W końcu Komitet rewizyjny, postanowił zwrócić uwagę Komitetu Kasy Wsparcia, że akcja Banku Ziemskiego w Poznaniu, wartości 1000 marek, figuruje w księgach kasowych Kasy Wsparcia jako 400 rubli, tymczasem Bank Handlowy ocenił jej wartość tylko na rubli 300.

2) Komitet rewizyjny uprasza Zarząd Towarzystwa o uzupełnienie prowadzenia ksiąg buchalteryjnych, po zasięgnięciu opinii biegłych, odnośnie rachunku papierów procentowych, składanych do depozytów instytucji finansowych; 3) Komitet rewizyjny uważa za nieracjonalny dotychczasowy zwyczaj podpisywania przez Podskarbiego bilansów, Komitetowi rewizyjnemu przedstawianych.

Przewodniczący w Komitecie rewizyjnym (podpisano)

A. Rothe.

Członkowie Komitetu (podpisano)

Guranowski, Sadowski.

Działo się w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 7 Marca 1900 r. o godzinie 7 $\frac{1}{2}$ wieczorem.

Komitet rewizyjny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w dalszym ciągu swej pracy na poprzedzającym posiedzeniu w dniu 28 Lutego r. b. dopełnionej, przystąpił w dniu dzisiejszym, w myśl § 113 Regulaminu, do sprawdzenia inwentarzy własności ruchomej Towarzystwa Lekarskiego. Wszelka własność ruchoma Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z wyjątkiem biblioteki to jest dzieł, broszur, atlasów itp., które zostają pod najbliższą kontrolą Komitetu bibliotecznego, zapisana jest w 3-ch książkach sznurowych, należycie oparafowanych i opieczętowanych, które przy rewizjach w latach ubiegłych przez Komitet rewizyjny były poświadczane.

Rezultat dopełnionej w dniu dzisiejszym rewizji inwentarzy według wyżej wymienionych 3-ch książek, jest następujący:

Co do inwentarza głównego własności ruchomej Towarzystwa i oddzielnej książki materiałów oraz przedmiotów przedszemu ulegających zniszczeniu.

Komitet rewizyjny znalazł wszystkie przedmioty zapisane w tymże inwentarzu i książce materiałów na właściwych miejscach w lokalach Towarzystwa. Komitet ponawia wnioski w poprzednich protokółach w latach ubiegłych przez Komitety rewizyjne zamieszczany: aby kilkanaście szaf bibliotecznych, ustawionych w lokalu na 2-iem piętrze, zostały opatrzone numerami porządkowymi, choćby nie metalowymi dla uniknięcia znacznego kosztu, lecz innymi np. papierowymi wypukłem, które są bardzo tanie.

Co do inwentarza własności ruchomej Pracowni Towarzystwa.

Komitet rewizyjny znalazł wszystkie przedmioty zapisane w tymże inwentarzu po koniec roku 1898, jakniemniej nabyte lub otrzymane w darze w r. 1899, na właściwych miejscach w lokalu pracowni.

Przewodniczący w Komitecie rewizyjnym (podpisano)

A. Rothe.

Członkowie Komitetu (podpisano):

Guranowski, Sadowski.

Za zgodność kopii 2-ch protokółów

Sekretarz Stały Towarzystwa: *D-r Brodowski.*

16.

SPRAWOZDANIE

z czynności naukowych Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za rok 1899.

Na początku roku 1899, a 79 go swego istnienia Towarzystwo Lekarskie Warszawskie składało się z 14 członków honorowych, 198 członków czynnych (w tej liczbie 5 honorowych), 5 członków przybranych oraz 92 członków korespondentów. W ciągu roku sprawozdawczego niemiłościwa śmierć pozbawiła nas 3 Członków, a mianowicie: Członka honorowego, prof. Józefa MAJERA (z Krakowa), członka czynnego Jana BRAUNA i członka korespondenta Teofila REWOLIŃSKIEGO; nadto grono członków czynnych uszczuplone zostało o 2, wskutek wyjazdu na prowincję kol. MAJKOWSKIEGO i PUŁAWSKIEGO, natomiast powiększone o 10-ciu nowych, mianowicie grono członków czynnych powiększyli koledzy: Ignacy DĄBROWSKI, Edward FLATAU, Bolesław JAKIMIAK, Adam KARCZEWSKI, Bohdan KORYBUT-DASZKIEWICZ, Mieczysław KORZENIOWSKI, Wacław ŁAPIŃSKI, Stanisław ORŁOWSKI, Józef TCHÓRZNICKI, Karol ZALESKI i Włodzimierz POPIEL. Nadto grono członków czynnych powiększył kol. Tomasz FAYTT, dotychczasowy członek-korespondent, który ponownie osiedlił się w Warszawie. Grono członków korespondentów powiększyli kol. Ignacy STRZEMIŃSKI (z Wilna) oraz MAJKOWSKI i PUŁAWSKI. Z końcem przeto roku ubiegłego Towarzystwo nasze liczyło: 13 członków honorowych, 207 członków czynnych (w tej liczbie 5 honorowych), 5 członków przybranych oraz 93 członków korespondentów. Ogółem przeto cele naukowe Towarzystwa jednoczyły 313 osób.

Urzędnikami Towarzystwa byli: Prezesem Stanisław MARKIEWICZ, Wice-Prezesem Henryk NUSBAUM, Sekretarzem Stałym (po dawnemu) Prof. Włodzimierz BRODOWSKI, Sekretarzem dorocznym Józef WINIARSKI, Pomocnikiem Sekretarza dorocznego Augustyn ŁOGUCKI, Podskarbin Kołrad DOBRSKI, Bibliotekarzem Edward ZIELIŃSKI, Redaktorem Pamiętnika Władysław JANOWSKI, Zarządzającym Pracownią prof. Henryk HOYER. Członkami Zarządu Towarzystwa, prócz należących z urzędu, byli: Teodor BORYSSOWICZ, Wiktoryn KOSMOWSKI i Karol RYCHLIŃSKI.

Towarzystwo odbyło w ciągu roku 33 posiedzenia; z pośród tej liczby 2 posiedzenia były poświęcone wyborom (3 i 10 Stycz-

nia), 2 administracyi wewnętrznej (19 i 27 Grudnia), 1 dla przyznania nagrody z zapisu HELBICHA.

Na posiedzenia administracyjne uczęszczało przeciętnie 68 członków. Sprawom naukowym poświęcono 28 posiedzeń (17, 24 i 31 Stycznia, 7, 21 i 28 Lutego, 7, 21 i 28 Marca, 11, 18 i 25 Kwietnia, 2, 16 i 30 Maja, 6, 20 i 27 Czerwca, 5, 19 i 26 Września, 3, 17 i 31 Października, 7, 21 i 28 Listopada i 5 Grudnia). Na posiedzenia kliniczne uczęszczało przeciętnie 59 członków; najliczniejsze było posiedzenie dnia 7 Marca. (93 członków) najmniej liczne dnia 5 Września (23). Prócz tego w posiedzeniach uczestniczyło w ciągu roku ogółem 77 wprowadzonych gości.

Na posiedzeniach klinicznych miały miejsce 26 dłuższych odczytów i przemówień (w tej liczbie 2 przez nie-członków Towarzystwa) oraz 91 przedstawień chorych, preparatów i różnych przyrządów (w tej liczbie 8 przez nie członków). W przemówieniach zabierało głos nie licząc dyskutujących, 46 kolegów, z których 7 nie-członków Towarzystwa. W porównaniu zatem z rokiem poprzedzającym odczytów było o 9 mniej, a przedstawień chorych i różnych preparatów o 3 mniej.

Gdy lat ubiegłych stale najobficiej była reprezentowana chirurgia, to w roku sprawozdawczym najwięcej odczytów bo aż 7 poświęconych było neuropatologii, od tej przeto gałęzi medycyny rozpoczniemy przegląd działalności naukowej Towarzystwa.

Najwięcej ożywione rozprawy wywołał, bardzo starannie i krytycznie opracowany odczyt RYCHLIŃSKIEGO „Przyczyny powstawania bezwładu postępującego”; prelegent, nie odmawiając syfilisowi pewnego wpływu na powstawanie omawianego cierpienia, sądzi, że muszą odgrywać też pewną rolę i inne czynniki, jak nadużycia wyskokowe, nadmierna praca umysłowa, częste wstrząśnienia moralne lub uraz.

Również ożywione bardzo rozprawy wywołał odczyt WISŁOCKIEGO p. t.: „Przyczynek do nauki o padaczce i jej leczeniu“ w którym to odczycie prelegent wygłasza zdanie, że najdzielniejszą bronią w walce z padaczką jest dyeta mleczna i preparaty bromowe. Żywe zainteresowanie wzbudzili również swymi odczytami dotyczącymi zjawisk źrenicowych, MIKLASZEWSKI i PILTZ (z Lozanny). Pierwszy w odczycie p. t.: „O zmiennej nierówności źrenic (*Mydrasis alternans*) dochodzi do wniosku, że objaw ten jest zjawiskiem dość częstym i że zdarza się nie tylko w chorobach nerwowych i wewnętrznych, lecz i u ludzi całkiem zdrowych.

Drugi prelegent opisał spostrzeżone przez siebie nowe zjawiska źrenicowe. Wreszcie zaznaczyć nam wypada, bardzo starannie opracowany i poparty przedstawieniem preparatów makro- i mikroskopowych, odczyt Stanisława KOPCZYŃSKIEGO p. t.: „Przy-

czynek do symptomatologii i anatomii patologicznej syfilisu mózgu oraz kilka słów o t. zw. *Pseudoparalysis lueticus*."

Przedstawień chorych z cierpieniami nerwowymi było 11.

Ożywione rozprawy wywołała przedstawiona przez MIKLASZEWSKIEGO chora, dotknięta niezwykle postacią porażenia opuszkowego. Również interesujące przypadki zawdzięczamy: DYDŃSKIEMU 2 przypadki porażenia mózgowego dziecięcego, przypadek porażenia kilku nerwów czaszkowych, BREGMANOWI—przypadek porażenia nerwów okoruchowego i błęzkowego, wskutek ograniczonego pęknięcia czaszki i następczego krwotoku, KOZERSKIEMU—przedstawienie chorego z przypuszczalną syringomyelią. Przedstawienie chorych z zanikiem mięśni zawdzięczamy RYCHLIŃSKIEMU oraz BREGMANOWI. Wreszcie na poparcie twierdzenia, że w etiologii władu rdzenia i paraliżu postępującego, syfilis ważną bardzo odgrywa rolę, przedstawili: CIĄGLIŃSKI Adam chłopca 13-letniego dotkniętego paraliżem postępującym, a DYDŃSKI 20 letnią pannę, dotkniętą tem samym cierpieniem i dziecko, dotknięte władem rdzenia; u wszystkich 3 pacjentów choroba rozwinęła się na tle syfilisu dziedzicznego

Logopatia miała swego przedstawiciela w osobie OLTUSZEWSKIEGO, który wygłosił odczyt p. t.: „Niedorozwój psychiczny i stosunek jego do różnych kategorii zbroczeń mowy“.

W dziale medycyny wewnętrznej wygłoszono 4 odczyty i miały miejsce 4 przedstawienia chorych. Niezmiernej wagi sprawę poruszył SOKOŁOWSKI w odczycie p. t.: „Alkohol w etiologii i terapii chorób oddechowych“. Prelegent odmawia alkoholowi racji istnienia w terapii i nawołuje do energicznej walki z alkoholizmem.

Odczyt ten wywołał żywą dyskusję, w której przyjmowali udział: Prof. BARANOWSKI, Wice-Prezes NUSBAUM, REJCHMAN, DĄBROWSKI Witosław, ŻURAKOWSKI Aleksander, DOBRSKI, BRONOWSKI, JAKOWSKI, KORNIŁOWICZ i FREUDENSON, już to odmawiając alkoholowi wszelkiego wpływu dodatniego w leczeniu, już to stając w jego obronie. Ożywioną również dyskusję wywołał odczyt CIĄGLIŃSKIEGO Kazimierza p. t.: „O grypie przewlekłej“ powołując w szranki dyskusji: SEKRETARZA STAŁEGO, MIKLASZEWSKIEGO, WINIARSKIEGO, RĘMBIELIŃSKIEGO i GROSGLIKA. W odczycie swym o chorobie ADDISON'a przedstawił MIKLASZEWSKI z racji klinicznie spostrzeganego i anatomiczno-patologicznie zbadanego oddzielnego przydatku, obecny stan nauki o tem tak rzadkiem cierpieniu.

Przypadki kazuistyczne przedstawili: SOKOŁOWSKI—chorego chińczyka z bardzo ciężką postacią anemii, spowodowanej przez tęgoryjca dwunastnicy (*anthylostomum duodenale*), WINIARSKI zaś chorego z tętniakiem aorty piersiowej oraz chorego, u którego brak było tętna w całej górnej połowie ciała.

Dział p e d y a t r y i nie znalazł w roku sprawozdawczym żadnego przedstawiciela.

Z m e d y c y n y z e w n ę t r z n e j pierwsze miejsce jak zawsze zajmowała c h i r u r g i a. Wygłoszono z tej dziedziny wiedzy lekarskiej 5 odczytów oraz przedstawiono 20 chorych.

W odczycie p. t.: „Korzyści szwu kostnego przy złamaniu rzepki“ zachwala STANKIEWICZ tę metodę, która, zdaniem jego opar-tem na 12 odnośnych przypadkach, posiada niezaprzeczo ią wyższość pod każdym względem nad sposobami dotychczas używanymi. Odczyt swój poparł STANKIEWICZ przedstawieniem chorego, wyleczonego tą metodą. Prawo obywatelstwa w chirurgii stara się zjednać metodzie BOTTINI'ego GROSGLIK w odczycie p. t.: „Wypalanie galwaniczne przerostu gruczołu krokowego sposobem BOTTINI'ego“ i odczyt swój uzupełnia przedstawieniem przyrządu, służącego do omawianego zabiegu, objaśniając sposób jego użycia.

Z wyczerpującymi monografiami wystąpił GABSZEWICZ w odczytach, z których pierwszy nosił tytuł: „O kamieniach gruczołu krokowego“; drugi zaś: „*Exophthalmus pulsans (Aneurysma arteriae ophthalmicae)*“. Nowy sposób operowania wPOCHWIONEGO jelita proponuje ODERLELD w odczycie p. t.: „W sprawie operacyjnego leczenia wPOCHWIONIA jelit. Przyczynek do techniki operacyjnej“. Myśl do tej operacji zapożyczył prelegent od ś. p. MATLAKOWSKIEGO. Polega ona na rezeceyi tylko szyi wPOCHWIONIA na wzór rezeceyi odźwiernika według metody KOCHER'a. Jelito wPOCHWIONE, przy tej metodzie poprzecznie przecięte, wychodzi samo przez odbyt. Pozostałe odcinki jelita oLProwadzającego i odprowadzonego łączy się zapomocą szwu cyrkularnego, lub bocznej anastomozy. Prelegent operował raz tą metodą, przekonawszy się o niebezpieczeństwie metody BARKIER-RYDYGIERA. Niezmiernie ciekawy przypadek przedstawił SOŁOWIEJCZYK, a mianowicie „Przypadek otwartego złamania czaszki z wylewem krwawym do substancyi mózgowej“, a badanie przez STEINHAUSA skrawków z kawałków mózgu, wyciętego przez SOŁOWIEJCZYKA, i wyniki tegoż badania, wywołały ożywioną dyskusyę. STEINHAUS mianowicie spostrzegł na preparatach mózgu figury karyokinetyczne i jest zdania, że miał do czynienia z komórkami nerwowymi. CIĄGLIŃSKI komórki te uważał za komórki neuroglii.

Z krótszych przemówień zaznamy przemówienie Bronisława SAWICKIEGO: „W sprawie wypełniania braków kostnych zapomocą plastyki SCHULTEN'a“, poparte przedstawieniem chorej, leczonej proponowaną przez prelegenta metodą; dalej przedstawienie przez ŁAPIŃSKIEGO chorej ze stopą końsko-szpatawą, z pomyślnym wynikiem leczenia; przemówienie poparte było przedstawieniem odnośnych odlewów gipsowych. Również zasługuje na zaznaczenie przedstawienie przez Bronisława SAWICKIEGO i ŁAPIŃSKIEGO

chorej po wykonanej laminiektomii z powodu gruźlicy kręgow; wynik operacji był nadzwyczaj pomyślny. Wreszcie wymienić należy: przedstawienie przez GROSGLIKA chorego po operacji wycięcia torbieli, umiejscowionej w wylocie pęcherzowym moczowodu, KRAUZEGO—przedstawienie chorego, któremu usunięto nowotwór (*papiloma*) pęcherza moczowego, tegoż przedstawienie chorego po operacji przepukliny (*par ylisement*). ŚMIECHOWSKIEMU zawdzięczamy przedstawienie dziecka 4 miesięcznego, któremu przed 5 tygodniami wyluszczone meningocele na plecach.

Chorych operowanych z powodu niedrożności jelit, przedstawili KRAUZE i KRAJEWSKI, ten ostatni nadto chorą operowaną z powodu dobrotliwego guza podstawy języka. Chorego po trepanacji wykonanej pomyślnie z powodu padaczki, pochodzenia urazowego, przedstawił SZTEYNER; ciekawsze przypadki kazuistyczne zawdzięczamy nadto: JAKIMIAKOWI, który przedstawił chorego z naczyńniakiem kędzierzastym na twarzy (*Angioma cyrsoides*), KORZENIOWSKIEMU, który przedstawił chorego z guzem mostka (*Osteosarcoma sterni*) oraz KRAUZEMU—przedstawienie 16 letniej panny z ogromnym przerostem sutek. Z tego krótkiego zestawienia widzimy, że chirurgowie występowali w Towarzystwie zarówno z własnymi projektami zabiegów chirurgicznych, jak też starali się przedstawiać modyfikacje już dokonywanych operacji; nadto przedstawiali chorych operowanych z pomyślnym skutkiem, lub też chorych z rzadszemi a ciekawszemi cierpieniami, wobec których jednak sztuka lekarska okazywała się bezsilną.

O t y a t r y a miała przedstawiciela w osobie HEJMANA, który odczytem swym p. t.: „O zapaleniu pierwotnem wyrostka sutkowego“ wywołał ożywioną dyskusję, przyjmowali w niej udział: GURANOWSKI, SZUMLAŃSKI, MEYERSON i LUBLINER.

Z dziedziny o k u l i s t y k i wygłoszono 2 odczyty; jeden wygłosił STEINHAUS p. t.: „O glejaku siatkówki“ i poparł go przedstawieniem starannie wykonanych preparatów oraz mikrografii, drugi odczyt wygłosił CETNAROWICZ p. t.: „Kilka uwag z powodu pobytu ruchomego oddziału okulistycznego w Suchedniowie“. Prelegent uznaje pożytek ruchomych oddziałów okulistycznych i dla tego doradza przeniesienie na nasz grunt, podobnych oddziałów. Odczyt ten dał powód do obszernej dyskusji, w której przyjmowali udział: KAMOCKI, GEPNER (syn), STEINHAUS i RYCHLIŃSKI, już to odmawiając oddziałom takim racji bytu, już to uważając je za przynoszące zbyt mały pożytek, by je popierać.

Z dziedziny l a r y n g o l o g i i wygłoszono również jeden tylko odczyt, a mianowicie: SĘDZIAK przytoczył wyniki badań krtani w wiązanie rdzenia. Kazuistyka laryngologiczna znalazła też jednego tylko przedstawiciela, mianowicie LUBLINERA, który przedstawił chorego z promienicą krtani.

Z dziedziny akuszerji i ginekologii nie miały miejsca ani odczyty, ani przedstawienia chorych.

Z działu chorób skórnych i wenerycznych miały miejsce tylko 1 odczyt, mianowicie KORYBUT-DASZKIEWICZA, który przedstawił starannie opracowaną monografię o „*Atriciha universalis acquisita*“. Przedstawień chorych było 10. Zawdzięczamy je KOZERSKIEMU, który przedstawił 2 chorych z *favus herpeticus*, chorą z licznymi brodawkami, nadto 2 chore z rakiem skóry nosa, pomyślnie leczone zapomocą pendzlowań z rozczynu PEARSON'a, dalej SACHSOWI, który przedstawił chorego, dotkniętego trądem; MIKLASZEWSKIEMU, który przedstawił chorego z licznymi włókniakami mięczakowymi na skórze (*fibroma molluscum multiplex*). Nadto przedstawił ciekawe przypadki REMBIELIŃSKI: chorego z mięsakiem skóry oraz chorego z bardzo rozległym parchem.

Zaburzenia rozwojowe przedstawiał przeważnie NEUGEBAUER, a mianowicie okazywał 2 osobniki, dotknięte wrzeczkiem obojnactwem, nadto objaśniał przypadek tegoż rodzaju, przedstawiony przez KURTZA, wreszcie wygłosił odczyt p. t.: „Pomyłki w określeniu płci, ujawnione na drodze operacyjnej.“ Operacje dokonane u wrzeczonych obojnaków oraz osobników płci wątpliwej, odczyt poparty przedstawieniem licznych rysunków oraz fotografii. Nadto przedstawił tenże 2 chłopców z wrodzoną lipomatosi, a SKOWROŃSKI chłopca 9 letniego, pozbawionego zębów.

Roentgenografia znalazła swego przedstawiciela w osobie Mikołaja BRUNNERA, który zaznajomił Towarzystwo z nowym, a pomyślanym przez siebie, sposobem diagrafowania za pomocą promieni ROENTGEN'a, który to sposób pozwala otrzymywać fotografie nie odwrotne, lecz takie, że prawa ręka wychodzi na fotografii jako prawa, lewa zaś—jako lewa. Fotogramy chorych, otrzymane za pomocą promieni ROENTGEN'a, pokazywali na posiedzeniach: LUBLINER—roentgenogram górnej części tułowia dziecka, które połknęło monetę kopiejkową, i WINIARSKI—roentgenogramy chorych, dotkniętych tętniakiem łuku aorty oraz tętniakiem aorty piersiowej.

Bardzo chętnie przedstawiali też koledzy ulepszone instrumenty własnego pomysłu, lub też takie, których skuteczność w różnych cierpieniach sami wypróbowali. I tak przedstawił ŁAPIŃSKI przyrząd, służący do leczenia przykurczeń powstałych w stawach kołanowych na tle gruźlicy, HONOWSKI—ulepszony przyrząd własnego pomysłu do tamponowania macicy, a GROSLIK przyrząd służący do wypalania przerosłego gruczołu krokowego sposobem BOTTINI'ego.

Wreszcie nie tylko nie leżał odlegiem dział medycyny teoretycznej, ale nawet stwierdzić musimy, jak i lat poprzednich żywe interesowanie się kolegów patologią ogólną,

a zwłaszcza anatomią patologiczną. W pierwszej linii musimy wspomnieć o odczycie CIĄGLIŃSKIEGO Adama p. t.: „Z patologii komórki nerwowej“. Badania swe przeprowadzał prelegent na 24 mózgach osobników, zmarłych na różne cierpienia, barwił zaś głównie metodą NISSE'a, zmodyfikowaną przez LENHOSSEK'a. W dyskusji udział przyjmowali: Prof. PRZEWOSKI, FLATAU i RYCHLIŃSKI. Odczyt poparty był przedstawieniem licznych preparatów drobnowidzowych oraz tablic schematycznych. W dłuższym przemówieniu, popartem również przedstawieniem preparatów drobnowidzowych, przedstawił STEINHAUS odczyt p. t.: „Przyczynki do kazuistyki nowotworów złośliwych, powstających z nabłonka kosmków“. Nadto tenże prelegent przytoczył: przypadek *myxomae mangiomatis hypertrophici cordis*, oraz okazał preparaty drobnowidzowe z tego przypadku, zarówno jak i z przypadku mięsaka błony maziowej stawu kolanowego. Ogółem przedstawiono na posiedzeniach 29 preparatów anatomo-patologicznych. Stanowi to zasługę głównie chirurgów, którzy każdy rzadszy preparat okazywali na posiedzeniach. Największe uznanie za to należy się STANKIEWICZOWI, który przedstawił 11 okazów anatomo-patologicznych, przeważnie kamieni pęcherza moczowego, następnie nerki dotkniętej rakiem, raka pęcherza moczowego, mięsaka jądra, gruźlicy przyjądrza, wola, wyluszczonej błony pochwowej wraz z jądrem w stanie rudymenarnym oraz kości śródstopia z przypadku *mali perforantis pedis*. NEUGEBAUER przedstawił 4 preparaty nowotworów (mięśniaków i włókniaków) macicy oraz więzu szerokiego, ORZEŁ preparat mięsaka nerki, LUXENBURG—preparat tętniaka tętnicy podłędźwiowej wspólnej, SOKOŁOWSKI okazał tęgoryjca dwunastnicy (*anchylostomum duodenale*), MINKIEWICZ Kajetan—preparat torbieli skórzakowej jajuika, wyciętej u dziewczynki 10-letniej, wreszcie CIECHOMSKI—okaz krtani po częściowem wycięciu wola.

Przegląd naukowej działalności Towarzystwa w roku zeszłym zakończymy zaznaczeniem, że na konkursie imienia D-ra HELBICHA nagrodzoną została praca studenta V kursu medycyny uniwersytetu warszawskiego Bronisława Bartkiewicza, nosząca tytuł: „Historja Akademii medyko-chirurgicznej i wydziału lekarskiego Szkoły Głównej w Warszawie“.

Jeżeli teraz porównamy streszczoną powyżej działalność naukową Towarzystwa z taką działalnością lat poprzedzających, to musimy stwierdzić fakt, że była ona w roku sprawozdawczym nieco mniej owocną.

Toż samo jednak zauważyć można nawet u tych społeczeństw, które posiadają liczne uniwersytety i bardzo w środki pieniężne zasobne pracownie. Nie pozostaliśmy jednak w tyle, lecz według

sił i możliwości, jako naród żyjący, wraz z żyjącymi podążaliśmy naprzód, biorąc żywy udział w ogólnym ruchu naukowym.

Ustępując dzisiaj z urzędu, łaskawie na mnie przez Szanownych Panów włożonego, żywię to niezłomne przekonanie, że moim następcom sądzonem będzie zaznaczanie coraz to większego rozwoju naszego Towarzystwa, że Towarzystwo, jak dotychczas, tak i nadal, będzie się starać, by nauka ojczysta szerokiem płynęła korytem, aby tym sposobem ta sala, w której wiszą portrety tyłu zasłużonych dla nauki mężów i w której w imię tejże nauki tyłu, już dziś, niestety, nieżyjących członków, głos zabierało,— i nadal była świadkiem coraz to owocniejszej pracy na polu naukowym, świadkiem naszej żywotności. Wierzę, że Towarzystwo stworzy z biegiem czasu, dzięki rozbudzonej ofiarności swych członków, pracownię, bogato uposażoną w środki materyalne, że popierać będzie wszelką pracę naukową, że garnąć będzie do siebie młodych a chętnych pracowników, wierzę, że taż sama ofiarnność członków przyczyniać się będzie do rozwoju naszych wydawnictw naukowych i do zaopatrywania naszej biblioteki w plody myśli ludzkiej. Ja w to wierzę!

w Warszawie, dnia 2 Stycznia 1900 r.

Sekretarz doroczny *J. Winiarski.*

17.

Sprawozdanie Bibliotekarza za rok 1899.

Biblioteka Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu sprawozdania 19 Grudnia 1899 r. posiada:

1. Dzieł, broszur i odbić osobnych w księdze repozytaryjalnej zapisanych	20580
2. Foliatów	325
3. Dzieł w szafie Placzkowskiego	117
4. Słowników w szafie Płaskowskiego	64
5. Rękopismów	84
Ogółem dzieł 21160	

W porównaniu z rokiem zeszłym przybyło:

1. W księdze repozytaryjalnej numerów	1029
2. „ foliatów	11
3. W szafach Placzkowskiego i Płaskowskiego	—

Ogółem 1040

Prócz tego przybyło: duplikatów	246
i dzieł niekompletnych	4
	<hr/>
	250
Spisano 1) do katalogu abecadłowego kartek	1040
3) „ rzeczowego „	1040
3) „ polonica „	267
	<hr/>
	Ogółem 2347

W roku sprawozdawczym 1899 zasilili bibliotekę swymi darami głównie koledzy: prof. TYRCHOWSKI, ROTHÉ, NEUGEBAUER, HEINRICH, WOLBERG oraz wdowa po kol. Topolskim, tudzież Akad. Umiejętności w Krakowie i Med. Chirur. w Petersburgu.

Zakupiono dzieł 12

Wypożyczono dzieł 100

Czasopism prenumerowano 42, a mianowicie:

1. Archives gónérales de Médécine.
2. Archiv für Psychiatrie.
3. „ „ Augenheilkunde.
4. „ „ Dermat. u. Syphilis
5. „ „ patolog. Anatomie.
6. „ „ Gynaekologie.
7. „ „ experim. Pathologie.
8. „ „ de médécine experim.
9. Annales d'hygiène.
10. L'Antropologie.
11. American Journal.
12. Revue de Chirurgie.
13. „ „ Médécine.
14. „ „ Scientifique.
15. The Lancet.
16. Schmidt's Jahrbücher.
17. Vierteljahrsschrift für öffent. Gesundheitspflege.
18. Jahrbuch für Kinderheilkunde.
19. Berliner Klin. Wochenschrift.
20. Wiener „ „
21. Deutsche Medic. „
22. Münch. „ „
23. Deutsche Zeitsch. für. klin. Med.
24. „ Archiv. „ „ „
25. Zeitsch. für Ohrenheilkunde.
26. Britische Medical Journal.
27. La Semaine Médicale.
28. Fortschritte auf d. Geb. d. Roentgenstrahlen.
29. Jahresbericht über Fortsch. d. Geburtshilfe und Gynaekol.
30. Mittheilungen aus d. Grenzgebiete d. Med. u. Chirurg.

31. Przegląd Lekarski.
32. Nowiny Lekarskie.
33. Gazeta Lekarska.
34. Medycyna.
35. Kronika Lekarska.
36. Krytyka „
37. Przegląd higieniczny.
38. Zdrowie.
39. Kosmos.
40. Wszechświat.
41. Wisła.
42. Pamiętnik fizyograficzny.

Na potrzeby biblioteki przeznaczono w roku ubiegłym rubli 1100. Z tego wydatkowano:

1) Na czasopisma	Rb.	681 k.	72
2) Na książki	„	104 „	83
3) Na kartki katalogowe	„	80 „	—
4) Na pomoc	„	136 „	—
5) Na pudełka do katalogu	„	8 „	—
6) Na przewóz księgozbiorów ofiarowanych „	„	6 „	81

Razem Rb. 1017 k. 36

Czyli pozostało remanentu	Rb.	82 k.	64
Że zaś w roku 1898 przekroczone budżet o „	„	423 „	58
Przeto na rok 1900 przekroczenie wyniesie „	„	340 „	94

Przekroczenie to Bibliotekarz ma nadzieję pokryć w roku 1900 przez zaprowadzenie oszczędności na płacy pomocnika, oprawie książek i ich zakupie. Planu wszakże prowadzenia biblioteki zmieniać nie ma zamiaru. Czasopisma dotąd przenieśmowane pozostawione będą i nadal, z książek te tylko będą nabywane dla biblioteki, które stanowiąc monograficznie opracowane dzieła, nie są dostępne pojedynczym członkom, tudzież nabywane będą wszelkie dzieła lekarskie w języku polskim wydawane, o ile autorowie ich sami nie nadeszłą do biblioteki Towarzystwa.

w Warszawie, dnia 19 Grudnia 1899 r.

Bibliotekarz *E. Zieliński.*

18.

Wydawnictwo „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“.

Jak i w roku ubiegłym „Pamiętnik“ redagował i wydawał członek czynny Towarzystwa Władysław JANOWSKI, przyczem odbi-
jano go w ilości 550 egzemplarzy w drukarni K. Kowalewskiego,
z tablic zaś 2 litografowane zrobił zakład litograficzny Wł. Głó-
wczewskiego, 2 również litografowane nabyto po zniżonej cenie
(z powodu jednoczesnego druku odnośnej pracy i po niemiecku)
w zakładzie Alb. Schütze w Berlinie, 3 zaś tablice wykonał sposo-
bem fototypicznym zakład Wierzbickiego w Warszawie. Nadto
zakład Kasprzykiewicza dostarczył 68 cynkotypów.

Ogółem „Pamiętnik“ zawierał w roku 1899-ym 90 arkuszy
druku, 7 tablic litografowanych i 68 cynkotypów. Z tych 69 ar-
kuszy druku obejmował sam „Pamiętnik“, a 21 arkuszy druku
burgosem „Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego“.

Cz ę ś ć u r z ę d o w a „Pamiętnika“ zawierała protokoły
Towarzystwa od 20 Grudnia 1898 do 29 Grudnia 1899 roku,
sprawozdanie roczne z czynności Towarzystwa w zeszycie II-im
oraz ogłoszenia Zarządu Towarzystwa, jego komisji konkursowych
i Zarządu Kasy Wsparcia.

Cz ę ś ć l i t e r a c k a zawierała w roku sprawozdawczym
„Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1898“ w ze-
szycie II-im, a nadto 14 prac naukowych treści rozmaitej. Z nich
tylko 3 prace napisane zostały przez członków czynnych Towa-
rzystwa, pozostałe zaś 10 napisali nieczłonkowie Towarzystwa,
z których aż 5 prac wyszło z pod pióra Galicyan.

Tytuły tych prac są następujące:

Karol BRUDZEWSKI. Przyczynek do histologii ran rogówko-
wych, powikłanych opadnięciem ciała szklanego (z tablicą I-ą).

Henryk LANDAU. Badania porównawcze nad metodami ozna-
czania tłuszczu, wody oraz ciężaru gatunkowego mleka.

Władysław KOHLBERGER. Sprawozdanie oddziału mężczyzn
krajowego galicyjskiego zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie,
obok Lwowa, za r. 1897.

Roman BARĄCZ. Przyczynek doświadczalny do sprawy cał-
kowitego wykluczenia jelita z całkowitem zamknięciem wyklucz-
nej pętli; zarazem przyczynek do osiowego łączenia jelita (z ta-
blicą II i III).

Aleksander ŻURAKOWSKI. Bakterye wody wodociągowej w
Warszawie (dokończenie).

Stanisław SERKOWSKI. O budowie kolonii bakteryjnych (z tablicami IV, V i VI).

Antoni HOZOWIŃSKI. O mikrofonicznym badaniu fal, pulsu i serca (z tablicą VII-a).

Władysław KOHLBERGER. Sprawozdanie liczbowe z oddziału mężczyzn zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie za r. 1896, 1897 i 1898.

Władysław KOHLBERGER. O zasadniczych, t. j. typowych postaciach chorób umysłowych pojedynczych, złożonych i powikłanych.

Ludwik BREGMAN. W kwestyi rozszanego zapalenia nerwów obwodowych.

Władysław MORACZEWSKI. Przyczynek do teorii gorączki.

Franciszek NEUGEBAUER. Pomyłki w określeniu płci, ujawnione drogą operacyjną (z 68 cynkotypami).

Franciszek NEUGEBAUER. Rzadkie spostrzeżenie torbieli macicznej, usuniętej na drodze amputacji macicy przy pomocy cięcia brzuszego.

Franciszek NEUGEBAUER. Czy całość worka owodnej jest niezbędną dla dalszego rozwoju płodu po pęknięciu komórki i ściany legowiska płodu, lub nie?

W opracowaniu „Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego“, redagowanego w myśl ustawy, przez redaktora „Pamiętnika“ przyjmowało udział 24 członków Towarzystwa i 5 nieczłonków, a mianowicie z pierwszych: W. RRUNNER, S. BRONOWSKI, K. CHEŁCHOWSKI, A. CIECHOMSKI, H. DOBRZYCKI, W. DĄBROWSKI, Fr. GEDROYĆ, J. GRABOWSKI, B. R. GEPNER (syn), M. JAKOWSKI, W. JANOWSKI, St. KAMIENSKI, W. KOPYTOWSKI, J. PIOTROWSKI, J. PRUSZYŃSKI, A. PUŁAWSKI, J. RAUM, B. SAWICKI, W. SZTEYNER, W. SZUMLAŃSKI, W. ŚWIĄTECKI, K. ZALESKI, E. W. ZIELIŃSKI, M. ZWEIGBAUM; z drugich zaś: T. KORZON, J. LANDSTEIN, W. MĘCZKOWSKI, R. RADZIWIŁŁOWICZ i St. ZABOROWSKI.—„Przegląd“ ten obejmuje ogółem 651 referatów. Wydrukowany został z opuszczeniem odstępów pomiędzy oddzielnymi tytułami, co dało około 50 rubli oszczędności na kosztach jego druku. Te ostatnie wyniosły rb. 409 kol. 65. Ponieważ jednak kol. Wł. JANOWSKI, jako redaktor „Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego“ uzyskał od kasy imienia Mianowskiego na swoje imię rb. 300, jako zapomogę na kosztą druku rzeczzonego „Przeglądu piśmiennictwa“ zacerpnął więc z sum Pamiętnika tylko rb. 104 kop. 65 na pokrycie tej pozycji.

Ogół wydatków na prowadzenie „Pamiętnika“ wyniósł w roku sprawozdawczym rb. 2084 k. 63 z których, jak powyżej zaznaczono, rb. 104 k. 65 na „Przegląd piśmiennictwa“ a rb. 1979 k. 98 za druk 4-ch zeszytów „Pamiętnika“ 7 tablic litografowanych, 68 cynkotypów, kosztą ekspedycyi krajowej i zagranicznej oraz pensyę redaktora.

Z powodu powiększenia ilości odbijanych egzemplarzy „Pamiętnika“ w roku sprawozdawczym o 50, z powodu braku pracy konkursowej imienia KOCZOROWSKIEGO, zasilającej zwykle fundusze „Pamiętnika“ o sumę kilkuset rubli rocznie, a nadto z powodu znacznych kosztów tablic litografowanych, zrobiono w tym roku przekroczenie budżetowe, o Rb. 384 k. 63, które z decyzji Towarzystwa pokryto z budżetu na r. 1900.

Forma „Pamiętnika“ i rodzaj używanych w nim czcionek pozostały bez zmiany.

W chwili obecnej „Pamiętnik“ rozchodzi się w ilości 433 egzemplarzy. Z nich 289 egzemplarzy bezpłatnie, a mianowicie 204 dla członków czynnych Towarzystwa, 85 zaś na zamianę z rozmaitemi pismami, nadsyłanymi do Biblioteki Towarzystwa, oraz dla różnych Towarzystw naukowych, akademii i bibliotek. Pozostałą ilość 144 egzemplarzy otrzymują prenumeratowie płatni. W roku bieżącym przybyło nowych prenumeratów 6 (wszyscy z prowincyi). Ponieważ jednak 1 prenumerator ubył, 2 zmarło, 1 został członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego, ztąd więc ogólna ilość prenumeratorów płatnych powiększyła się w porównaniu z zeszłorocznem, o 2-ch ze 142 na 144-ch. Faktycznie zaś od czasu prowadzenia przezemnie „Pamiętnika“ ilość jego prenumeratorów płatnych powiększyła się o 42-ch.

Prowadzenie „Pamiętnika“ w chwili obecnej jest rzeczą trudną. Warunki bowiem złożyły się tak, że produkcya prac pomiernych, archiwalnych u nas uległa zmniejszeniu. Utrzymanie jednak „Pamiętnika“ na wysokości pisma archiwalnego jest jednym z najważniejszych zadań Towarzystwa. Wynika ztąd konieczność usilnego starania się o prace polskie z innych ognisk, posiadających wyższe zakłady naukowe. W tę stronę skierowałem całe swoje usiłowania i dla tego też otrzymałem z Galicji 5 prac naukowych. Ale we wszystkich tego rodzaju staraniach redakcyja „Pamiętnika“ krępowaną jest w wysokim stopniu swoim nader ograniczonym budżetem. Przy dzisiejszych wymaganiach, cenniejsze z prac teoretycznych wymagają znacznego nakładu na tablice i rysunki. Na to zaś fundusze „Pamiętnika“ wystarczają tylko w stopniu do kłiwie ograniczonym. Jeżeli niedogodność ta nie zostanie usunięta, to staranie się o lepsze prace będzie wkrótce bardzo trudnem, a przez to i utrzymanie „Pamiętnika“ na właściwym stanowisku niemożliwem. Jeżeli dodamy do tego, że redaktor tak dużego, jak „Pamiętnik“, wydawnictwa nie ma wcale płatnego korektora i że jest on zmuszonym żądać stale bezpłatnej pracy od szeregu kolegów koło „Przeglądu piśmiennictwa“ również z powodu braku funduszy, to stanie się chyba jasnem, że znaczne powiększenie budżetu „Pamiętnika“ jest rzeczą palącą. Zrozumiał to Zarząd Towarzystwa i ułożył w tym roku nader pracow-

cie budżet na r. 1900. Dzięki temu, udało się „Pamiętnikowi“ uzyskać na rok 1900 Rb. 2000, zamiast dotychczasowych 1700. Jest to jednak suma jeszcze za mała na potrzeby „Pamiętnika“, jeżeli niema korzystać z żadnej innej pomocy i ma stać nadal na należytej wysokości. Wierzę, że w niedalekiej przyszłości trudność zostanie usunięta. Wymaga tego honor Towarzystwa, którego „Pamiętnik“ jest zewnętrzną reprezentacją.

W. Janowski.

19.

Sprawozdanie o pracach naukowych w Pracowni Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prowadzonych i dokonanych i wydatkach na Pracownię poszynionych w ciągu roku 1899.

(Regul. § 89, Lit. G, punkt 19.

W r. 1899 zajmowali się w pracowni Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego:

SZLEIFSTEIN badaniami gruczołów krtani i badaniem robaków *Anchylostomum duodenale*, znalezionych u chorego chińczyka.

LUXENBURG badaniami mikroskopowymi patologicznych zmian układu nerwowego.

BERNARD badał pasorzytnicze choroby skórne.

DYDYNŃSKI przygotowywał preparaty mikroskopowe z układu nerwowego.

FLATAU i SAWICKI dokonywali licznych wiwisekcyi na królikach, zszywaniem: nerwów przeciętych.

KWIETNIEWSKI, przyrodnik, badał budowę niektórych bezkręgowych zwierząt morskich.

HOYER, zarządzający pracownią, zajmował się przyrządzaniem preparatów z układu nerwowego i kostnego.

PRUSZYŃSKI dokonywał badań nad zakończeniami nerwów.

Wydatki na Pracownię Towarz. Lekarskiego w r. 1899 były następujące:

1. Paulowi za roboty asfaltowe w suterenie, dla zwierząt, przeznaczonych do doświadczeń pracowni . . . Rb. 35 k. 80

2. Za różne przedmioty, jako to: odczynniki, narzędzia, materiały do doświadczeń

oraz żywienie zwierząt „ 194 „ 74
do przeniesienia Rb. 230 k. 54

	z przeniesienia	Rb. 230 k. 54
3.	Opał lokalu pracowni	„ 49 „ —
4.	Ubezpieczenie ruchomości Pracowni od pożaru	„ 5 „ 24
5.	Służącemu Pracowni płaca roczna .	„ 180 „ —
6.	Nadto pracownia spłaciła w r. 1899 pożyczkę zaciągniętą w r. 1899 z funduszu re- zerwowego domu Tow. Lek. Warsz przy ulicy Niecałej na kosztą przeniesienia i urządzenia Pracowni w nowym lokalu	„ 400 „ —
	Ogółem wydatkowano	Rb. 864 k. 78

Pracownia otrzymała w r. 1899 w darze od D-ra FLATAU następujące dzieła: FLATAU und JACOBSONH: Handbuch der Anatomie des Centralnervensystems der Säugethiere. Berlin 1899 oraz E. FLATAU. Atlas des menschlichen Gehirns und des Faserverlaufs. Berlin 1899.

Warszawa, dnia 31 Maja 1900 r.

Dr. Hoyer.

20.

Sprawozdanie z czynności komitetu bibliotecznego za r. 1899.

Komitet biblioteczny:

1) W dniu 30 Czerwca sprawdzał na wrywki czy N-ra katalogu repozytoryalnego mają odpowiednie kartki w katalogu kartkowym i czy odpowiadające kartkom egzemplarze książek znajdują się w jakim są stanie i znalazł wszystko w porządku.

2) W dnin 15 Grudnia sprawdził, że do katalogu repozytoryalnego przybyło w ciągu roku 1899 N-rów 1029 i że ostatni N-r tegoż katalogu w dniu 15 Grudnia b. r. opiewał liczbę 20580

3) do katalogu foliantów przybyło w r. b. N-rów 11 tak że wszystkich N-rów foliantów w bibliotece Towarzystwa jest 325

4) że do katalogu rzeczowego wszystkie duplikaty kartek są w całości wygotowane.

5) i wreszcie, że z sumy budżetowej biblioteki wyznaczonej na rok 1899, a wynoszącej Rb. 1100 wydano:

Na pisma peryodyczne	Rb.	681 k. 72
Książki	„	104 „ 83
Pomoc	„	136 „ —
Kartki	„	80 „ —
Pudła	„	8 „ —
Drobne (porto)	„	6 „ 81
		Razem Rb. 1017 k. 36

Warszawa, dnia 30 Maja 1900 r.

Przewodniczący w Komitecie bibliotecznym

H. Nusbaum.

C Z Y N N O Ś C I
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

P R O T O K Ó Ł Y.

Rok 1900.

Posiedzenie kliniczne z dnia 20 Marca 1900 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 56 i gości 3.

- T r e ś ć:** L. BREGMAN.—Przedstawienie nowotworu mózdzku rozpoznanego i umiejscowionego za życia chorego.
F. ARNSTEIN.—„O leczeniu balneo-terapeutycznym otyłości, ze szczególnem uwzględnieniem leczenia otyłości w Ciechocinku“.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. PREZES wita obecnych na posiedzeniu gości kolegów: PSTROKOŃSKIEGO, Cz. STANKIEWICZA z Łodzi i Fr. CHLĄPOWSKIEGO z Poznania.

III. Nadesłano do biblioteki Wykład Chirurgii szczegółowej HUETER-LOSSEN'a, zeszyt 9 w tłumaczeniu polskim.

IV. BREGMAN przedstawia nowotwór mózdzku, rozpoznany i umiejscowiony za życia chorego. 6-letni chłopiec urodzony z matki, która w dzieciństwie cierpiała na drgawki. Ojciec zdrowy. Z 12-ga rodzeństwa kilkoro również miało drgawki. Chory zaczął mówić dopiero w 3-cim roku życia, później rozwijał się bardzo dobrze. Przed rokiem miał ropnie na lewym kolanie i lewym

pośladku i poddany został operacji w Warszawie; pozostały dwie blizny, z których jedna na kolanie jest przyrośnięta do kości. Około $\frac{1}{2}$ roku temu chory zaczął narzekać na bóle głowy, które stopniowo stawały się coraz silniejsze i częstsze zjawiały się napadowo, najczęściej wieczorem i w nocy, trwały kilka do kilkunastu godzin i wikłyły się wymiotami, zwłaszcza pod koniec napadu. W ostatnich czasach było kilka napadów nadzwyczaj gwałtownych i trwających dłużej niż dobę. Po ostatnim chory zaczął szybko tracić wzrok i w ciągu 2-ch dni oślepl zupełnie. W kilka dni później przywieziony został do oddziału chorób nerwowych w szpitalu starozakonnym. Badanie wykazało: chłopiec fizycznie i umysłowo dobrze rozwinięty. Zupełna ślepotą obustronna, źrenice szerokie, oddziaływają na światło leniwo. Brodawka zastoinowa na obu stronach z przejściem w stan zaniku. Chory chodzi bez pomocy, ale z wielkim trudem i z szeroko rozstawionymi nogami, chód paretyczno-ataktyczno-móźdkowy. Siła kończyn dolnych przy zwykłych próbach odpowiada wiekowi chorego, bezład przy badaniu nie wykazuje się. Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa wzmożone, *clonus pedis* z obu stron. Kończyny górne prawidłowe. Czucie wszędzie zachowane. Poruszenia głowy—czynne i bierne—nieco ograniczone, zwłaszcza ku tyłowi i, bolesne. Opukiwanie czaszki niebolesne. Ze strony nerwów mózgowych zauważono: lekkie drgania pęczkowe (*fusciculares*) na prawej połowie twarzy; ograniczenie ruchów gałek ocznych ku stronie prawej i wreszcie niemożność poruszania językiem na prawo, choć przy wysuwaniu go zboczenia nie było. Podczas bytności w szpitalu było kilka napadów bólu głowy, z których jeden najsilniejszy łączył się z silnym odchyleniem głowy w tył i sztywnością karku. Na podstawie tych objawów B. rozpoznał nowotwór mózdku, prawdopodobnie prawej połowy tegoż. Przewlekły rozwój cierpienia z objawami ogólnouciśkowymi przemawiał za nowotworem, natomiast brak było danych dla rozpoznania ropnia lub przewlekłego wodogłowia. Wczesne wystąpienie i tak silny stopień objawów uciskowych, zaburzenia równowagi ciała wskazywały na siedlisko sprawy w mózdku. Drgania w prawej połowie twarzy uważać należało jako objaw podrażnienia wskutek ucisku na włókna nerwu twarzowego, z czego wnioskować wypadało, że nowotwór zajmuje prawą połowę mózdku. Ograniczenie ruchów gałek ocznych ku stronie prawej byłoby w takim razie skutkiem niedomogi ośrodka ruchów skojarzonych, położonego przypuszczalnie w mocie WAROLA.

Chory zmarł po 2 tygodniowym pobycie w szpitalu prawie nagle przy objawach porażenia ośrodków opuszkowych. Oględziny pośmiertne dokonane przez kol. J. STEINHAUSA wykazały nowotwór w prawej połowie mózdku, prawdopodobnie *tuberculum*

solitare. Nowotwór był wielkości dużego orzecha tureckiego, zajmował przeważnie istotę białą i tylko na stronie grzbietowej dosięgał powierzchni mózdzku, miejsce to było nieco wciągnięte, opona miękka zmieniona przedstawiała się pod postacią białej, dość grubej blizny. Substancja korowa nowotworu rozmiękczonea. [Autoreferat].

V ARNSTEIN wygłosił odczyt p. t.: „O leczeniu balneoterapeutycznym otyłości, ze szczególnem uwzględnieniem leczenia otyłości w Ciechocinku“.

Zaznaczywszy na początku ważność prac dokonywanych w ostatnich latach nad przemianą materji i wpływ tychże na rozwój nauki o zбочeniach przemiany materji i ich leczeniu, a zarazem sprzecznosc w wynikach doświadczeń nad przemianą materji przy otyłości, dokonanych z jednej strony przez HIRSCHFELD'a, a z drugiej przez NOORDEN'a i DAPER'a, ARNSTEIN zastanawia się nad tem, co stanowić powinno główne zadanie przy leczeniu otyłości i jakie metody najbardziej odpowiadają warunkom racjonalnego leczenia. Idealnym celem leczenia otyłości winna być utrata wagi ciała na koszt tłuszczu bez utraty części azotowych i przy zachowaniu energii tkanki mięśniowej. Żadna z metod odtuszczających nie spełnia w zupełności tego zadania. Ta metoda będzie najlepszą i najodpowiedniejszą, przy której następuje znaczna utrata wagi ciała bez znacznej utraty części azotowych. Do metod, za pomocą których daje się osiągnąć taka utrata wagi ciała, należy leczenie balneoterapeutyczne. A. zaznacza, że w ostatnich czasach zaatakowano leczenie balneoterapeutyczne z dwóch stron. I tak OERTEL i za nim EPSTEIN zaczęli dowodzić, że leczenie balneoterapeutyczne otyłości niema racji bytu, gdyż sprzyja ono zwiększeniu masy krwi, gdy tymczasem odtłuszczenie może mieć miejsce tylko przy energicznej utracie płynu i ograniczeniu dowozu płynu. A. przytacza badania sfigmograficzne BASCH'a w Marienbadzie, które dowodzą, że ciśnienie krwi podczas picia wody Marienbadzkiej w większości przypadków się zmniejsza, co nie mogłoby mieć miejsca, gdyby masa krwi się zwiększała. Z drugiej strony przez długi czas dowodzono, a to na mocy dawnych poszukiwań VORIT a, że sole, a w szczególności sól kuchenna, zwiększa rozpad białka. Lecz badania w tym kierunku, podjęte w ostatnich latach przez NOORDEN'a, DAPER'a, w sposób niezbity okazały, że przy piciu solanek zachowanie się białka pozostaje bez zmiany. Zresztą spostrzeżenia kliniczne dowodzą, że przy leczeniu balneoterapeutycznym obok utraty wagi ciała następuje zwykle znakomita poprawa w stanie ogólnym, co nie mogłoby mieć miejsca, gdyby następowała znaczna utrata białka.

Stwierdziwszy, że leczenie balneoterapeutyczne otyłości jest tak z teoretycznego, jak i praktycznego punktu widzenia zupełnie

usprawiedliwionem i racjonalnem, ARNSTEIN przechodzi do swych spostrzeżeń nad leczeniem otyłości w Ciechocinku. Ze względu na większą zawartość soli kuchennej w zdrojach Ciechocińskich, aniżeli w odpowiednich zdrojach w Kissingen i Homburgu A. przypuszczał już dawniej, że w przypadkach otyłości znacznego natężenia, leczenie za pomocą picia solanki i kąpeli solankowych Ciechocińskich powinno się okazać również skutecznem. Pierwsze próby przez niego zrobione, a ogłoszone w r. 1897 w Medycynie pokazały, że przy leczeniu otyłości w Ciechocinku utrata wagi ciała wynosiła średnio 8%, a zatem była nieco większą, aniżeli podana przez BASCH'a w Marjenbadzie, a znacznie większą, aniżeli podana przez OERTL'a. Zachęcony tak dobrymi wynikami w następnych latach w kilkudziesięciu przypadkach otyłości stosował leczenie za pomocą picia solanki i kąpeli ciepłych zawsze z najlepszym wynikiem. Według A. głównie wskazaną jest do leczenia w Ciechocinku otyłość t. zw. pletoryczna i mniej wskazaną, a często przeciwskazaną jest otyłość u osobników małokrwistych z dużemi zmianami w narządzie tętnicznym, choć i w tych przypadkach ostrożnie prowadzona kuracja może przynieść znaczną poprawę.

Znakomite skutki leczenia otyłości w Ciechocinku A. przypisuje zarówno piciu solanki jak i kąpielom. Jedne i drugie bowiem pobudzają zwolnioną przemianę materii, krążenie krwi i wydzieliny i tym sposobem sprzyjają sprawie odtłuszczenia. Leczenie polegało na 4—5 lub 6 tygodniowem piciu solanki Ciechocińskiej w ilości 12—20 uncji dziennie i kąpielach solankowych i parowych z natryskami. Ruch umiarkowany na świeżem powietrzu, odpowiednie zachowanie dyetetyczne wspomagało leczenie.

Małą ilość chorych otyłych skierowywanych do Ciechocinka A. tłumaczy rozpowszechnionem między lekarzami mniemaniem, że solanka Ciechocińska jest za mocną do wewnętrznego użycia. Mniemanie to A. na mocy własnych spostrzeżeń zwalcza i zachęca do stosowania leczenia w Ciechocinku wyższych stopni otyłości.

W końcu A. wypowiada następujące wnioski:

1) Leczenie balneo-terapeutyczne otyłości ma tak z teoretycznego jak i klinicznego punktu widzenia najzupełniejszą rację bytu, gdyż zgadza się z teorią o patogenezie choroby.

2) Stanowi ono jedną z najracjonalniejszych metod odtłuszczających, gdyż łączy w sobie prawie wszystkie warunki, sprzyjające odtłuszczeniu, a nie osłabiające przy tem ustroju, tak, jak niektóre inne metody.

3) Leczenie w Ciechocinku otyłości daje w większości przypadków znakomite wyniki i powinno być w przyszłości szeroko zalecanem i stosowanem.

4) Pomyślne wyniki leczenia otyłości w Ciechocinku zależą zarówno od wewnętrznego jak i zewnętrznego użycia solanki.

5) Głównem wskazaniem do leczenia w Ciechocinku będzie t. zw. pletoryczna postać otyłości i przy tej postaci energiczne leczenie daje wielce pożądane rezultaty.

6) Przy postaci anemicznej, przy powikłaniu otyłości znacznymi zmianami w narządzie krążenia, leczenie w Ciechocinku mniej jest wskazanem i wymaga wielkiej ostrożności.

[Autoreferat].

W dyskusji SOKOŁOWSKI zaznacza, że wszystkie dotychczasowe metody leczenia otyłości w większości przypadków dobrych rezultatów nie dają, gdyż patogeneza cierpienia dotychczas jest jeszcze bardzo ciemną. S. zwraca uwagę na znaną pracę BOUCHARD'a, w której autor ten, zaliczając otyłość do chorób przemiany materii, stawia ją w związku z grupą cierpień artretycznych. W statystyce jego istnieje nieznaczna tylko grupa chorych 20—30% wszystkich dotkniętych otyłością — która powstaje sama z siebie, wskutek zbytniego dowozu materiałów pokarmowych przy niewielkiem ich wydatkowaniu. Ta właśnie grupa chorych, przedstawiająca ludzi żarłocznych, może poszczycić się doskonałymi wynikami leczenia dyetetycznego i balneo-terapeutycznego, co również może być osiągnięciem i w Ciechocinku. W innych zaś przypadkach, w których otyłość jest przejawem choroby konstytucjonalnej i wiąże się z całym szeregiem innych cierpień, jak kamienie żółciowe, cukrzyca, uro-lytiaz, leczenie jest zawsze zwodnicze i niepewne. Szablon w tych razach jest nader szkodliwy; jedynie indywidualizowanie, oparte na szczegółowym badaniu przemiany materii w każdym oddzielnym przypadku, może dać dobry rezultat. Cel taki najlepiej osiągnięty być może w zakładach, gdzie chory z jednej strony znajdują się pod ciągłą obserwacją lekarską, a ich przemiana materii jest stale kontrolowaną, z drugiej zaś strony przyzwyczajają się sami do pewnego dla nich właściwszego sposobu życia. S. pragnąłby, żeby i u nas podobnego rodzaju zakłady powstały.

Mówiąc o leczeniu balneo-terapeutycznym S. daje przewagę solankom gazowym — do jakich należy Kissingen, gdy kuracja w nich przechodzi lżej, aniżeli w takich zdrojowiskach jak Marienbad lub Karlsbad, gdzie chorzy czują się zwykle bardzo osłabionymi wskutek nadmiernego czyszczenia. Zwraca prócz tego uwagę na to, że w Marienbadzie tak ważny dla ludzi otyłych ruch uskuteczniany bywa w górach, w Kissingen na równinie, co jest lepsze dla chorych z niedomogą sercową. S. widział dobre rezultaty przy leczeniu otyłości również i w kąpielach morskich, gdzie prócz całego szeregu czynników dyetetyczno-hygienicznych i kąpiel morska sprzyja odtłuszczeniu. Również nie można odmawiać dobro-

czynnego wpływu przy leczeniu otyłości i procedurom hydropatycznym, jak się o tem przekonano od wielu lat w zakładach hydropatycznych, a przede wszystkim w GRAEFFENBERG'U.

CIĄGLIŃSKI gani również szablonowość w leczeniu otyłości i sądzi, że w każdym oddzielnym przypadku lekarz powinien się kierować wskazaniami do kuracyi. Należy brać pod uwagę ogólny stan organizmu, stopień otyłości i wiek chorego. Jeżeli osobnik dotknięty otyłością ma jeszcze inne cierpienia, to te ostatnie powinny wpłynąć na rodzaj kuracyi.

Osobniki w młodym wieku i ludzie starsi nie powinni być poddawani zbyt długiej kuracyi. Najważniejszym czynnikiem w leczeniu jest regulowanie diety.

Jako środek pomocniczy CIĄGLIŃSKI zaleca koce, które wpływają na przyspieszenie przemiany materyi i przez to powodują schudnięcie.

DUNIN przede wszystkim zaznacza, że nie we wszystkich przypadkach otyłość wymaga leczenia. Nieodzowną staje się kuracja dla tych, którzy jednocześnie zdradzają zaburzenia w cyrkulacyi. Wychodząc z założenia, że leczenie otyłości musi być stałe i prowadzone w ciągu całego szeregu lat, D. stawia na pierwszym planie wskazówki dyetetyczno-higieniczne. Leczenie balneologiczne D. uważa za mniej ważne i konieczne jedynie w tych przypadkach, kiedy chorzy dawnego sposobu życia na stałe porzucić nie chcą i do wskazówek dyetetyczno-higienicznych ściśle się nie stosują. Dla tego też chorych z otyłością D. rzadko posyła do zdrojowisk. Daje im zato bardzo szczegółowy przepis, co do pokarmów i trybu życia, przytem każe im samym kontrolować ciągle swą wagę. Przepis w kwestyi pokarmów polega głównie na tem, że pokarmy tłuste zostają wykluczone, a mączne znacznie ograniczone. Wielki nacisk kładzie DUNIN na używanie ruchu. Chorym swym zaleca codzienny dwugodzinny spacer, co uważa za zupełnie dostateczne i daleko lepsze, aniżeli gimnastykę i pracę fizyczną. Ten ostatni rodzaj ruchów uie może być stosowanym w przypadkach z niedomogą serca. Masaż według D. nie daje żadnych wyników, a jest mało dogodnym i z tego powodu, że stale stosowanym być nie może. W tych razach, kiedy chodzi o szybkie schudnięcie D. stosuje dietę mleczną, przeznaczając dla chorego dziennie 2 litry mleka, przyczem otrzymuje nieraz już po tygodniu schudnięcie od 5 do 6 funtów. Po paru tygodniach powraca zazwyczaj do pokarmów mięsnych przy odpowiednich wskazówkach, a potem znowu, gdy zachodzi potrzeba, przepisuje mleko. Jako dobry środek pomocniczy w leczeniu otyłości D. uważa tyreoidynę, przy stosowaniu której rzadko kiedy widział skutki złe. Jedynie chorzy otyli z dusznicą bolesną źle ją znosili, wady zaś serca nie mogą służyć przeciwskazaniem do jej używania.

Skuteczność jodu nie może się równać z skutecznością tyreoidyny.

PAWIŃSKI zwraca uwagę na to, że oprócz form otyłości pleto-rycznej i anemicznej należy odróżniać jeszcze także przypadki, które łączą się ze zmianami sklerotycznymi w naczyniach i takie, którym zmiany podobne nie towarzyszą. Pierwsi chorzy posiadają zazwyczaj tętno napięte, pełne, duże, dość twarde; otyłość łączy się u nich niejednokrotnie z przerostem serca i zjawia się jako następstwo zaburzeń w przemianie materii, jako przejaw usposobienia artretycznego. Tacy chorzy przedewszystkiem wymagają specjalnego leczenia. Druga zaś grupa chorych z otyłością bez zmian sklerotycznych w naczyniach posiada tętno słabe, miękkie.

W kwestyi stosowania tyreoidyny P. opierając się na własnem doświadczeniu zaznacza, że środek ten wymaga wielkiej ostrożności, gdyż niejednokrotnie sprowadza zaburzenia w cyrkulacji, a wtedy powinien być zaraz odstawianym. W każdym razie chory, przyjmując ten środek, powinien się znajdować pod ścisłą kontrolą lekarza.

BRONOWSKI zaznacza, że lekarze zdrojowi, jeżeli mają do czynienia z chorymi dotkniętymi gośćcem stawowym i wogóle artretyzmem stawów i jednocześnie otyłością, muszą dążyć do zmniejszenia się otyłości. Wiadomem jest bowiem, że otyli bardzo się pocą, a to pocenie usposabia do zaziębień, więc do obostrzeń i nawrotów choroby. Znieść otyłość w takich razach znaczy zmniejszyć podatność do choroby. Następnie wcale nie jest obojętnem dla chorych stawów, szczególnie dla kończyn dolnych, jaki ciężar dźwigać mają, zmniejszyć więc ciężar ciała znaczy ulżyć bardzo zajęтым stawom. B. nie zgadza się z prelegentem, ażeby leczenie balneologiczne zawsze sprowadzało zmniejszenie się wagi ciała. Ma to miejsce przeważnie w stosunku do chorych otyłych. Chorzy zaś chudzi, wyniszczeni, reumatycy zazwyczaj znacznie przybierają na wadze, pomimo stosowanych każdodziennie gorących kąpeli solankowych i błotnych. Zjawisko to B. tłumaczy sobie tem, że kąpiele solankowe, jak również i picie solanki wogóle działa pomysłnie na rozmaite rodzaje zaburzeń w przemianie materii, a więc w pewnych razach u otyłych znosi tę otyłość, w innych zaś— u osób chudych i wyniszczonych poprawia łaknienie, assimilację pokarmów i tem się przyczynia do powiększenia wagi ciała.

CHŁAPOWSKI gorąco przemawia za skutecznością kąpeli solankowych-gazowych w leczeniu otyłości. W takim zdrojowisku jak Kissingen z łatwością można osiągnąć utratę 8—15 funtów na wadze w ciągu krótkiego czasu. Szczególnie pomocnymi okazują się solanki: zawierające kw. węglany, przy jednoczesnych zaburzeniach sercowych, co się objawia między innymi zmniejszeniem

napięcia i często tętna. Ważnym czynnikiem pomocniczym w leczeniu otyłości jest ruch, który, zdaniem C. w zdrojowiskach powinien być stosowany codziennie w ciągu wielu godzin. Prócz tego uciekać się można do gimnastyki i pracy fizycznej. Również i ogólne mięsienie C. uważa za dobry środek pomocniczy. Przy stosowaniu tyreoidyny, choć doświadczenie w tym względzie posiada niewielkie, widział wyniki dobre, przejawiające się w przyspieszeniu utraty wagi ciała.

NUSBAUM uważa za wskazaną najczęściej w leczeniu otyłości powolną terapię dyetetyczno-hygieniczną i zaznacza, że pod wpływem zbyt szybkiego i energicznego leczenia otyłości występują niejednokrotnie ciężkie neurastenie. Co się tyczy tyreoidyny, to stosowanie tego środka ma rację bytu przedewszystkiem u tych chorych, którzy z powodu organicznego cierpienia układu nerwowego, dotknięci są niedowładem kończyn i nie mogą stosować tak ważnego środka, jakim jest ruch.

W odpowiedzi ARNSTEIN oświadcza, że sam również za naturalniejszą metodę leczenia otyłości uważa dyetetyczno-hygieniczną. Istnieją jednak przypadki otyłości z zaburzeniami w krążeniu, które wymagają szybkiego schudnięcia, a cel taki najlepiej może być osiągnięty przy leczeniu balneologicznem.

VI. PREZES podaje do wiadomości, że grono przyjaciół i znajomych ś. p. D-ra Stanisława KONDRATOWICZA złożyło sumę 2000 Rb. w papierach procentowych, z których odsetki mają być obracane na kupno książek do biblioteki Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Towarzystwo dar ten przyjęło z wdzięcznością.

VII. Na przedstawienie PREZESA Towarzystwo zgodziło się na zapłatę z rachunku bieżącego sumy 335 Rb. 94 kop., stanowiącej resztę należności z rachunku księgarni Wendego, za r. 1899.

VIII. PREZES zawiadamia, że nadeszło podania od kol. Czesława STANKIEWICZA [z Łodzi], pragnącego zostać członkiem korespondentem Towarzystwa. Przedstawia go RYCHLŃSKI, popierają NEUGEBAUER i KORYBUT-DASZKIEWICZ. Sprawozdania z prac podjął się — STANISZEWSKI.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *St. Markiewicz.*

Pom. Sekretarza: *I. Dydyński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 27 Marca 1900 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 62 i gości 3.

- T r e ś ć:** J. HALPERN.—Przedstawienie chorego z licznymi *condylomata acuminata*.
Br. SAWICKI.—Przedstawienie 2 ch chorych po usunięciu *bursitidis praepatellaris* sposobem własnym.
A. KOZERSKI.—Przedstawienie chorego z rakiem skórny, u którego znaczna nastąpiła poprawa pod wpływem leczenia metodą CZERNY'ego.
W. ŻAPIŃSKI.—Przedstawienie chorej z *dermatomyositis*.
M. REJCHMAN.—Przyczynek do nauki o sposobach powstawania [patogenezy] t. zw. nawykowego zaparcia stolca.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kol.: PSTROKOŃSKIEGO, POLAŃSKIEGO i JEKELESA z Bystrej.

III. Do biblioteki nadesłano odbitki prac prof. JAWORSKIEGO i Pamiętnik jubileuszowy wydany na cześć prof. KORCZYŃSKIEGO.

IV. HALPERN przedstawia mężczyznę lat 43, z licznymi *condylomata acuminata* odbytnicy i międzykrocza, zachodzącymi i w rectum, na narządach płciowych żadnych narostów niema. *in plica genito-femorali dextra* blizna po oderwaniu narostu przez samego chorego, *lymphadenitis inguinalis dextra et cubitalis sinistra*, *urethritis posterior chronica*. Przypadek ten H. uważa za interesujący z dwóch względów: etyologicznego i dyagnostycznego. Pod względem etyologicznym zasługuje on na uwagę dla tego, że wskazuje jak trzeba być sceptycznym w ocenianiu tych przypadków, które mają służyć za dowód, że *condylomata acuminata* nie zawsze powstają w związku z tryprem. W przypadku demonstrowanym narosty powstały niewątpliwie w związku z tryprem, jakkolwiek chory zaprzecza aby kiedykolwiek miał trypra, a brak narostów na organach płciowych objaśnia się tem, że chory sam je usunął bądź mechanicznie, bądź czystem utrzymywaniem. Przypadek dany zasługuje na uwagę z tego jeszcze względu, że z powodu swej lokalizacji narosty mogą być przyjęte przez mniej wprawnych za *condylomata lata*,

szczególne wobec *lymphadenitis*, powstałej wskutek przebytej ospy.

V. SAWICKI przedstawia dwie chore po usunięciu *bursitidis praepatellaris*. Zwykle usuwają te guzy cięciem pionowym, poprowadzonym na środku przedniej powierzchni kolana. S. widział w dwóch przypadkach, w ten sposób operowanych, owrzodzenia uporczywe w okolicy dolnego brzegu rzepki. Wobec tego S. od lat kilku wyłuszcza uległe zapalenie torebki cięciem półkulistym, okalającym guz od dołu. Środek tego cięcia znajduje się nad guzowatością piszczeli.

VI. KOZERSKI przedstawił mężczyznę, lat 57, który w roku 1894 spostrzegł u siebie guzik na lewej powierzchni nosa w okolicy wewnętrznego kąta oka. W r. 1897 mały nowotwór zaczął rosnąć szybciej. Lekarze rozpoznali wtedy raka skórny i zalecili operację, do której jednak pacjent nie dał się nakłonić. Rostworem CZERNY'ego (*ac. arsenicosum* 1,0, *Aq. destill. Alcoh. absol* aa 50,0) tak energicznie smarował sam okolicę zajętą, że wywołał sobie rozległą — *dermatitis artificialis*, obejmującą obie powieki lewego oka, kawałek czoła, lewą i środkową powierzchnię nosa i płat lewego policzka. W tym stanie KOZERSKI widział chorego z kol. DMOCHOWSKIM w Listopadzie 1898 r. Wśród sztucznie wywołanego zapalenia skóry widać było płasko rozrosły twardy nowotwór o nierównej powierzchni, wielkości 3 kopiejek, obejmujący od góry, środka i od dołu wewnętrzny owrzodzony kąt oka. Z brzegu nowotworu wypelzały płaskie twarde wypustki, gubiące się w okolicznej skórze. Po stosowaniu okładów z *aluminium aceticum* 1%, sztuczne zapalenie ustąpiło; pozostał nowotwór w poprzednio opisanej postaci. Pacjentowi zaleconą została operacja do czego też zachęcał prof. KOSIŃSKI, któremu pacjent przedstawił się w Grudniu 1898 r. Nie poddawszy się operacji, wyjechał w Styczniu 1899 r. do Pragi czeskiej, gdzie CZERNY stosował codziennie do 11 Czerwca tegoż roku smarowanie swym rozczyntem kwasu arsenawego.

W połowie Czerwca K. widział chorego i stwierdził wówczas, że nacieczenie nowotworowe skóry, o ile makroskopowo można było sądzić, znikło, skóra wydawała się zdrową aż do samych brzegów otworu w lewym boku nosa, wielkości paznoga dużego palca; dno otworu stanowiła martwa szorstka nieruchoma lewa nosowa kość. Na zapytanie, czy CZERNY uznał kurację za skończoną, pacjent odpowiedział, że nie, lecz okoliczności nie pozwoliły mu dłużej dozostać w Pradze. Po sześciu tygodniach K. widział pacjenta ponownie i wtedy taki przedstawiał się obraz: Lewa kość nosowa wypadła, otwór o brzegach zaczerwienionych i nacieczonych powiększył się znacznie, także prawa jego granica przeszła po za środkową linię nosa. Górny brzeg przegrody nosowej

nadżarty. Sonda przechodzi swobodnie po obydwóch stronach przegrody nosowej do jamy nosa. Zropaczony pacyent nie mogąc udać się do CZERNY'ego, a chcąc koniecznie prowadzić w dalszym ciągu kurację jego, sam stosował sobie pędzlowanie jego rostworem. Jak opowiada strupy grube tworzyły się i odpadały jeden po drugim. W trakcie tego zauważył, że z kości wyrasta jakaś czerwona tkanka, która rozrastała się coraz bujniej. A gdy ostatni strup odpadł, chory ujrzał to, co i obecnie się przedstawia: Lewej kości nosowej brak. Górna część przegrody nieco wyszczerbiona. Dawniejszy otwór całkowicie pokryty blizną, mającą pózór blizny zdrowej. Poniżej lewej powieki małe powierzchowne owrzodzenie, pokryte strupem. Jest to jedyne ognisko podejrzane.

[Autoreferat].

VII. ŁAPIŃSKI przedstawia chorą 19-letnią dziewczynę, u której przed 3 miesiącami zjawiły się nader silne bóle w obu kończynach dolnych, zwłaszcza zaś w lewej łydce; z powodu owych bólów chora nie mogła ani chodzić, ani stać bez pomocy obcej; przy ucisku łydek doznawała również dotkliwego bólu, w prawej zaś łydce przy obmacywaniu wyczuwała nieznaczne rozlane obrzmienie. W szpitalu 10 go dnia choroby zjawiła się wysypka na powierzchniach wyprostnych obu kończyn górnych i na grzbietowych powierzchniach obu stóp; wysypka owa przedstawiała się w postaci drobnych czerwonych plamek wielkości łebka od szpilki do małego ziarnka grochu, plamki owe nie wystawały ponad poziom skóry i nie znikwały przy ucisku. Wysypce owej towarzyszyły nader dotkliwe bóle w mięśniach kończyn górnych, wzmagające się niesłychanie przy ucisku. W ciągu następnych paru dni wysypka rozszerzyła się na obie okolice barkowe, na okolice łopatek i poniżej tychże aż na pośladki oraz zjawiła się na dolnym obwodzie sutek i wzdłuż smugi białej brzucha. Wspomniana wysypka istniała dni kilka, poczem plamki zaczęły stopniowo przybierać barwę sinawą wreszcie znikły. W ciągu 10 tygodniowego pobytu chorej w szpitalu wysypka zjawiała się, w przerwach parotygodniowych, cztery razy, lecz umiejscawiała się niemal wyłącznie na kończynach górnych, a zwłaszcza na dolnej części ramienia i górnej przedramienia; oprócz wysypki zauważono nieznaczne obrzęki skóry na kończynach górnych. Jednocześnie ze zjawieniem wysypki występowały nasilenia bólowe w mięśniach, chora czuła się tak osłabioną, że sama podnieść się z łóżka nie mogła. Ciepłota ciała dochodziła do 38° C., w moczu białka nie znaleziono. W celu zbadania krwi pod względem bakteriologicznym zrobiono nakłócie żyły w lewym przegubie łokciowym; badanie dało wynik ujemny, natomiast w przegubie łokciowym powstała ograniczona zgorzel skóry na przestrzeni połowy dłoni.

Przed 2 tygodniami chora wypisała się ze szpitala w stanie znacznego polepszenia, wszakże w ciągu tego czasu wysypka powtórzyła się dwa razy i za ostatnim razem przedstawiała się w postaci większych plamek, przeważnie na kończynach dolnych, na lewej kończynie dolnej w miejscu przyczepów mięśni półpierzastego i półścięgnistego można było wyczuć wyraźne obrzmienie, bolesne przy ucisku. Przypadek powyższy pod względem rozpoznawczym Ł. zalicza do rzędu „*dermato-myositis*“ — typu UNVERRICHT'a i STRUEMPELL'a. [Autoreferat].

DUNIN sądząc ze stanu obecnego chorej jest zdania, że przypadek ten należy raczej uważać za *peliosis rheumatica*; brak tu bowiem owych znacznych i ograniczonych obrzęków skóry, a dobry stan ogólny chorej przemawia przeciwko rozpoznaniu *Dermato-myositis*.

HALPERN również sądzi, że obraz kliniczny w danym przypadku przemawia za *peliosis rheumatica*. H. zaznacza, że przypadki takie zwykle występują na wiosnę i jesienią i w obecnej porze zdarzyło mu się większą ilość takich przypadków obserwować. *Peliosis rheumatica* podług KAPOSÍ'ego jest cierpieniem esencjalnie identycznym z *erythema multiforme* i jako takie może dawać dodatkowe wysypki w ciągu miesięcy, a nawet lat, może się komplikować bardzo poważnymi objawami nie tylko ze strony skóry lecz i innych narządów.

Br. SAWICKI, znając dokładnie przebieg choroby u przedstawianej chorej, obstaje za rozpoznaniem *Dermato-myositis*. S. zwraca uwagę na nader ciężki ogólny stan chorej w przebiegu choroby i przypomina o obecności ograniczonych nacieków w mięśniach, oraz obrzęków skóry.

VIII. REJCHMAN wypowiedział odczyt p. t.: „Przyczynek do nauki o sposobach powstawania [patogenezy] t. zw. nawykowego zaparcia stolca“. Sposoby powstawania t. zw. nawykowego, a właściwie mówiąc przewlekłego zaparcia stolca są bardzo różnorodne i powszechnie znane. Napotyka się jednakże chorzy, u których sposób powstawania tego cierpienia jest dla nas bardzo ciemny. Są to chorzy, którzy miewają stolec raz na 2—4 tygodni i jeszcze rzadziej, a pomimo to dobrze wyglądają, jedzą dużo i nie doznają żadnych dolegliwości. W tych dużych odstępach czasu wydzielają bardzo mało kału, zawierającego nieznacznie tylko ilość niestrawionych cząstek pokarmowych.

Waga ciała pomimo tak długotrwałego zaparcia stolca nie wzrasta u nich, ilość mocznika pozostaje normalną, lub nieco tylko zwiększoną. Taki długotrwały brak stolca, obok niezwiększającej się wagi ciała, przy spożywaniu normalnej ilości pokarmu i obok niemożności wymacania przez ścianę brzuszną i w odbytnicy większej ilości zbitych mas kałowych, każe przypuszczać, że

w przewodzie kiszki tych chorych wogóle bardzo mało wytwarza się kału. Dzieje się to prawdopodobnie wskutek tego, że u tych chorych ma miejsce zmniejszenie się jednych z najgłówniejszych i nieodzownych części składowych kału, a mianowicie soków trawiennych, śluzu i komórek nabłonkowych, złączających się z wewnętrznej powierzchni przewodu kiszki. Prócz tego przez długie przebywanie zawartości w kiszki strawia się cała prawie ilość przyjętego pokarmu i ulega ona jak również i woda wzmoczonemu wchłanianiu. Wzmiankowani chorzy bardzo rzadko się napotykają. REJCHMAN nie widział u nich najmniejszych oznak neurastenii lub histeryi i dla tego nie uznaje, ażeby jedną z głównych przyczyn powstawania nawykowego zaparcia stolca mogły być wpływy nerwowe. W kwestyi leczenia R. zaznacza, że właściwie takich chorych leczyć nie należy, ponieważ nie znamy środka, ani metody leczniczej, któraby będąc w mowie nieprawidłowość usunąć mogła i ponieważ takie długotrwałe zaparcie stolca szkodliwego wpływu na zdrowie nie wywiera. [Autoreferat].

W dyskusyi DUNIN, omawiając kwestyę powstawania nawykowego zaparcia stolca, staje w obronie swej tezy, że najgłówniejszą przyczyną omawianego zjawiska są wpływy nerwowe, nie przeczy, że u chorych, objawem tym dotkniętych, może wytwarzać się mniejsza ilość kału, aniżeli w zwykłych warunkach, nie sądzi jednak, by to mogło powodować uporczywe zaparcie stolca. DUNIN nie sądzi również, ażeby można było przypisywać objaw ten brakowi ruchu, jak to czynią niektórzy; jeżeli istnieje jaki związek między nawykowym zaparciem stolca a brakiem ruchu, to związek ten powstaje za pośrednictwem układu nerwowego, gdyż ludzie prowadzący siedzący tryb życia, zazwyczaj cierpią na neurastenię, a to dopiero usposabia do upórczywych zaparć stolca. Zmiana w położeniu kiszki—enteroptoza—jest, zdaniem DUNINA, następstwem długotrwałego zaparcia stolca, a nie jego przyczyną. DUNIN powołuje się na zdanie FOREZ'a, który także uważa omawiany objaw za zależny od neurastenii i proponuje leczyć go sugestya hipnotyczna. DUNIN twierdzi, że leczyć go zupełnie nie należy i przeciwnie należy zawsze odwracać od niego uwagę chorego.

DĄBROWSKI Wit. uważa również za najgłówniejszą i pierwotną przyczynę nawykowego zaparcia stolca wpływy nerwowe. Bezpośrednią rolę w powstawaniu tego objawu odgrywają takie czynniki, jak opieszałość w ruchach kiszki, atonia i szybsze wchłanianie się mas pokarmowych, lecz czynniki te nie zjawiają się same przez się, lecz na skutek wpływów nerwowych. Bezsenność i ból głowy, towarzyszące niejednokrotnie długotrwałym zaparciom stolca, nie są następstwem tego objawu, lecz stanowią objawy współrzędne, przejawy istniejącej u chorego neurastenii.

NUSBAUM zwraca uwagę, że dla fizjologii jest rzeczą niezwykle interesującą fakt, że osobnik zdrowy może mieć wypróżnienie raz na 4 tygodnie, a nawet rzadziej. Jest to fakt równie ciekawy jak możliwość zupełnego powstrzymywania się od pokarmów w ciągu miesiąca lub dłużej. Fakty takie jednak dla ich ustalenia wymagają dokładniejszej obserwacji. N. zaznacza prócz tego, że ogół lekarzy zbyt wiele przypisuje wagi konieczności codziennych wypróżnień i przez to naprowadza chorych na błędną drogę uciekając się bez potrzeby i nazbyt często do środków czyszczących.

Prof. BARANOWSKI zjawienie się wypróżnień w tak znacznych odstępach czasu jak jedno na 6 tygodni poczytuje za fakt niezwykle i wyjątkowy i przytem z trudnością dający się wytłomaczyć z tego jeszcze względu, że wypróżnienie same u tych osobników nie bywało obfitem. Niewielka ilość kału w tych razach zadziwić musi każdego, gdyż wiadomo, że na wytworzenie się kału u człowieka składa się wiele czynników, jak łuszczenie się nabłonków z ogromnej powierzchni przewodu kiszkiowego, znaczna ilość bakterji i pozostałość pokarmowa. Te przypadki, kiedy zaparcie stolca ogranicza się do krótszego przeciągu czasu, mogą znaleźć swe wytłomaczenie, lecz B. przestrzega przed zbytnią jednostronnością w traktowaniu omawianego objawu. Jednostronnością zaś jest przypisywanie go jedynie neurastenii. Złączenie przypadłości kiszkiowych z zaburzeniami w czynności układu nerwowego jest rzeczą już dawną. Prof. B. przypomina pogląd tak poważnego uczonego jak GRIESINGER'a, który przypisywał powstawanie melancholii nieprawidłowościom kiszkiowym. Dziś zaś chce się bardzo wiele rzeczy łączyć z tak rozpowszechnioną chorobą jak neurastenia.. Ona jednak w powstawaniu objawu—nawykowego zaparcia stolca—nie może być uważaną za przyczynę jedyną. Inne jeszcze czynniki—jak niedostateczna czynność tłoczni brzusznej u kobiet, które często rodziły, brak ruchu, stany kataralne w przewodzie pokarmowym itp. mogą również sprowadzać ten objaw, który przytem nie podobna uważać za zupełnie obojętny dla organizmu. Niektóre trucizny jak np. opium, ołów, niekiedy nikotyna zwalniają ruch robaczkowy przez pośrednictwo układu nerwowego, ale o neurastenii w tych razach mówić niepodobna.

GRUNDZACH twierdzi, że wskazaniom chorego nie zawsze można dać w zupełności wiarę i dla tego zapytuje prelegenta, czy w zupełności może usunąć podejrzenie umyślnego wprowadzania w błąd lekarza ze strony tych chorych, którzy twierdzą, że miewają stolce raz na 4 tygodnie, a nawet rzadziej.

HALPERN zapytuje się, czy w przypadkach omawianych stwierdzono, że chorzy przez całe tygodnie nie chodzili do klozetu

twierdząc, iż wypróżnienia nie było, tymczasem z największą stanowczością skonstatowano, że było inaczej.

LANDSTEIN podaje siebie samego jako przykład osobnika cierpiącego na nawykowe zaparcie stolca. uważa się jednak za zupełnie zdrowego, w każdym razie żadnych objawów neurastenicznych, które mogły by być powodem tego objawu, u siebie nie dostrzega.

WOLBERG jako dowód, że wpływy nerwowe nie mogą być uważane za najgłówniejszą przyczynę nawykowego zaparcia stolca, przytacza fakt, że objaw ten spotyka się niejednokrotnie u dzieci a nawet u noworodków.

DUNIN odpowiada na to, że w tych razach przyczyną zaparcia stolca jest jednostajność pokarmów, podobnie jak to ma miejsce przy wyłącznie mlecznej dyecie.

PRZYBOROWSKI jako dowód, że chorzy w skargach swoich w wysokim stopniu przesadzają, przytacza znane mu przypadki, kiedy chorzy twierdzili, że nie spali w ciągu 2—3 miesięcy, gdy tymczasem nie było to zupełnie prawdą.

KORNIŁOWICZ zaznacza, że długotrwałe zaparcie stolca sprzyja powstawaniu nasieniotołu, w następstwie czego zjawia się osłabienie układu nerwowego i szereg skarg neurastenicznych.

ZIELIŃSKIEGO Edw. zadziwia, że w przytoczonych przez prelegenta przypadkach nie wzrastała waga ciała, chorzy ci bowiem spożywali zwykle ilości pokarmów i mocznika wydzielali ilość normalną — a zatem nie zdradzali wzmożonej przemiany materii.

W odpowiedzi REJCHMAN zaznacza, że chorzy jego, o których mowa, są to ludzie inteligentni i wszelkie podejrzenie umyślnego wprowadzania w błąd lekarza może być w stosunku do nich w zupełności usuniętem. Chorzy ci przytem nie zdradzają żadnych objawów neurastenicznych i istnienie u nich nawykowego zaparcia stolca nie podobna przypisywać wpływom nerwowym; że chorzy tacy przy dobrym apetycie oddają niewielkie względnie ilości kału nie jest rzeczą tak rażącą, gdyż z pokarmów prawie wszystko może uleść wchłanianiu z wyjątkiem włókien sprężystych, a po części i cellulozy. Dla wytłomaczenia sobie faktu, dlaczego u tych osobników waga ciała nie wzrastała należałoby przeprowadzić bardzo szczegółowe badanie ich przemiany materii, a takiego R. nie podejmował.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz.*

Pom. Sekretarza *L. Dydyński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 3 Kwietnia 1900 r.

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

Obechnych Członków 46 i gości 2.

T r e ś ć: **KOPCZYŃSKI St.**— Przedstawienie dwóch chorych z postępującym zanikiem mięśni.
BORSUK M.— Przedstawienie chorego po trepanacji czaszki, dokonanej przed 4-ma laty.
BORSUK M.— Przedstawienie chorego po dokonanej uranoplastyce.
KRAUZE L.— Przedstawienie chorego po amputacji lewego uda, dokonanej z powodu zaburzeń naczynio-ruchowych w stopie.
STANKIEWICZ W. — Przedstawienie 6 letniego chłopczyka po odjęciu nadliczbowych palców na wszystkich kończynach.
BREGMAN L. — Przedstawienie preparatu nowotworu mózdzku.
STEINHAUS J.— Przedstawienie preparatu pierwotnego mięsaka wątroby.
ŁOGUCKI A. — Przedstawienie okazu włókniaka jamy nosogardzielowej.
PRZEWOSKI Prof. — Przedstawienie preparatów anatomo-patologicznych: a) *dermoïdu* mózgu, b) *Margaritamae*, c) *degenerationis hyalinae peritonei*, d) *exostosis cartilagineae multiplicis*.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Wice Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: **KULAKOWSKIEGO** i **ZOPOTA** z **Jaworza**.

III. Biblioteka otrzymała w darze dzieło **A. DEPAGE'a**— *L'annéc chirurgicale—revue encyclopédique de chirurgie*, rocznik z r. 1899, *Therapie der Gegenwart* i *odbitki z prac NEUGEBAUERA*.

IV. **KOPCZYŃSKI Stanisław** przedstawił 2 przypadki postępującego zaniku mięśni.

Przypadek I. Chłopiec lat 16, syn gospodarza, pochodzi z rodziny zdrowej, nieobarczonej dziedziczością pod względem chorób nerwowych. Przed 8 laty zaczął doznawać osłabienia prawego ramienia, lecz większej uwagi na to nie zwracał i zaczął używać przeważnie lewej ręki. Przed 4 laty zwrócono mu uwagę że łopatki jego dziwnie odstają. W ostatnich latach zaczęły mu

ręce, zwłaszcza prawa „schnąć“ i władza w nich znacznie się zmniejszyła. Badanie układu nerwowego i mięśniowego w obecnej chwili wykazuje co następuje. Chód chorego nieco kaczkowaty—chodząc przechyla miednicę to na lewo, to na prawo. Siła mięśniowa w obu pasach barkowych i ramionach, zwłaszcza zaś po stronie prawej, wybitnie osłabiona i prawie wszystkie mięśnie obu łopatek i obu pasów barkowych znajdują się w stanie wybitnego zaniku. Łopatki, zwłaszcza zaś przy podnoszeniu rąk przed siebie lub na zewnątrz, odstają o kilka centymetrów od klatki piersiowej, podnoszenie prawej ręki możliwe tylko do linii poziomej. Zginanie i rozginanie prawego przedramienia bardzo słabe, lewego znacznie osłabione. Stwierdzono osłabienie i zanik z obu stron następujących mięśni: *mm. cucularis, rhomboidei, supra et infraspinati, pectoralis, latissimi dorsi, subscapularis, teretis, deltoidei* (zwłaszcza prawego), *bicipitis, tricipitis, flexores et extensoris manus, mm. thenaris et hypothenaris*. W mięśniach tułowia również wyraźny zanik i osłabienie. W mięśniach dolnych kończyn pewne osłabienie mięśni pasa biodrowego, wyraźne osłabienie mięśni strzałkowych i mięśni rozginaczy i zginaczy stopy. Mięśnie obu łydek, jak również *mm. supraspinati* w stanie wybitnego wrzekomego przerostu. Twarz przypomina nieco t. zw. *facies myopathica*. Mimika bardzo nieznaczna. Bruzdy nosowargowe z obu stron zgładzone. Wargi bardzo duże, miękkie i ciastowate przy dotyku; porusza nimi chory z pewną trudnością. Prawe oko niedomyka się. Z prawej strony czoło marszczy się źle. Drgań włókienkowych nigdzie nie widać. Pobudliwość mechaniczna mięśni nie wzmożona. Odruchy ścięgurowe z kolan nieco osłabione, na górnych kończynach z prawej strony nie otrzymują się, z lewej wyraźne. Chory mówi jękając się. Czucie zachowane wszędzie. Badanie mięśni pod względem oddziaływania na prąd stały wykazało pewne nieznaczne zmuilejszenie pobudliwości w mięśniach uległych zanikowi, wszędzie jednak skurcz był szybki i nigdzie nie otrzymano odczynu zwrołnienia. Na prąd przerywany mięśnie oddziaływały również dobrze. Nerwy zachowały prawidłową pobudliwość, zaburzeń w oddawaniu moczu i kału chory nie doznawał. Biorąc na uwagę: 1) wystąpienie cierpienia już w wieku dziecięcym i postępujący jego rozwój, 2) umiejscowienie pierwotkowego zaniku w mięśniach pasa barkowego; 3) brak odczynu zwrołnienia w mięśniach uległych zanikowi, a obecność ilościowej zmiany pobudliwości, 4) obecność wrzekomego przerostu (*pseudohypertrophia*) w mięśniach łydek i w mięśniach podgrzebieniowych; 5) zajęcie mięśni twarzy, zwłaszcza okalających jamę ustną, zanik ich i wrzekomy przerost, Koczyński rozpoznał w danym przypadku typową postać „*dystrophie musculorum progressivae*“.

Przypadek II. Chłopiec lat 16, syn alkoholików, pochodzi z rodziny, w której chorób nerwowych nie było. W dzieciństwie przechodził ospę. Gdy miał lat 9 zauważono, iż mu ciężko stać równo, że musi przestępywać z jednej nogi na drugą; prócz tego dostrzeżono już wtedy, że paluchy obu stóp zaczynają się wydłużać. Żadnych skarg chłopiec nie podawał i pracował do ostatnich czasów. W obecnej chwili stwierdzić się daje przy badaniu co następuje: Zachowanie się chłopca wskazuje na brak równowagi psychicznej; twarz przedstawia pewne cechy zwyrodnienia. Stoi chory z pewną trudnością, przeważnie na palcach, napinając ciągle ścięgna rozginaczy i zginaczy stopy i przestępując z jednej nogi na drugą. Chód nieco kaczkowy. Głowa, kończyny górne i tułów żadnych wybitnych zmian nie przedstawiają. Stopy wybitnie zniekształcone, noszą charakter *pes varo-equinus* (klumpfuss) i sklepienie stopy bardzo wysokie, stopa wygięta ku wewnątrz i opuszczona ku dołowi; paluchy bezwładnie zwisają, reszta palców stopy w pierwszych członkach rozgięta, w pozostałych zgięta—przedstawia t. zw. „Krallenfuss“. Rozginanie, odprowadzanie na zewnątrz i zginanie stopy jak również palców bardzo osłabione; odprowadzanie zaś ku wewnątrz zachowane dobrze. Po za tem zginanie i rozginanie goleni po stronie prawej nieco słabsze, niż po lewej. W obu biodrach siła dość dobra. Napięcie mięśniowe w nogach nieco osłabione. Drgań włókienkowych nigdzie nie widać. Ścięgna Achillesa przedstawiają wyraźne przykurczenia. Uda i golenie wogóle dość cienkie. Zanik rozginaczy goleni w pewnym stopniu, wyraźny zaś zanik rozginaczy stopy. Pobudliwość na prąd elektryczny mięśni strzałkowych, rozginaczy ogólnych stopy wyraźnie osłabiona, bez odczynu zwyrodnienia. Nerwy strzałkowe oddziałują na prąd elektryczny prawidłowo. Nerwy na ucisk nie bolesne. Odruchy skórne zachowane. Odruchów kolanowych brak zupełnie. Zniesienie czucia dotykowego na nogach do bioder, na rękach do łokci—zmienne, o charakterze czynnościowym. Ze względu na psychikę chorego i na zaburzenia czucia KOPCZYŃSKI rozpoznał u swego pacjenta historię, co się zaś tyczy postępującego zaniku mięśni, to dany obraz kliniczny, zdaniem jego, najlepiej podpada pod t. zw. postać CHARCOT-MARIE, a właściwiej pod t. zw. neurotyczną postać postępującego zaniku mięśni, wyodrębnioną przez HOFFMAN'a. W przypadku przedstawionym za tą postacią przemawia porażenie pewnej tylko grupy mięśni (*mm. peronei, extensores hallucis, extens. communes, gastrocnemii*) i obustronny objaw WESTPHAL'a, przeciw zaś przemawia brak w nerwie strzałkowym jakichkolwiek bądź zmian w pobudliwości na prąd elektryczny, brak bolesności na ucisk, brak podmiotowych zaburzeń czucia w wywiadach; przedmiotowe trudno wykryć ze względu na domieszkę hysterii. Wobec tego,

że przypadki omawianej postaci były dotychczas bardzo mało badane, a wyniki badań okazały się różnorodnymi (jedni jak HOFFMAN znajdowali zmiany w nerwach, inni, jak OPPENHEIM i CASSINER, widzieli wybitne zmiany jedynie w mięśniach, inni wreszcie jak MARINESCO, BERNHARD i DABNEITH, w rdzeniu i w nerwach) K. porzestaje na tem, iż dany obraz kliniczny nazywa — typem strzałkowym postępującego zaniku mięśni (*Peronealtypus der progr. Muskelatrophie*). [Autoreferat]

V. BORSUK przedstawił chorego, o którym zakomunikował co następuje: Chory ten przed laty 4-ma był już przedstawiany w tymże Tow. Lekarskim z racji następujących okoliczności. Przed dwoma miesiącami, z powodu strzaskania czaszki chory miał objawy padaczki JACKSON'a, bezwładu połowiczego, utraty przytomności, paraliżu nerwu twarzowego itd. Wtedy B. dokonał trepanacyi na miejscu urazu w okolicy bruzdy ROLAND'a i pod oponą twardą znalazł ognisko ropne: Przebieg pooperacyjny był tak dobry, że w chwili przedstawienia chorego w Towarzystwie, wszystkie powyżej wskazane objawy chorobowe ustąpiły, pozostał tylko bezwład prawej górnej kończyny. To się działo przed 4 laty. Obecnie chory ten jest zupełnie zdrow, przez cały ten czas żadnych objawów mózgowych nie było, chory się ożenił, ma dwoje dzieci, pracuje ciężko, jako wyrobnik w cegielni. Prawa ręka, która przed 4-ma laty była zupełnie bezwładną, posiada teraz siłę doskonałą i mięśnie dobrze rozwinięte, jedynie mięśnie prawej dłoni są w stanie zaniku, a siła w palcach po tejże stronie znacznie zmniejszoną. B. zwraca uwagę, że w tem miejscu czaszki, gdzie była dokonana trepanacya, wyczuwa się wyraźnie pulsację mózgu, co dowodzi, że w tym miejscu nie wytworzyła się kość. B. twierdzi, na podstawie wielu własnych obserwacji, że u młodych osobników, jeżeli gojenie idzie przez rychłozrost, to kości czaszki odrastają, jeżeli zaś, jak to miało miejsce u przedstawionego chorego, gojenie następuje przez ropienie, to kość się nie wytwarza.

VI. Jednocześnie BORSUK przedstawił drugiego chorego po dokonanej uranoplastyce. Na tle przebytego przed 9-ciu laty syfilisu wytworzył się defekt na twardym podniebieniu. Chory starannie specyficznego kuracyi nie przeprowadził i lekceważył swą chorobę do czasu pojawienia się tego braku kostnego na podniebieniu. Defekt był dużych rozmiarów, tak, że można było wprowadzić cały palec. Przed 3-ma miesiącami sposobem LANGENBECK'a B. dokonał uranoplastyki i pomimo, że bardzo starannie odseparował płaty, okrwawił je i ściśle zeszył, zrośnięcie wcale nie nastąpiło. Wtedy B. zalecił choremu przeprowadzić specyficzną kurację rtęcią i jodem i po niej po raz wtóry dokonał tejże uranoplastyki, W czasie tej drugiej operacyi, techniczne warunki

były znacznie gorsze z powodu blizn i zrostów po pierwszej operacji. Pomimo to jednak zagojenie nastąpiło zupełne i bardzo prędkie, tak że w dwa tygodnie po operacji pacjent był zupełnie zdrow. Przypadek powyższy B. uważa za interesujący pod tym względem, że ilustruje on doskonale konieczność przeprowadzenia u syfilityków specyficznej kuracji przed rozpoczęciem omawianej operacji, gdyż w przeciwnym razie rezultat operacji może być wątpliwy. [Autoreferat].

VII. KRAUZE przedstawił chorego po amputacji lewego uda, dokonanej z powodu zaburzeń naczynio-ruchowych w stopie. Chory ten leżał poprzednio na oddziale kol. BREGMANA, który zanotował: malarz, 31 lat, objawów otrucia ołowiem nigdy nie spostrzegano, pił niewiele, palił dużo, przymiotu nie przechodził. Przed rokiem chory poczuł ból w lewej nodze; ból zjawiał się napadami, raz silniejszy, drugi raz słabszy, szczególnie zaś występował przy chodzeniu i przechodził, gdy chory na pewien czas przystanął (*claudication intermittente*). Jeżeli ból pojawiał się podczas siedzenia lub leżenia, to, po przejściu paru kroków, zmniejszał się znacznie. Z początku ból wystąpił tylko w podudziu na tylnej i wewnętrznej powierzchni, później dopiero przeszedł na stopę i na palec. W ostatnich miesiącach przyłączyły się parestezye w podudziu i stopie, zaburzenia naczynioruchowe oraz zgorzel palca, co zniewoliło chorego do wstąpienia do szpitala starozakonných. Badanie wykazało: Kończyna dolna lewa w stanie silnego zaniku (różnica w obwodzie uda dochodzi do 6 ctm., w podudziu do 4,6 ctm), chory nie chodzi, lecz skacze; skarży się na silne bóle w kończynie, głównie w palcach dużym i w drugim; oraz w stopie; stopa i palec barwy czerwono-sinej, paznogie zmienione, barwy ciemno-brunatnej; na drugim palcu paznogieca wcale niema, a na jego miejscu czarna masa, z której wycisnąć można nieco płynu mętnego, czucie zmniejszone na paluchu i 2-im palcu, zupełne znieczulenie w miejscu zgorzeli, stopa przedstawia się raczej nadcząłą. Odruch podeszwowy bardzo wzmożony, a także odruch kolanowy: przy uderzeniu w ścięgno Achillesa otrzymuje się nie jak zwykle skurcz m. gastrocnemii, lecz skurcz zginaczy palców zwłaszcza palucha. Tętna w *art. pediaci, poplitea* i *femoralis* nie wyczuwa się wcale. Prawa kończyna zmian żadnych nie przedstawia. Na zasadzie powyższych objawów rozpoznano *erythromelalgję* z przejściem w gangrenę na tle zmian naczynio-ruchowych i troficznych, skutkiem zaburzeń w nerwach, spowodowanych niedostatecznym przyływem krwi.

Ponieważ leczenie wewnętrzne (jod, opium), jakoteż elektryzacja i kąpiele miejscowe żadnego skutku nie przyniosły, zgorzel zaś szerzyła się, bóle stawały się coraz silniejsze i chory przyjmował coraz większe dawki morfiny, kol. BREGMAN przepisał

go na oddział chirurgiczny. Pomimo zgorzeli tylko 2-ch palców i obrzęku skóry stopy, KRAUZE amputował goleń poniżej kolana. Chory przez dni kilka miał się dobrze; lecz wkrótce wystąpiła zgorzel kikuta, chory znów bardzo cierpiał, z powodu bólów nie sypiał po nocach, nie przyjmował żadnych pokarmów, coraz bardziej tracił siły, tak że K. czuł się zmuszonym po trzech tygodniach przystąpić do odjęcia uda w górnej trzeciej części. Odtąd chory zaczął się poprawiać. rana zagoiła się w krótkim czasie przez rychłozrost, prócz małej części, w której przy operacji wprowadzony był pasek muślinu jodoformowego. Podobny obraz choroby K. spostrzegał w zeszłym roku u chorego, który wskutek silnych bólów używał dużych dawek morfiny i jedynie z obawy by chory nie zginął wskutek chronicznego otrucia morfiną K. zdecydował się na odjęcie nogi poniżej kolana, pomimo, że wyraźnych zmian zgorzelinowych jeszcze nie było. Chory wyzdrowiał. Badanie drobnowidzowe naczyń i nerwów wykazało: *endoarteriitis obliterans* i *perineuritis*. W mięśniach i skórze żadnych zmian nie znaleziono. [Autoreferat].

VIII. STANKIEWICZ przedstawia chłopczyka 6-letniego, który miał na wszystkich kończynach po jednym palcu nadliczbowym (*polidactylia*). Przy operacji odjęcia palców 6-tych na dłoniach okazało się, iż paluszek lewej dłoni, połączony był zwykłym stawem z wyrostkiem kostnym, długości około 2 ctm, wychodzącym z 5 kości śródreżca i zlany zupełnie z substancją kostną tej kości. Potrzeba było wyrostek ów resekować, przyczem okazało się, iż kość w tem miejscu przedstawiała większą zbitość i twardość, aniżeli kość normalna. Wszystkie inne paluszki miały osobne stawy, jak to bywa zwykle, na nasadach (*epiphyses*) kostek prawidłowych. [Autoreferat].

IX. BREGMAN przedstawia preparat nowotworu mózdzku. Nowotwór zajmuje lewą półkulę i przechodzi na część śródkową (*vermis*),² dosięgając zarówno górnej, jak i dolnej powierzchni mózdzku. Zmian w oponie miękkiej brak. Wokoło nowotworu widać rozmięczenie, które powoduje wklęsnięcie na górnej powierzchni półkuli. Nowotwór miał w świeżym stanie barwę żółto-bronзовą, budowy jednolitej, miękkiej. Preparaty drobnowidzowe przygotowane przez kol. STEINHAUSA dowodzą, że jest natury gruzliczej—*tuberculum solitarium*.

Pod względem klinicznym przypadek różnił się pomimo jednakowej natury i umiejscowienia nowotworu od przypadku, demonstrowanego przez B. na posiedzeniu z dnia 20 Marca r. b. Objawy ogólne ucisku mózgowia były tu o wiele mniej gwałtowne. Chory, 61 letni mężczyzna, cierpiał od paru tygodni dopiero na bóle i zawroty głowy. W czasie 2-miesięcznego pobytu w szpitalu ból głowy nie był ani razu bardzo silny. Wymiotów nie by-

ło wcale. Tętno było stale zwolnione, 50—60. W oczach obustronna brodawka zastoinowa. Wyraźne zaburzenia psychiczne: chory nie mówił, niczego nie żądał, na pytania odpowiadał, ale bardzo wolno, niewyraźnie, po długim namyśle (*torpor cerebri*). Chód spastyczno-cerebellarny, małymi kroczkami. Siła kończyn dolnych dostateczna, ucisk lewej ręki słabszy od prawej, lekki bezład lewej ręki. We wszystkich kończynach pewien stan spastyczny, uniemożliwiający badanie odruchów ścięgowych. Odruchy podaszowe wzmożone. Brak zaburzeń czucia oraz zaburzeń ze strony nerwów mózgowych prócz wzrokowych.

W dalszym przebiegu choroby chory przestał chodzić zupełnie *torpor cerebri* powiększył się, chory oddawał mocz i kał pod siebie. W kończynach lewych i w lewej połowie twarzy zjawiał się widoczny niedowład. Język zbaczał nieco na prawo. Stan spastyczny kończyn trwał dalej, w kończynach dolnych rozwinęła się kontraktura zginaczy i sztywność karku. Obrzmienie gruczołów pachowych i pachwinowych. Ogólne wyniszczenie, bóle i zawroty głowy, zwolnienie tętna, brodawka zastoinowa, przewlekły i bezgorączkowy rozwój cierpienia czyniły rozpoznanie nowotworu mózgowia najbardziej prawdopodobnym. Umiejscowienie kliniczne tego nowotworu wahało się między zrazem czołowym i móżdkiem. *Ataxia cerebellaris* w przypadku tym zresztą niezupełnie typowa—wskazywała przede wszystkim na móżdżek. Sztywność karku jest w cierpieniach móżdżku objawem częstym. Niedowład lewej połowy twarzy tłumaczył się uciskiem włókien twarzowych, przy umiejscowianiu nowotworu w lewej połowie móżdżku. Niedowład lewych kończyn oraz *ataxia* lewej kończyny górnej, jak dowodzi doświadczenie kliniczne wielu autorów, nie przeczyły temu przypuszczeniu. Silne zaburzenia psychiczne uważać w takim razie należało jako objaw wzmożonego ucisku wewnątrzczaszkowego, tak samo stan spastyczny kończyn.

Z drugiej strony wczesne wystąpienie i tak silny stopień zaburzeń psychicznych nasuwały myśl o zrazie czołowym. *Ataxia cerebellaris* spotyka się, jak wykazały badania WERNICKE'go, BRUNS'a OPPENHEIM'a i in., dość często w nowotworach zrazów czołowych, a tłumaczy się prawdopodobnie zajęciem położonych w nich ośrodków mięśni tułowia. Lewostronny niedowład z udziałem twarzy byłby w tym razie skutkiem ucisku torów piramidalnych w substancji białej i wskazywałby na zajęcie głównie prawego zrazu czołowego. Brak porażenia górnej gałązki nerwu twarzowego był w tym razie bardziej zrozumiałym, niż w przypuszczeniu nowotworu móżdżku. Wobec braku w obrazie klinicznym innych objawów, które mogłyby rozpoznanie rozstrzygnąć, musiało ono pozostać za życia chorego wątpliwem.

[Autoreferat].

STEINHAUS demonstruje przypadek mięsaka wrzecionowato-komórkowego wątroby, znalezionej przy sekcji zwłok 24-letniej kobiety. Osoba ta, zamężna od lat kilku i ciesząca się do ostatnich chwil kwitnącem zdrowiem, zauważyła przed rokiem stopniowe zwiększanie się brzucha; w ostatnich czasach gorączkowała. Przed 3-ma tygodniami zapisała się na oddział kol. KRAUZEGO, który znalazł znaczne zwiększenie wątroby; z prawej strony dochodziła ona do czwartego żebra i na kilka palców schodziła pod linię żebrową, z lewej zaś dochodziła prawie do śledziony. W przypuszczeniu, że zwiększenie wątroby zależy od bąblowca, a nie od guza złośliwego, przystąpił kol. KRAUZE do operacji. W wydobytych po laparotomii lewym płacie znaleziono guz chęłbocący. Po nacięciu wyszła z guza masa krwi i skrzepów; krwotok z trudnością udało się zatamować. Ponieważ wątroba zawierała więcej podobnych chęłbocących guzów, zaniechano dalszej interwencji.

Chora zmarła nazajutrz po operacji.

Sekcja wykazała: uciśnięcie prawego płuca, opuszczenie trzewiów i kolosalnie zwiększoną, acz w formie swej mało zmienioną wątrobę. Pozatem; pomimo najstaranniejszych poszukiwań nie znaleziono na trupie żadnych zmian patologicznych.

Wątroba ważyła 15 funtów, zawierała 8 guzów chęłbocących, lekko wznoszących się nad powierzchnię, wielkości różnej, od jaja kurzego do dwóch pięści razem złożonych i jeden guzik twardy wielkości śliwki węgierki w przejściu od przedniego do bocznego brzegu płata lewego.

Guzy chęłbocące wypełnione były skrzepami krwi i masami nekrotycznymi. Nieco lepiej zachowane były obwodowe części guzów, choć i one przesiąknięte były krwią.

Dość gruba błona łącznotkankowa otaczała wszystkie guzy.

Tkanka wątrobowa wszędzie była stłuszczonej, a wokoło guzów wyraźnie uciśnięta.

Powierzchnia wątroby nad guzami chęłbocącymi była czerwona, w innych miejscach bladeżółta.

Drobnowidzowe badanie cząstek guza twardego i obwodowych części guzów chęłbocących, wyciętych wraz z przylegającą tkanką wątrobową, wykazało, że mamy do czynienia z mięsakiem o wielkich, wrzecionowatych komórkach, wśród których znaleźć można nadto, dość dużo olbrzymich wielojądrowych komórek. Unaczynienie guzów było bardzo obfite, ściany naczyń niezmiernie cienkie—po większej części rurki śródbłonkowe.

Tylko gdzieniegdzie w chęłbocących guzach wyżej opisana budowa (znaleziona w twardym guzie) ocalała w zupełności, przeważnie zaś wybroczyny i nekroza zmieniały ten obraz—zamiast tkanki mięsakowej znaleźć można było bezjądrowe bryły proto-

plazmy lub rozpad komórkowy wśród włóknika i czerwonych krążków krwi.

W niektórych miejscach mniej lub więcej znaczne nacieczenie drobnokomórkowe mas nekrotycznych dopełniało obrazu.

Określenie, który ze znalezionych w wątrobie guzów był pierwotnym, było jak widać z powyższego niemożliwe, również jak docieczenie, czy tkanka łączna międzyzrakikowa, czy też tkanka łączna, otaczająca naczynia i przewody żółciowe stanowiła punkt wyjścia nowotworu.

Pierwotne mięsaki wątroby należą do rzadkości. W powyższym przypadku staranne przeszukanie wszystkich narządów wyklucza przypuszczenie przerzutów wątrobowych mięsaka, w innym miejscu powstałego. Ze względu na rzadkość umiejscowienia przypadek ten zasługuje na zaznaczenie. [Autoreferat].

X. A. ŁOGUCKI przedstawił okaz guza—włóknika, wielkości jaja kurzego, usuniętego za pomocą pętli galwano-kaustycznej, z jamy nosogardzielowej 15 letniej dziewczyny.

Jest to już siódmy przypadek tego rodzaju guzów, operowanych przez ŁOGUCKIEGO za pomocą pętli galwanokaustycznej. Przed założeniem pętli Ł. rozrywa palcem zrosty, o ile guz jest przyrośnięty do otaczających tkanek. Następnie przez jedną z jam nosowych przeprowadza dowolnej długości pętlę z drutu, wyciąga ją przez jamę ustną i rozszerza.

Do założenia pętli na guz Ł. w ostatnim przypadku zamiast palca użył szczypczyków, zagiętych odpowiednio do kierunku i wysokości jamy nosogardzielowej. Założywszy pętlę na miejsce przyczepu guza, Ł. zasuwą przez jamę nosową końce druta na rurkę do pętli i przekonawszy się, że pętla obejmuje dobrze miejsce przyczepu guza, puszcza prąd i guz odcina.

Guz wyjmuje się przez jamę ustną.

W operowanych w ten sposób przypadkach nigdy znaczniejszego krwawienia nie było. [Autoreferat].

XI. Prof. PRZEWSKI przedstawił następujące preparaty anatomo-patologiczne. 1-szy pochodzi od mężczyzny 42-letniego, który w ciągu ostatnich czterech miesięcy zdradzał objawy cierpienia mózgowego. Z objawów dominowały głównie—ból głowy, zawrót, pod koniec pewien rodzaj otępienia umysłowego i objawy zastoinowego przekrwienia dna oka. *Ból głowy początkowo występował przelotnie, przemijająco, potem stopniowo się wzmacniał i dochodził do bardzo wysokiego natężenia. Zajmował on całą głowę, a nie ograniczał się do jednej tylko okolicy. Otępienie umysłu zmieniło się stopniowo w pewien stan półprzytomności, a pod koniec senności. Jednocześnie wystąpiło znaczne zwolnienie pulsu. Wyraźnych ogniskowych objawów nie było. Chorego dobiło włóknikowe, obustronne ostre zapalenie tylnych części płuc.*

Na oględzinach pośmiertnych znaleziono czaszkę prawidłową. Opona twarda miernej grubości, mocno napięta. Opona miękka blada i wszystkie zawoje mózgowe zgładzone. Na powierzchni przekroju mózg blady i w nim pod tylną częścią *corporeis callosi* i nad *corpora quadrigemina* na miejscu, gdzie leży *plexus chorioideus* znajduje się guz wielkości jaja kurzego i formy okrągławo-owalnej. Guz uciska i rozsuwa wszystkie sąsiednie części. Najwięcej zgniecione są — *thalami optici* i *corpora quadrigemina*, a z drugiej strony tylna część spoidła wielkiego. Opona miękka na podstawie mózgu blada, naczynia jej nie przedstawiają nic szczególnego. Przy bliższem badaniu guza okazało się, że składa się on z woreczka o cienkich ściankach z zawartością kaszowatą, która miejscami jest biała i posiada blask muszli perłowej. Nadto w zawartości widać trochę cienkich włosów koloru blond. Drobnowidzowe badanie wykazało, że ścianka woreczka składa się z włóknistej tkanki łącznej, zawierającej stosunkowo niewiele naczyń, na wewnętrznej powierzchni wysłana jest przez tkankę nabłonkową. Najgłębsze warstwy nabłonkowe składają się z komórek okrągławych lub krótko cylindrycznych. Następne po nich bardzo prędko przybierają postać dwuwypukłej soczewki i zaraz potem cienkich łuszek blaszkowatych, zrogowaciałych. Te blaszki zrogowaciałe ułożone na sobie warstwowato odznaczają się blaskiem perłowatym i tem mocniejszym, im więcej okazuje się pomiędzy niemi kryształków cholesteryny. Zrogowaciałe masy nabłonka pomieszane z kryształkami cholestary wypełniają cały worek. Włoski, znajdujące się w worku, pośród mas kaszowatych mają taką budowę jak włoski w torbielach skórzystych jajników. W badanych kawałkach ścianki worka nie znaleziono torebek włosowych, ani gruczołów łojowych. Chcąc ochronić preparat od zniszczenia, nie brano do badania innych kawałków ściany. Jednak obecność włosów w torbieli dowodzi stanowczo, że torebki włosowe w ściankach worka były niezawodnie. Nowotwór zatem jest teratoma i mianowicie dermoid ektodermalnego pochodzenia. Zupełnie podobny nowotwór opisał w ostatnich czasach D-r GLAESER z Wrocławia.

2. Dla porównia PRZEWOSKI przedstawił drugi analogiczny nowotwór na podstawie mózgu, pochodzący od mężczyzny 50-letniego i stanowiący tak zwany — *Perlgeschwulst Margaritoma*. Guz ten składał się z wielu guzików okrągławych, podobnych z wyglądu i blasku do pereł średniej wielkości. ułożonych obok siebie w oponie miękkiej z prawej strony mostu WAROL'a i rdzenie przedłużonego. Guziki pod drobnowidzem okazywały budowę zwykłą w takich nowotworach, a mianowicie składały się z cienkiego woreczka łącznotkankowego, który na wewnątrz był wysłany wielowarstwowym płaskim i prędko rogowiejącym nabłonkiem.

Całą zawartość guzików stanowiła masa biała, błyszcząca, krucha, złożona ze zrogowaciałych komórek nabłonkowych, pomieszanych ze znaczną ilością kryształów cholesteryny. Włosków w zawartości guzików, ani też torebek włosowych i gruczołów łojowych w ścianach nigdzie nie znaleziono. Opona miękka po za granicami nowotworu nie przedstawiała żadnych zmian szczególnych. Substancja mostu WAROL'a i mleczka przedłużonego była stosunkowo niezbyt mocno uciśnięta.

3-ci okaz przedstawiał *degenerationem hyalinam peritonei* Okazane zmiany znaleziono u 52-letniej kobiety, która chorowała długo na rozedmę płuc i u której w dolnej części brzucha wymacywano oddawna dwa okrągławe guzy wielkości prawie głowy dorosłego człowieka.

Na oględzinach pośmiertnych znaleziono istotnie płuca powiększone mniej więcej o $\frac{1}{3}$ ich objętości, skutkiem mocnej rozedmy płuc. *Bronchitis chronica*. Guzy w dolnej części jamy brzusznej okazały się nowotworami jajnika i każdy z nich był *cysto-adenoma proliferum papillare* w postaci jednej dużej torbieli z wielką ilością małych w jej ścianie i mnóstwem brodawek wrastających do wnętrza (*epithelioma papillare*). Najciekawszą jednak osobliwość u tej zmarłej stanowiła zmiana otrzewnej. Mianowicie w bardzo wielu miejscach na otrzewnej ściennej, na dolnej powierzchni przepony, na śledzionie, na wątrobie, na krezce cienkiej i na guzach jajników wyglądała ona zupełnie jak szklistawa chrząstka pokrywająca powierzchnie stawów. Nie było to wcale jednostajne, rozlane zgrubienie otrzewnej, ale masa zgrubień w postaci wysp, dochodzących do wielkości dłoni i zlewających się ze sobą we wszystkich kierunkach za pomocą mniej lub więcej szerokich pasemek. Swobodna powierzchnia zgrubień była gładka, błyszcząca. Na przekroju zgrubienia wyglądały jak chrząstka stawowa. Grubość pojedynczych zgrubień dochodziła do 5 i 6 mm. Przy badaniu drobnowidzowem zgrubienia zawierały bardzo mało komórek wrzecionowatych lub blaszkowatych i prawie całkowicie składały się z substancji międzykomórkowej, złożonej jakby z blaszek leżących warstwami jedna nad drugą. W wielu miejscach nie udawało się wcale wykazanie komórek w substancji międzykomórkowej, a to przy zastosowaniu wszelakich barwników.

Przy badaniu odczynnikami jednolita substancja międzykomórkowa zgrubień, nie dawała żadnego odczynu charakterystycznego dla amyloidu, natomiast barwiła się chciwie za pomocą kwaśnej fuksyny, eozyny, barwnika van GIESSEN'a itd. Wobec takiego zachowania się zgrubień na otrzewnej, można tylko uznać je za zależne od zwyrodnienia szklistawego *degeneratio hyalina conjunctivalis*. Dodać należy, że przy badaniu chorej nie znaleziono żadnego z tych momentów etyologicznych, które powodują rozwój

amyloidu. Prócz opisanych zgrubień otrzewna żadnych innych zmian nie okazywała; nigdzie nie było żadnych zrostów ani jakichkolwiek śladów przebytego zapalenia. Opłucna i osierdzie nie okazywały nigdzie zmian analogicznych. Toż samo opony mózgu, które prócz błądności nie przedstawiały żadnych innych zmian widocznych.

4-ty okaz: *exostosis cartilaginea multiplex* czyli *osteomata chondralia multiplicia*. Zmiany okazane znaleziono u 36-letniego mężczyzny, który umarł na suchoty płucne. Guzy kostne, zwłaszcza na miednicy, chory zauważył u siebie już około 12 roku życia. Guzy rosły stopniowo, ale od lat dziesięciu nie powiększały się wyraźnie. Na oględzinach pośmiertnych znaleziono na szkielecie większych i mniejszych guzków około dwustu. Największy guz był na miejscu spojenia kości łonowej prawej z kością biodrową. Miał on wielkość i formę dużej gruszki osadzonej wierzchołkiem swym na kości. Gruby koniec guza sterczał ku przodowi i wszędzie był otoczony przez wyraźny worek maziowy (*exostosis bursata*). Inne guzy dochodziły do wielkości orzecha włoskiego, orzecha laskowego, ziarnka konopnego i jeszcze mniejszej. Forma guzów była rozmaita, a mianowicie w postaci okrągławej wydatności, a także grzebienia, brodawki itd. Każdy guz na wolnej swej powierzchni był pokryty warstwą chrząstki szklistawej, podobnej do chrząstki powierzchni stawowych. Taka chrząstka na jednych guzach obejmowała ich powierzchnię wolną całkowicie, na innych występowała tylko w postaci licznych wysepek. Wogóle ilość chrząstki na guzach w stosunku do ilości składającej je substancji kostnej była niewielka, jednak niektóre drobniutkie kostniaki składały się prawie wszędzie z substancji kostnej gąbczastej. Gdzie nie były one pokryte na powierzchni chrząstką, pokrywała je tkanka łączna podobna do *periosteum*. Co się tyczy topograficznego rozmieszczenia guzów, to nie było ich wcale na kościach sklepienia czaszki. Na kręgosłupie, żebrach i mostku było ich bardzo mało. Jeden kostniak przed trzonami 2 i 3 kręgów lędźwiowych dochodził do wielkości orzecha laskowego. Również bardzo mało było kostniaków na drobnych kościach stopy i ręki. W kilku miejscach widać było tylko guziczek, dochodzący do wielkości ziarnka konopnego. Najwięcej kostniaków znaleziono na pasach kostnych, łączących kończyny z tułowiem — mniej na kości udowej i ramieniowej i jeszcze mniej na kościach goleni i przedramienia. Na obojczykach znajdują się one przeważnie na wewnętrznych końcach na miejscu połączeń z mostkiem. Na kościach długich, a mianowicie na udzie, kości ramieniowej, a także na kościach goleni i przedramienia kostniaki grupowały się na granicy nasadu trzonu, przyczem zawsze więcej ich było przy końcu górnym, niż dolnym i więcej daleko na

udzie i ramieniu, niż na kościach przedramienia i goleni. Nakoniec na chrząstkach znaleziono około 80 chrząstniaków wielkości od ziarnka konopnego do ziarnka grochu. Składały się one z tkanki chrzęstnej szklistawej i niektóre z nich były zupełnie miękkie, zawierały bardzo wiele komórek i mało substancji międzykomórkowej. Drobne i w małej ilości chrząstniaki znaleziono również na chrząstkach tchawicy od strony błony śluzowej. Nie ulega wątpliwości, że w tym przypadku, podobnie jak prawie we wszystkich innych, liczne kostniaki stanowiły stan patologiczny wrodzony, związany z wadliwym rozwojem szkieletu. Na szkieletcie jednak nigdzie nie można było stwierdzić ani śladu przebytej choroby angielskiej. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes *H. Nusbaum.*

Pom. Sekretarza *L. Dydyński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 24 Kwietnia 1900 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 55 i gości 6.

T r e ś ć: **KRAUZE L.**—Przedstawienie chorego po operacji wycięcia tętniaka tętnicy łokciowej oraz przedstawienie okazu tętniaka.

POPIELSKI Docent (z Petersburga). — „Ośrodek odruchowy wydzielniczej czynności trzustki“.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Przewodniczący powitał obecnych na posiedzeniu gości kol.: **BERNSTEINA** z Krakowa, **DALECKIEGO**, **JARUNTOWSKIEGO** z Poznania, **HOLUBĘ**, **POPIELSKIEGO** (z Petersburga) i **VACQUERETA**.

III. Do biblioteki **HALPERN** złożył odbitki swych prac, oraz nadesłano **Rozprawy Akad. Umiejęt.** Tom 15 i 17.

IV. **PREZES** odczytuje zawiadomienie **d-ra FEDOROWA** o zatwierdzeniu w Petersburgu kasy pogrzebowej dla lekarzy.

V. Kancelarya cenzury zawiadomiła o zatwierdzeniu **Stanisława KAMIENSKIEGO** na stanowisku redaktora **Pamiętnika Tow. Lekarskiego.**

VI. Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zaprasza do przyjęcia udziału w Zjeździe.

VII. KRAUZE przedstawił chorego, który zwrócił się do niego o poradę z powodu silnego bólu w górnej wewnętrznej części przedramienia lewego. Ból ten zjawił się u chorego 18 dni temu, a wkrótce potem zauważył on w miejscu bolesnem niewielkie obrzmienie. Gdy K. po raz pierwszy widział chorego, miał ten ostatni tak silne bóle, że o dokładnem zbadaniu miejsca bolesnego mowy być nie mogło, widać było tylko nieco na zewnątrz od kłykcia wewnętrznego kości ramieniowej obrzmienie, idące w górę po za zgięcie na dolną okolicę ramienia. Prócz bólu w miejscu obrzmienia, chory uczuwał jeszcze ból w dolnej zewnętrznej części ramienia, gdzie żadnych zmian widać nie było. Dopiero po kilku dniach, gdy ból znacznie się zmniejszył można było przedsięwziąć dokładne badanie. Wtedy K. przekonał się, że obrzmienie było ograniczone, zajmowało dolną wewnętrzną część ramienia i górną przedramienia, twarde, chełbocące niewyraźnie, a przy lekkim dotknięciu palcem mógł w miejscu tem wyczuć słabe tętnienie. Rozpoznawszy *aneurysma art. brachialis* lub *ulnaris*, K. przystąpił do operacji, przyczem stwierdził, że w rzeczy samej ma do czynienia z aneuryzmatem tętnicy łokciowej, przylegającym zewnętrzną swoją powierzchnią do rozciągniętej *m. bicipitis*. Ze strony wewnętrznej do guza przylegał mocno nerw pośrodkowy tak, że dość trudno było go od guza oddzielić. Podwiązawszy powyżej i poniżej guza tętnicę i żyłę, K. wyciął guz w zupełności. Rana zagoiła się przez rychłozrost prócz małej części, gdzie był wprowadzony kawałek muslinu. Chory czuje się dobrze.

Wycięty guz przedstawia się nieco inaczej, aniżeli zwykły aneuryzmat; posiada on formę worka o grubych ścianach, ze strony wewnętrznej wchodzi do niego tętnica i kończy się w ścianie otworem okrągłym; nieco niżej znajduje się drugi otwór tejże samej tętnicy. Obok dolnego otworu znajduje się drugi otwór prowadzący do żyły. K. przypuszcza, że zmiany te są wrodzone, zresztą być może badanie drobnowidzowe wyjaśni, w jakim stosunku znajduje się worek do naczynia przezeń przechodzącego.

[Autoreferat].

VIII. POPIELSKI wygłosił rzecz p. t.: „Ośrodek odruchowy wydzielniczej czynności trzustki“. Doświadczenia, na których P. oparł swe wnioski, dokonywane były na psach. Polegały one na tem, że po zrobieniu tracheotomii P. szybkim cięciem oddzielał rdzeń kręgowy od przedłużonego, stosując sztuczne oddychanie. Odszukiwał następnie przewód trzustkowy, wstawiał weń kaniulkę i łączył ją, za pomocą kauczukowej rurki, z ciekłą rurką szklaną, średnicy 2—3 mm., z podziałkami milimetrowymi. Sok trzustkowy, wydzielając się, wchodził do rurki, posuwając się na

pewną ilość podziałek w ściśle oznaczonym czasie. Ażeby pobudzić trzustkę do czynności wydzielniczej P. wlewał za pomocą kaniulki do dwunastnicy kwas solny, koncentracji 0,4 — 0,5%. Przypuszczenie, że wydzielanie się soku trzustkowego, po wlaniu kwasu solnego do dwunastnicy, następowało wskutek wchłaniania się kwasu solnego do krwi P. uważa za niesłuszne już choćby na podstawie teoretycznego rozumowania. Gdyby tak w rzeczy samej było, to oznaczałoby to, że czynność trzustki następuje wskutek obniżenia się alkaliczności krwi po wchłonięciu się do krwi kwasu solnego. Jest to niemożliwe, gdyż wiemy, że kwas solny soku żołądkowego, tworząc się ze krwi, podnosi jej alkaliczność, a jednak prowadzi za sobą również wydzielanie się soku trzustkowego. Prócz tego przeciwko takiemu przypuszczeniu przemawia po 1-sze ta okoliczność, że wydzielanie następowało nadzwyczaj szybko po wlaniu do dwunastnicy kwasu solnego, tak że nie mogło być mowy o wchłanianiu się kwasu do krwi, po 2-ie zaś doświadczenia, które wykazały, że wydzielanie się soku trzustkowego nie następowało, gdy wprowadzono kwas do odbytnicy lub jelit grubych. Należy więc przypuścić, że trzustka wykonywa swą czynność odruchowo, pod wpływem bodźców pochodzących z błony śluzowej przewodu pokarmowego.

Ażeby się przekonać, w jakich częściach przewodu pokarmowego powstają bodźce, sprowadzające czynność trzustki, P. za pomocą przewiązań oddzielał różne części przewodu pokarmowego i do każdej z nich oddzielnie wlewał kwas solny i obserwował wydzielanie się soku trzustkowego. W ten sposób przekonał się, że tylko podrażnienie błony śluzowej dwunastnicy i cienkich jelit sprowadza wydzielanie się soku trzustkowego. Cały szereg doświadczeń przekonał autora, że wydzielnicza czynność trzustki [powstała na drodze odruchowej, przez wlewanie do dwunastnicy kwasu solnego] nie ginie nawet w tych razach, jeżeli u zwierzęcia zostanie zniszczony całkowicie rdzeń kręgowy, przecięte obydwie nerwy błędne i współczulne, przecięte *ganglion coeliacum*, czyli przerwaną zostanie wszelka łączność trzustki z ośrodkowym układem nerwowym. Tego rodzaju doświadczenia udawały się autorowi na kotach, przyczem musiał zawsze podwiązywać wszystkie ważniejsze tętnice, nie mające związku z trzustką, ażeby obniżenie ciśnienia krwi, następujące zawsze po zniszczeniu rdzenia, nie sprowadzało natychmiast śmierci. Wykazują one, że odruchowa czynność trzustki zależną jest przede wszystkim od tych komórek zwojowych, które znajdują się w samej trzustce lub najbliższym jej sąsiedztwie. Doświadczenia te dają jednocześnie autorowi powód do wypowiedzenia twierdzenia, że obwodowe ośrodki nerwowe, mogą pracować samodzielnie, a ośrodkowy układ nerwowy panuje nad czynnościami wszystkich narządów i może je zmieniać w różnych kierunkach.

NUSBAUM zaznacza, że właściwie istnieją doświadczenia, wykonane już dawniej, wskazując również na to, że niekoniecznie w ośrodkowym układzie nerwowym poszukiwać należy ośrodków dla odruchowej czynności wielu narządów. CLAUDE BERNARD wykazał to w stosunku do gruczołu podszczękowego, w stosunku zaś do pęcherza podniósł to NUSBAUM w swej pracy p. t.: „O unerwieniu mięśnia wyżymacza pęcherza moczowego“, drukowanej w 1879 r. w Pam. Tow. Lek.

POPIELSKI odpowiada, że doświadczenia CLAUDE BERNARD'a nie wykazały tego dowodnie, gdyż SCHIFF, BIDDER i HEIDENHAIN uważają, że doświadczenia te nie są wolne od pewnych wątpliwości. Doświadczenia zaś, dokonywane na zwierzętach w celu wykazania, że odruchowym ośrodkiem dla czynności pęcherza jest *ganglion mesentericum inferius*, nie są również dostatecznie przekonywające, gdyż w pęczku czuciowym, doprowadzającym bodźce do zwoju, mogą być zabłąkane włókienka ruchowe, które, tworząc pętlę, wracają do pęczka ruchowego. Pobudzając nerwy dośrodkowe możnaby w tym razie otrzymać czynność pęcherza—bez udziału zwoju, a więc nie na drodze odruchowej.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *St. Markiewicz*.

Pom. Sekretarza *L. Dydyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 1 Maja 1900 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz**.

Obecnych Członków 61.

T r e ś ć: W sprawie wydawnictwa katalogu umiejętnościowego.

PRZEWOSKI Prof. — Przedstawienie preparatów anatomo-patologicznych: 1) *Transpositio articularum*. 2) *Neurofibroma molluscum multiplex cutis, peritonei, pleurae et pericardii*, 3) *Osteomyelitis et periostitis purulenta acuta maligna femoris dextri*. 4) *Endocarditis acuta maligna*.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Do biblioteki BREGMAM i KORYBUT-DASZKIEWICZ złożyli odbitki swych prac; nadto nadesłano rocznik *Casopis. lékařu českých* za rok 1899.

III. PREZES oznajmił, że Wł. KRAJEWSKI odłożył swój odczyt na następne posiedzenie.

IV. Wice-PREZES przedstawił sprawozdanie komitetu bibliotecznego w kwestyi przygotowania do druku i wydania katalogu umiejętnościowego. Komitet biblioteczny obliczył, że wydawnictwo trwałoby około roku i kosztowało 3600 rubli.

Wice-PREZES nadmienił, że obliczenie to zostało przedstawione Zarządowi, który po naradzie pszyzedł do przekonania, że pewna redukcya jest tu możliwą. Zarząd proponuje, aby nie drukować po kilka razy tytułów prac; możnaby w końcu oddzielnych działów umieszczać nazwiska autorów, których prace są już drukowane w innych działach, przez co objętość i koszt wydawnictwa znacznie zostałyby zmniejszone. Zarząd sądzi, że należy pracę rozpocząć.

Zdaniem SOKOŁOWSKIEGO koszta wydawnictwa są za wysokie w stosunku do pożytku, jaki katalog przyniesie.

W dyskusyi zabierali głos KRAJEWSKI, STEINHAUS, Edward ZIELIŃSKI, PRUSZYŃSKI i Wice-PREZES, który wniósł, aby Towarzystwo zleciło Zarządowi przygotowanie szczegółowego projektu wydawnictwa.

Wniosek Wice-PREZESA jednomyślnie został przyjęty.

W końcu PREZES oświadczył, że Zarząd przyjmie pod uwagę wszystkie poczynione uwagi i nie omieszka we właściwym czasie przedstawić Towarzystwu danych w postaci wniosku.

V. PRZEWOSKI Prof. przedstawił następujące preparaty anatomiczno-patologiczne:

1) *Transpositio arteriarum* znaleziono u paromiesięcznego dziecka, które na oddziale szpitalnym kol. ANDERSA przebywało 10 dni. Wzrost i odżywianie dobre. Na błonie śluzowej jamy ust soor. Na całym ciele, a głównie na kończynach mocna sinica (*morbis coeruleus*). Dziecko umarło przy objawach upadku sił i stopniowo wzmagającej się sinicy.

Na trupie znaleziono również sinicę w bardzo wysokim stopniu; sine były nie tylko wszystkie tkanki gruczołów, błon śluzowych surowicznych itd., ale nawet odznaczała się czerwono-sinym odcieniem biała substancja półkul mózgowych. Jako przyczynę tej ogólnej i bardzo mocnej sinicy całego organizmu znaleziono wadę rozwojową serca. Osierdzie nie przedstawiało nic szczególnego. Serce jest znacznie powiększone w wymiarze poprzecznym [mniej więcej o połowę]. Ściana prawej komórki za-

równy jak i lewej są jednakowej grubości [około 4 mm.]. Do rozszerzonego prawego przedsionka otwierają się na prawidłowym miejscu żyły główne górna i dolna. W otworze prawym żylnym widać dobrze zbudowaną zastawkę trójdzielną. Z prawej komórki wychodzi zupełnie prawidłowo wyglądająca aorta z trzema zastawkami półksiężycowymi i 2 tętnicami wieńcowymi. Z łuku aorty odchodzą ku górze tętnice w zwykłym porządku i wielkości. Poniżej łuk aorty przechodzi w aortę zstępującą i brzusznią, nie przedstawiającą żadnych zбочeń w budowie. Do lewego przedsionka serca otwierają się żyły płucne zwykłej wielkości. Zastawka dwudzielna zbudowana normalnie. Z lewej komórki wychodzi tętnica płucna, która rozdziela się na dwie gałęzie zwykłej wielkości, udające się do prawego i lewego płuca. Na prawidłowym miejscu aortę z tętnicą płucną łączy niezarośnięty przewód BOTAL'a. Średnica jego ma około 4 młm. Przegroda międzykomórkowa wykształcona zupełnie dobrze, od dołu mięsna i od góry błoniasta. Przegroda międzyprzedsionkowa ma otwór owalny takiej wielkości, jaki zwykle bywa u dzieci parumiesięcznych. Tym sposobem przedstawiona wada serca jest czystym przypadkiem tego, co nazywają *transpositio arteriarum*. Niema tu żadnej innej komplikacji, jak to zwykle bywa w innych przypadkach, np. w postaci niedokształcenia przegrody międzykomórkowej itd. Skutkiem zupełnego przestawienia tętnic wielkich serca wytworzyły się dwa zupełnie osobne krążenia: tętnicze i żyłne. Połączenie pomiędzy nimi było tylko za pomocą *foramen ovale* i przewodu BOTAL'a takiej wielkości, jak to zwykle widzi się przy normalnym rozwoju serca. Jak ROKITANSKY i inni wykazali, wada powyższa powstała skutkiem nieprawidłowego zrośnięcia się górnego końca przegrody międzykomórkowej z dolnym końcem przegrody, rozdzielającej zarodkowy *truncus arteriosus*.

2) *Neurofibroma molluscum multiplex cutis, peritonei, pleurae et pericardii*. Guzy te znaleziono u 36-letniego mężczyzny, który zmarł na ostre włóknikowe zapalenie płuc (*pneumonia crouposa acuta*). Osobnik ten był dobrze odżywiony i zbudowany. Nowotwory na jego skórze istniały już w wieku dziecięcym i rosły stopniowo, nie przyczyniając choremu żadnego bólu. Guzów najwięcej było na tułowiu, a mianowicie na grzbiecie. Tu właściwie trudno było odszukać miejsce, gdzieby guza nie było. Były one rozmaitej wielkości: od ziarenka prosa do wielkości głowy dziecka. Wszystkie były miękkie, półsferyczne, brodawkowate lub wiszące na szypułkach. Na pokrytej włosami skórze głowy guzów także było niezmiernie wiele. Prawie nigdzie nie było miejsca wolnego od nich, ale największe z tych guzów dochodziły tylko do wielkości orzecha laskowego. Na czole guzów było jeszcze dosyć wiele. Na twarzy tylko miejscami i małe. Toż sa-

mo na przedniej części szyi. Za to na tylnej części szyi guzów widać było mnóstwo i niektóre z nich dochodziły do wielkości orzecha laskowego. Na kończynach wogóle guzów znajdowało się mniej, niż na tułowiu. Wogóle tutaj stosunkowo najwięcej ich znaleziono na biodrze i ramieniu. W miarę zbliżania się ku palcom guzów było coraz mniej, i traciły one na wielkości. Na przecięciach skóry widać było mniejsze i większe guziki w rozmaitych warstwach widać je było również i w tkance łącznej podskórnej. Przy delikatnem wyluszczeniu tych guzików jedne oddzielały się zupełnie łatwo i gładko bez widocznych szypulek, inne zaś połączone były ze skórą za pomocą szypulek nitkowatych. Wiele guzików nowotworowych było na otrzewnej i daleko mniej na opłucnej i osierdziu. Na otrzewnej guziki dochodziły od wielkości ziarnka prosa do ziarnka grochu. Wogóle były one tej samej twardości, co i na skórze. Jedne z nich wznosiły się nad poziom błony surowiczej, półsferycznie, inne brodawkowato, a niektóre z nich wisały na szypułkach. Najwięcej guzików było nad żołądkiem, nad kiszka cienką i nad kiszka grubą. Na innych częściach otrzewnej było ich daleko mniej. Nad kiszka cienką mniej więcej jeden guzik przypadał na jeden do dwóch centymetrów kwadratowych. Na opłucnej guziki były takie same, jak na otrzewnej, lecz tutaj było ich stosunkowo mało. Jeszcze mniej znaleziono ich w rozmaitych miejscach na osierdziu. Nakoniec miękkie włókniaki znaleziono jeszcze w niektórych nerwach obwodowych. Były one jednak małe i w małej ilości. Forma ich przeważnie była wrzecionowata. Mózg i jego opony nie przedstawiały zboczeń widocznych. Toż samo rdzeń pacierzowy z korzeniami nerwowymi. Przy badaniu mikroskopowem guzy te przeważnie okazały się miękkimi włókniakami na nerwach obwodowych (*neurofibroma*). W większej części tych guzów można było bardzo wyraźnie wykazać wchodzący nerw do guza i wychodzący z niego. W guzach włókna nerwowe przebiegały albo razem, albo oddzielnie, poprzedzielane przez tkankę łączną. Często włókna nerwowe leżały w osi guza, ale też nierzadko i w jego obwodowej części. W wielkich guzach najczęściej nie można było odszukać włókien nerwowych; mogło to zależeć od tego, że albo włókna nerwowe zanikały, albo też zbyt odległe od siebie były rozsiane w tkance łącznej guza. W małych guzach nie udawało się wcale odszukać nerwów, rozwijały się one dokoła gruczołów łojowych, potowych i torebek włosowych, jakby z bezpośrednio otaczającej je tkanki łącznej. Wogóle stosunek guzów otrzewnej do nerwów był taki sam, co w skórze. Trudniej daleko było wykazać to na opłucnej i osierdziu. Na dużych pniach nerwowych włókniaki powstały tak samo, jak na drobnych gałązkach nerwowych w skórze. Tkanka łączna włókniaków wszędzie była miękka i zupełnie z bu-

dowy podobna. Wszędzie zawierała ona stosunkowo więcej komórek stałych, niż zwykła miękka tkanka łączna. Wogóle wszędzie w guzach było bardzo wiele komórek tucznych (Mastzellen). Leukocyty tylko miejscami występowały w większej ilości. Substancja międzykomórkowa guzów wszędzie była słabowłókuista. Nad guzami skóry wszędzie uwydatniała się mocna pigmentacja naskórna.

3) *Osteomyelitis et periostitis purulenta acuta maligna* u 10-miesięcznego dziecka. Dziecko to chorowało krótko, 3 czy 4 dni, w czasie choroby mocno gorączkowało i było nieprzytomne (*typhus ossium*). Na trupie prócz zmętnień parenchymatycznych w wątrobie i nerkach znaleziono tylko wymienione cierpienia prawej kości udowej. Mianowicie cała okostna prawego uda, począwszy od podstawy skreću wielkiego (*trochanter major*) do dolnego końca stawowego uda była odłuszczona od trzonu kości w postaci obszernego worka i wypełniona gęstą żółtą ropą. Chrząstka pomiędzy trzonem kości udowej i dolnym jej końcem stawowym była zupełnie zropiała. Trzon kości udowej na miejscu szpiku przepelniony ropą. Ropa badana pod mikroskopem zawierała wiele ciałek ropnych a nadto ogromną ilość *staphylococci pyogenis et streptococci pyogenis*.

4) *Endocarditis acuta maligna* z niezwyklej powikłaniami. Srpawę tę znaleziono u 42-letniego mężczyzny, który przed kilku miesiącami chorował na włóknikowe zapalenie górnej części prawego płuca z zejściem w stwardnienie. W stwardniałych częściach płuca miejscami wytworzyły się niewielkie rozszerzenia oskrzeli. U tego chorego na kilka dni przed śmiercią bez żadnych wyraźnych objawów wybuchła *endocarditis maligna acuta valvularum semilunarium aortae*. Została w zwykły sposób zniszczona zastawka półksiężycowa zewnętrzna aorty; z niej sprawa zapalna przeszła na ścianę aorty, na wielką klapę zastawki dwudzielnej i na przednią część mięśnia sercowego komórki lewej. Zniszczenie miejscowe ściany aorty (*intimae et mediae*) stało się punktem wyjścia dla woreczkowatego tętniaka aorty, wielkości małego orzecha laskowego. Przy podstawie wielkiej klapki zastawki dwudzielnej wytworzyła się *aneurysma valvulore acutum*. Nakoniec rozszerzenie się zapalenia na mięsień serca wywołało w nim wytworzenie się ropnia przy podstawie zastawki półksiężycowej, a ten szerząc się do samego osierdzia, wywołał *pericarditis purulenta acuta* z wielką ilością ropy. Do przerwania osierdzia i wylewu krwi nie doszło. W ropie wszędzie znaleziono *diplococcus FRAENKEL'a*.

[Autoreferat].

VI. Dla braku dostatecznej na posiedzeniu ilości członków PREZES odłożył na następne posiedzenie odbycie dyskusji i doko-

nanie głosowania nad wnioskiem 34 członków w kwestyi wyboru czasopism.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *S. Markiewicz.*

Sekretarz *A. Łogucki.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 15 Maja 1900 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 66 i gości 3.

T r e ś ć: W sprawie delegacyi na uroczystość jubileuszu Wszechnicy Jagiellońskiej.

BREGMAN L.—Przedstawienie: a) 9-letniego chłopca z nowotworem mózdzku, b) chorego z porażeniem lewej połowy ciała po zaccadzeniu.

DOBROWOLSKI Z.—Przedstawienie: a) dziewczynki z nowotworem jamy nosogardzielowej; b) chłopca po ostrym ropniu przegrody nosa.

KRAJEWSKI Wł.—Przedstawienie preparatów, rysunków i chorych po operacyi *perityphlitis*.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: Antoninę ZIELIŃSKĄ, WERTHEIMA i ZAJĄCZKOWSKIEGO.

III. Z kancelaryi p. Jenerał-Gubernatora nadeszło zawiadomienie o zatwierdzeniu na członka korespondenta Towarzystwa docenta akademii krakowskiej Stanisława CIECHANOWSKIEGO.

IV. Do biblioteki WIZEL, BORSUK i NEUGEBAUER nadesłali odbitki swych prac, nadto złożono zeszyt za Maj r. b. „Mediciner Anzeiger“.

V. PREZES odczytał odezwę p. Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego, wzywającą do przysłania 2-ech delegatów na uroczystość obchodu jubileuszowego odnowienia tej wszechnicy.

Uchwalono zwrócić się z prośbą do prof. BARANOWSKIEGO i prof. HOYERA, którzy mają zamiar jechać na tę uroczystość, aby zechcieli przyjąć na siebie obowiązki delegatów Towarzystwa.

VI. BREGMAN przedstawił 1) 9-letniego chłopczyka, u którego rozpoznaje nowotwór mózdzku. Chory pochodzi z rodziny zdrowej, rozwijał się dobrze, chodził do szkoły. Od roku miewa napady bólu głowy, bez ścisłego umiejscowienia, z wymiotami, Napady z początku rzadkie, ku jesieni bywają coraz częstsze. Później chłopiec zaczął źle chodzić, jak pijany. Przed 4-ma miesiącami zauważono nagle zupełną utratę wzroku. Od tego samego czasu silny ból głowy i wymioty ustały, a głowa zaczęła się stale powiększać.

Badanie chorego wykazuje: obwód czaszki = $56\frac{1}{2}$ ctm. Szew strzałkowy wyraźnie się rozszedł. Przy opukiwaniu czaszki ból niewielki. *Opisthotonus* zmiennego natężenia. Silna kontraktura w zgięciu kończyn dolnych, wyraźny stan spastyczny w górnych. Pareza kończyny prawej górnej, oraz drżenie ataktyczne tej kończyny. Prawą kończyną dolną nie porusza wcale, lewą porusza nieco. Zanik pozapalny nerwów wzrokowych. Oddziaływanie źrenic na światło leniwe. Niedowład prawego nerwu twarzowego wyraźny w gałazce dolnej, niepewny w górnej. Odruchy ze ścięgna Achillesa wzmożone; *clonus pedis*. Odruchów kolanowych wywołać nie można; podeszwowe wzmożone. *Torpor cerebri*. Rozpoznanie nowotworu nie jest w przypadku tym wątpliwe, a umiejscowienie w mózdzku bardzo prawdopodobne 1) z powodu tak silnych objawów uciskowych i wtórnego wodogłowia, które doprowadziło nawet do rozejścia się szwów czaszkowych, 2) z powodu wczesnych zaburzeń ataktycznych. Przyjmując na uwagę porażenie prawego nerwu twarzowego i prawych kończyn należy przypuścić umiejscowienie w prawej półkuli. Na szczególną uwagę zasługuje rozejście się szwów u 9-letniego chłopca, równoczesne znaczne zmniejszenie objawów uciskowych.

2) Chorego 38-letniego z porażeniem lewej połowy ciała po zaccadzeniu. Chory uległ zaccadzeniu przed 3 ma miesiącami wraz z 6-ma innymi osobami, z których żadna nie zmarła. Odzyskawszy przytomność, chory nie mógł już ruszać ani ręką lewą ani nogą. Był ciężko chory przez 3 dni, po 3-ch tygodniach zaczął chodzić, po jakimś czasie ręka poprawiać się zaczęła. Obecnie porażenie odpowiada zwykłej postaci *hemiplegia capsularis* w stanie poprawy. B. przypuszcza rozmięczenie w torebce wewnętrznej wskutek zakrzepu w gałazce *A. Fossae Sylvii*. Rozmięczenia podobne wieloogniskowe spotyka się rzadko po otruciu tlenkiem węgla w przypadkach bardzo ciężkich z przebiegiem postępującym i zejściem śmiertelnym, w przypadku stosunkowo niezbyt ciężkim i z zejściem pomyślnym jest ono rzadkością. *Actinomycosis colli*, na którą chory cierpi od kilku tygodni dopiero i z powodu której został zapisany początko-

wo na oddział kol. ODERFELDA, nie ma z porażeniem żadnego związku. [Autoreferat].

VII. DOBROWOLSKI Z. przedstawił 2-ch chorych.

1) 7-letnia dziewczynka z Łomżyńskiego przyjętą została na oddział D. w szpitalu dla dzieci w połowie Lutego b. r. Wywiady wskazują, że od roku chora cierpi na utrudniony oddech, zatkanie nosa, osłabienie słuchu i bóle głowy. Objawy te wzrastały się od jesieni roku zeszłego.

Przy badaniu D. znalazł jamy nosowe wypełnione polipami, wystającymi z nozdrzy przednich nazewnątrz, znaczne wypuklenie podniebienia miękkiego do jamy ust, obrzęk języczka, a po za nim zwieszający się do jamy gardzieli guz blado-różowego koloru, pokryty śluzem i zgrubiałym nabłonkiem; guz ten zrazowej budowy całkowicie wypełnia i rozszerza jamę nosogardzieli prawie w trójnasób; podstawa guza znajduje się na stropie gardzieli i górnej lewej jej ścianie. Częstki guza wchodzą do obu jam nosa przez nozdrza tylne.

Uważając cierpienie za polipy jamy nosogardzielowej i nosa, D. usunął je pętlą zimną i kleszczami przez nos i usta pod chloroformem przy zupełnie zwieszanej głowie.

Nowotwory makroskopowo przedstawiały się jako śluzaki i włókniaki twarde, razem objętości małego kurzego jaja, krwawienie było umiarkowane.

Po operacji duszność i zatkanie nosa ustąpiły, słuch choć jeszcze osłabiony powrócił, chorą w 2 tygodnie po operacji wzięto ze szpitala.

Przed kilku dniami znowu przywieziono chorą z objawami zatkania lewej jamy nosa i nieznacznej duszności; ojciec dziewczynki nadmienia, że w miesiąc po operacji wystąpiły bardzo silne bóle w lewej skroni, zjawił się zez rozbieżny i wypchnięcie gałki ocznej lewej (*exophthalmus sin.*). D. sądzi, że ma do czynienia z polipami [włókniakami] pozaszczękowymi, wyrastającymi z lewej jamy skrzydło-podniebiennej (*fossa pterygo-palatina*), które po usunięciu dolnych części nowotworu rozrosły się ku górze do jamy lewego oczodołu (przez *fissura orbitalis*), również dostały się do jamy skroniowej lewej, jam nosa i nosogardzieli.

Możliwym jest również mięsak lub gruczolak niszczący (*adenoma destruens*), co tylko dalsza obserwacja i badanie mikroskopowe rozstrzygnąć może.

Przypadek powyższy D. uważa za niezwykle ze względu na wiek, trudności rozpoznawcze i lecznicze.

Guzy nosogardzieli za wyjątkiem wegetacji do lat 10 wieku są bardzo rzadkie.

Co się tyczy leczenia to D. zamierza najprzód usunąć guz doszczętnie przez nos i usta, w razie zaś powtórnego nawrotu należy wykonać rezekcję górnej szczęki.

2-gi chory, 12-letni chłopiec, 2 tygodnie temu, spadł z huśtawki i uderzył się nosem o twardy przedmiot; zemdlonego przywieziono do domu, tutaj wystąpiło krwawienie z nosa i całkowite zatkanie nosa.

Na 2-gi dzień zjawiła się gorączka, dreszcze, bredzenie i silne opuchnięcie nosa oraz wybroczyny krwawe powiek dolnych. Na 3-ci dzień chorego przywieziono na oddział, gdzie D. skonstatował bardzo silne opuchnięcie i zatkanie nosa, T. 40°, puls 60—80 kilkakrotne wymioty, rozszerzenie źrenic. Przegroda nosa z obu stron wydęta w kształcie poduszki.

D. zrobił szerokie nacięcia w guzie przegrody, przytem wyszło około 75 ctm. sz. krwi z ropą i kawałek *vomeris*. Po operacji zastosowano także antyflozoę, chory od czasu operacji stale się poprawia, gorączka stopniowo znikała, ustąpiły i inne objawy.

W przypadku tym D. rozpoznaje ostry ropień przegrody nosa, pęknięcie *vomeris* oraz ścian komórek sitowych i podrażnienie zapalne opon mózgowych. [Autoreferat].

VIII. KRAJEWSKI Wł. przedstawił szereg preparatów, rysunków i chorych po operacji *perityphlitis*. Zaznaczywszy wielką żywotność sprawy leczenia zapaleń, powstających około wyrostka robaczkowego, która to sprawa nie schodzi dotychczas z porządku dziennego posiedzeń wielu Towarzystw lekarskich zagranicznych i ciągle jest omawiana w prasie lekarskiej, KRAJEWSKI stwierdza stosunkowo mały udział naszej prasy i naszych Towarzystw lekarskich w opracowaniu tego tematu. Oprócz wykładów prof. KLECKIEGO [Przegląd Chirurg. r. 1900, str. 587] i prof. RYDYGIER [Przegląd Lek. r. 1899, str. 507] oraz dyskusji, która nastąpiła po tych wykładach na ostatnim zjeździe chirurgów polskich w Krakowie, spotkał się K. w naszej literaturze jedynie z kazuistycznymi artykułami. K. sądzi, że na zasadzie przeprowadzonej w łonie Towarzystwa Warszawskiego, wszechstronnej dyskusji, możnaby dojść do wyrobienia pewnych stałych zasad w leczeniu tego cierpienia. Takie ustalenie zasad postępowania lekarskiego, byłoby praktycznie bardzo ważnem, doprowadziłoby bowiem do ujednostajnienia zapatrywań i zmniejszyłoby chwiejność, cechującą po dziś dzień zachowanie się niejednego lekarza wobec tej ciężkiej niemocy. Porozumienie się takie uważa K. za tembardziej wskazane, że dotychczas akty całej sprawy zgłębia nie są zamknięte, panują bowiem najróżnorodniejsze poglądy na zachowanie się lekarza w przypadkach tego rodzaju od radykalizmu

SONNENBURG'a i LEMANDER'a aż do konserwatyizmu RENVERS'a, SAHL'ego i ROTTER'a.

Chcąc się przekonać, czy u ludności warszawskiej niema jakich różnic etnograficznych w anatomii wyrostka, uprosił K. asystenta swego D-ra WERTHEIMA o dokonanie szeregu badań na trupach. Badania bardzo dokładnie dokonane na 100 trupach obojga płci, będą osobno ogłoszone, dziś przytacza z nich K. tylko dane następujące: Średnia długość wyrostków u nas napotykanym jest większa od średniej długości odnotowanej gdzieindziej. U nas średnia długość wynosi u mężczyzny, 9,8 ctm., u kobiety 9,5 ctm., podczas gdy RIBBERT oznacza średnią długość 8,2 ctm., BERRY na 8,3 ctm., LAFORGUE na 6,9 ctm. Średnia odległość punktu MAC BURNEY'a od wierzchołka wyrostka wynosi 6,4 ctm. od podstawy wyrostka 5,5 ctm. od końca przedniej taśmy kiszki ślepej 5,1 ctm.

K. obserwował ogółem 230 przypadków zapaleń okołowyrastkowych. Z nich 105 zakończyło się wyzdrowieniem bez operacji [czy i ile nastąpiło w tych przypadkach nawrotów trudno było sprawdzić], 125 razy była wykonana operacja. Z tej liczby 14 razy wykonano operację przy ogólnym zapaleniu otrzewnej, z tej liczby wyzdrowiała tylko 1 kobieta; 52 razy operowano w czasie ostrego napadu—7 śmierci; 21 razy w okresie chronicznym—4 śmierci; 38 operacji dokonano w okresie wolnym w postaciach recydujących—wszyscy chorzy wyzdrowieli.

Przed zakomunikowaniem swych uwag o leczeniu zapaleń okołowyrastkowych przedstawia K. 13 chorych wyleczonych drogą operacji i 1 chorego kwalifikującego się do operacji z powodu *perityphlitis recidivans*, a następnie 35 rysunków usuniętych wyrostków i 15 preparatów zachowanych w formalinie.

Przedstawionych chorych dzieli K. na następujące grupy:

Grupa I. Chorzy operowani w ostrym napadzie w z g l ę d n i e w c z e ś n i e:

1) Chora S. operowana w szpitalu 18 Marca 1898 roku. Przybyła z silną gorączką, bólem w prawym dole biodrowym i znacznym nacieczeniem nad prawym więzłem POUPART'a w 6-y m dniu choroby. Ciągłe trwanie gorączki, stałe powiększanie się nacieku i pogorszenie stanu ogólnego zmusiło do operacji. Ropień nie przylegał nigdzie do ściany brzusznej, tak że cięciem równoległym do POUPART'a otworzono przedewszystkiem wolną jamę brzuszną. Po ochronieniu jej serwetami, rozdzielono pośrodku cięcia zlepione kiszki i sieć, wtedy dopiero wypłynęła znaczna ilość ropy. W ropniu znaleziono wyrostek przedziurawiony, oraz dość znacznych rozmiarów kamień kałowy. K. przedstawia rysunek wyrostka i kamienia. Jamę ropnia wytamponowano gazą jodoformową. Ranę ścian brzusznych tylko częściowo zaszyto. Go-

jenie prawidłowe, zupełne zagojenie w 5 tygodni po operacji. We 2 lata później chora zjawiała się w szpitalu z ogromną przepukliną brzuszną, której fotografię K. przedstawia. 10 Marca 1900 roku dokonano radykalnej operacji przepukliny [dwupiętrowy szew na powłoki brzuszne, po uprzednim usunięciu wielkiego worka przepuklinowego]. Obecnie chora jest radykalnie wyleczoną: ściana brzuszna symetryczna, z obu stron przy kaszlu i nadymaniu okazuje jednakową odporność.

2) Chory P. operowany po raz pierwszy w szpitalu dnia 19 Sierpnia 1899 r. Zachorował nagle 12 Lipca tegoż roku, dostał mianowicie silnych bólów, wymiotów i zaparcia stolca. Pierwiastkowo leczył się w domu, w pierwszych dniach Sierpnia przeniósł się na oddział D-ra DUNINA, gdzie stwierdzono gorączkę, naciek w prawym dole biodrowym, zaparcie stolca i przemijające bóle w brzuchu. Po kilku dniach próbną punkcja, dokonana na oddziale wewnętrznym, wykazała obecność ropy w nacieku, co spowodowało przeniesienie chorego na oddział chirurgiczny. Operacja wykazała, iż ropień na małej przestrzeni przylegał do ściany brzusznej, tak że można go było otworzyć bez otwierania ogólnej jamy brzusznej. Wyłynęło 3 stołowe łyżki ropy. Wyróstka w ropniu nie znaleziono, skrzętniejszych poszukiwań zaniechano z obawy przerwania ochronnych zlepów kiszkowych. Jamę ropnia wytamponowano gazą jodoformową. Przebieg bezgorączkowy. Ropienie dość obfite. W końcu Września znaleziono zatokę, prowadzącą z jamy ropnia w kierunku lędźwi. Z tego powodu w początku Października zrobiono nacięcie w prawej okolicy lędźwiowej i przeprowadzono dren od otworu pozostałego po otwarciu ropnia nad pachwiną, do świeżo zrobionego otworu w lędźwiach. Po tygodniu ropienie znacznie zmniejszyło się, dren zastąpiono paskiem gazy. Po upływie 2-ch dalszych tygodni chory się wypisał z mało ropiejącemi przetokami w okolicy pachwinowej i lędźwiowej. Na opatrunek przychodził do szpitala. Niebawem zagoiła się przetoka w lędźwiach, ale w pachwinie pozostała nadal, a z czasem nawet ilość wydzielanej ropy powiększyła się nieco. Przypuszczając, iż pozostawiony wyrostek podtrzymuje ropienie, wykonał K. 13 Marca 1900 r. operację radykalną. Za pomocą cięcia równoległego do pierwszego na 2 palce powyżej niego otworzył wolną jamę brzuszną i pooddziałał kolejno sieć i pętle kiszkowe, przylepione do ściany brzusznej i dołu biodrowego. Gł. nakoniec odnalazł kiszki ślepe, przekonał się, iż wyrostka wcale nie ma, miejsce, w którym przyczepiał się do kiszki, zabliźnione zupełnie. Przyczyną powodującą stałe ropienie, była ziarninująca jama wielkości orzecha włoskiego, leżąca pod kreską cienkiej kiszki, tuż przy jej ujściu do ślepej. Jamę tę ograniczoną przez wspomnianą kreskę, kiszki ślepej i powięź dołu biodrowego, otwie-

rała się do przetoki istniejącej nad prawą pachwiną. Ściany jamy wyłuszczowano i wytamponowano ją gazą jodoformową. Chory szybko się poprawił. Obecnie został przedstawiony z niewielką powierzchnią ziarninującą. Dotychczas jeszcze nie ma przepukliny, która jednak prawdopodobnie z czasem wystąpi.

Grupa II. Chorzy operowani w ostrym napadzie w zględnie późno.

3) Chora B. Przybyła do szpitala po raz pierwszy w początku 1896 roku. Przed 6-ciu laty doznała małego bólu w prawym podżebrzu. Od tego czasu miewała częste bóle w brzachu, połączone z wymiotami. W końcu 1895 roku dostała nowego napadu bólów z dreszczami i gorączką. Po 9-u tygodniach przybyła na oddział wewnętrzny, gdzie stwierdzono stępienie w dolnej części prawej połowy klatki piersiowej i bolesne stwardnienie w prawej okolicy podżebrzowej. Próbné przekłucie klatki wykazało płyn surowiczy. Gorączka umiarkowana (38.5). Stopniowo skóra na brzuchu czerwieniała, zjawiało się chełbotanie, a jednocześnie stwardnienie posunęło się ku dołowi. W tym stanie chorą przeniesiono na oddział chirurgiczny. Przepuszczalne rozpoznanie podówczas brzmiało: „*cystitis et pericystitis vesicae felleae*“. Natychmiast po przybyciu zrobiono wielkie krzyżowe cięcie od dołu żebrowego do pachwiny i od *spina ilei* aż na 4 palce po za pępek. W ten sposób otworzono ogromny ropień w jamie brzusznej. Ściany jamy ropnej pokryte wielką ilością strzępów zmartwych tkanek. Najskrzętniejsze poszukiwania nie wykryły źródła ropienia. W przebiegu pooperacyjnym, zresztą prawidłowym odnotowano kilkakrotnie wydzielanie się żółci przez ranę. Chora wyszła ze szpitala zagojona, w Maju 1896 r. W tym roku (1900) przybyła na oddział w opłakanym stanie: zapaść, sinica, tętno nitkowate, ciepłota niżej normy, w prawej dolnej połowie brzucha, tuż pod starą blizną istnieje ropień kałowy z gazami, który też natychmiast otworzono. Na dnie ropnia zauważono posklejane ze sobą pętlice kiszki, a w jednej z nich znaleziono niewielki otworek. Na razie z powodu złego stanu chorej, wytamponowano tylko jamę ropnia gazą jodoformową. Powoli jama ropnia się zmniejszyła, zauważono przy operacji, że przetoka kiszki wydziela stosunkowo mało kału i zbliżała się powoli do skóry. Wkrótce zauważono drugi otworek otoczony wywiniętą błoną śluzową kiszki, z którego jednak nigdy kał się nie wydzielał. Po wygojeniu ropnia pozostały na skórze 2 otwory prowadzące, jak sądzono, do kiszki. Przedsięwzięta wtedy radykalna operacja wykazała, iż jeden z wymienionych otworów prowadzi do centralnego, drugi zaś do peryferycznego odcinka wyrostka przedziurawionego w połowie swej długości. K. przedstawia preparat i rysunek wyciętej skóry wraz z wyrostkiem. Po radykalnej ope-

racyi chora szybko się poprawiła. Ma jednak ogromną przepuklinę brzuszną.

4) Pan C. chory z prywatnej praktyki operowany 10 Września 1899 r. Przed 2-ma miesiącami pierwszy napad zapalenia okołowyrostkowego. 1 Września silne bóle w całym brzuchu, wymioty, gorączka umiarkowana, nacieczenie w dole biodrowym prawym. W pierwszych 8-iu dniach przebieg stosunkowo łagodny, 8-go dnia bez nowych bólów stwierdzono nagle powstanie znacznego obrzmienia prawej połowy worka mosznowego. Obrzmienie to powstało w jednej chwili, mianowicie, kiedy chorego podniesiono dla oddania uryny. Wezwany K. znalazł nad więzem POUPART'a gotowy ropień kałowy z gazami, które stwierdzono również w worku mosznowym. Rozpoznanie przed operacją: *perityphlitis, abscessus stercoralis intraabdominalis et scrotalis* (przypuszczalnie wskutek istnienia *processus vaginalis peritonei*). Tego samego wieczoru dokonana operacja potwierdziła rozpoznanie. K. musiał wykonać ogromne cięcie brzuszne, gdyż ropień sięgał aż do kolca 11-go żebra, cięcie brzuszne przechodziło bezpośrednio na mosznę. Wyrostka niepodobna było odszukać. Przebieg powikłany wytworzeniem się ropnia w lewym dole biodrowym, który otworzono w miesiąc po pierwszej operacji, nadto ciężkim zapaleniem płuc i wytworzeniem się jeszcze jednego ropnia w jamie DOUGLAS'a, który pękł do pęcherza. Ostatecznie chory wyzdrowiał zupełnie, posiada na brzuchu 2 blizny, w których wytworzyły się przepukliny; szczególnie prawa—kolosalna blizna i równie wielka przepuklina są źródłem znacznych dolegliwości dla chorego nawet pomimo noszenia pasa brzuszego.

Grupa III. Chorzy operowani z powodu zapalenia okołowyrostkowego z przebiegiem chronicznym w okresie bezgorączkowym.

5) Chory S. operowany w szpitalu 6 Marca 1898 roku. Choroba trwa od 5 lat. Co rok silny napad bólów w brzuchu z gorączką i naciekiem, trwający po parę tygodni. Ostatni napad przed 2-ma miesiącami. Od 4-ch tygodni niema gorączki, lecz uskarża się na stały ból w dole biodrowym, w którym można stwierdzić naciek wielkości dużej pięści. Bóle występują też w jakiś czas po jedzeniu, wypróżnień samodzielnych niema, brak łaknienia, wielkie osłabienie. Operacja 6 Marca 1898 roku. Cięciem równoległym do POUPART'a, powyżej nacieku, otworzono wolną jamę brzuszną. Po ochronieniu jej serwetami, wyseparowano po kolei wszystkie pętlice cienkich kiszek i sieć, wciągnięte w naciek. Ta część operacji była bardzo mozolną. Powoli dostano się do кишки ślepej i wyseparowano wyrostek z otaczających go zrostów. Był on przedziurawiony blisko wolnego końca, mocno zgrubiały i zawierał 2-a wielkie kamienie kałowe. K. przed-

stawia rysunek usuniętego wyrostka. Rany nie zaszyto. Zagojenie nastąpiło dopiero we 3 miesiące. Chory ma wielką przepuklinę brzuszną; twierdzi, że, przy użyciu pasa brzusznego, nie ma z jej powodu żadnych dolegliwości.

6) Chory G. operowany w szpitalu. Zachorował przed 4-ma miesiącami: silne bóle brzucha, gorączka, naciek w dole biodrowym. Od 1½ miesiąca nie gorączkuje, lecz ma duży naciek w dole biodrowym, bóle po jedzeniu, brak samodzielnego stolca, chudnie i czuje brak sił. Przy operacji za pomocą cięcia równoległego do więzu POUPART'a, otworzono wolną jamę brzuszną. Wyseparowano pętlice cienkich kiszek, wciągnięte w infiltrat; przy tej robocie ściany niektórych pętliec nadrywały się tak, iż zaledwie błona śluzowa pozostawała nietkniętą i z tego powodu trzeba było nałożyć w 4-ch miejscach szwy na rozerwane błony kiszkowe. Wyrostek usunięto. K. pokazał preparat [wyrostek prawie zupełnie obliterowany, a u wolnego końca zawiera kamień kałowy wielkości grochu]. Założono worek MIKULICZA. Rany nie zaszywano. Przebieg pooperacyjny powikłany obfitem ropieniem i tworzeniem się zatok w stronę lędźwi i małej miednicy, które zmusiły do powtórnej operacji. Chory przedstawiony jeszcze nie zagojony, lecz rana obecnie goi się prawidłowo.

7) Chory K. operowany w szpitalu 23 Marca 1900 roku. Zachorował na jesieni przeszłego roku: boleści w brzuchu, zaparcie na przemiany z rozwolnieniem, gorączka. Po 9-ciu dniach poprawa. Po paru tygodniach znów bóle, gorączka i zaczerwienienie skóry, w miesiąc potem powstały na skórze 2 otwory i wypłynęła wielka ilość ropy. Od tej pory nie gorączkuje, lecz bardzo chudnie, nie może jeść z powodu boleści. Naciek ogromny, sięgający prawie do pępka. Zaraz po przybyciu chorego do szpitala, połączono oba otwory, dla ułatwienia odpływu ropy. 23 Marca radykalna operacja. Cięcie łukowate, zwrócone wklęsłością ku dołowi, otacza górną granicę nacieku. Po otworzeniu jamy brzusznej pokazało się, że S romanum pokrywa od przodu naciek i ściśle jest z nim zespolone. Przy wyseparowaniu tej kiszki, przekonano się, że ogranicza ona od przodu sporą jamę ropną, która komunikuje ze światłem kiszki. Otwór w S romanum wielkości grosza. Po wyseparowaniu kiszki esowatej i zawinięciu jej w serwetę, wyosobiono z infiltratu jeszcze 3 pętlice cienkich kiszek i sieć; dopiero wtedy znaleziono kiszkę ślepą i wyrostek przedziurawiony w połowie swej długości i obliterowany od miejsca przedziurawienia w kierunku wolnego końca. Wyrostek wraz z kawałkiem kiszki ślepej, mocno nacieczonym i owrzodzonym usunięto [K. pokazał preparat]. Ponieważ ściana brzuszna poniżej cięcia brzusznego była mocno nacieczona i zawierała pomiędzy mięśniami masę drobnych ropni wielkości orzecha lub grochu, więc ją

usuwięto na całej przestrzeni, aż do więzu POUPART'a. Kiszki utrzymano w miejscu za pomocą wielkiego tamponu z gazy. S romonum wszyto w ranę zrobioną *ad hoc* nad lewym więzem Poupart'a. Brak ściany brzusznej był tak wielki, iż podczas pierwszych opatrunków zaledwie dwie dłonie wraz z palcami wystarczyły do przytrzymania wypadających kieszek. K. przedstawia chorego, obecnie na do gojeniu i zwraca uwagę na znaczne kurczenie się blizny; kiszki obecnie wcale nie wypadają a ziarninująca powierzchnia ma już zaledwie objętość dłoni. Naturalnie chory ten, później będzie miał wielką przepuklinę brzuszną i jest skazany na stałe noszenie pasa, gdyż z powodu usunięcia mięśni brzusznych na znacznej przestrzeni, radykalna operacja tej przepukliny jest niemożliwa.

Grupa IV. Chorzy operowani w okresie rekonwalescencji po pierwszym napadzie i w okresie wolnym, w przypadkach nawrotowego zapalenia okołowrostkowego.

Do tej grupy zalicza K. 6-ciu z pomiędzy przedstawionych chorych. [Nr. 8. Kobieta lat 37 operowana w szpitalu 27 Lipca 1898 r. Nr. 9. Mężczyzna, lat 30 operowany w szpitalu 8 Lutego 1899 r. Nr. 10. Chłopiec 12 lat operowany w szpitalu 3 Października 1899. Nr. 11. Mężczyzna 32 lat operowany w prywatnej praktyce w 1899 r. Nr. 12. Chłopiec 10 lat operowany w prywatnej praktyce w Grudniu 1899 r. i Nr. 13 chłopiec 11 lat operowany w szpitalu 8 Marca 1900 r.]. Jeden z tych chorych operowany był po jednym tylko napadzie, z powodu, iż w rok po napadzie istniał jeszcze bolesny guzik, w typowym miejscu, chory miał stale zaparcie, a czasami małe bóle po jedzeniu. Pięciu pozostałych chorych cierpiało na nawrotowe zapalenie okołowrostkowe. Ilość przebytych napadów wahała się pomiędzy 3-ma a 20-ma napadkami. Zmiany w wyrostkach usuniętych [K. przedstawia usunięte wyrostki częścią na rysunkach, częścią na preparatach] są bardzo różnorodne: od nieznacznych zlepów z siecią i zgrubienia ściany wyrostka; do wielkich rozszerzeń wyrostka z zawartością ropną, albo przedziurawień z kamieniem kałowym, lub bez takowego. W jednym tylko z tych przypadków K., znalazłszy małe ropień około wyrostka i obawiając się zapalenia otrzewnej, drenował jamę brzuszną. U pozostałych 5-ciu chorych, K. zamknął jamę brzuszną całkowicie [w jednym przypadku nałożył 1 szew na *peritoneum*, 2-gi na mięśnie, 3-ci na skórę, w pozostałych zaś stosował metodę cięcia ścian brzusznych i szwu JALLOUVER'a]. Wszyscy ci chorzy nie mają przepuklin brzusznych i wyzdrowieli stosunkowo w bardzo krótkim przeciągu czasu [od 9-ciu dni do 3-ch tygodni].

Nakoniec K. przedstawia chorego Nr. 14, który przed kilku tygodniami przebył ostry [3-ci w przeciągu 4 lat] napad zapalenia okołowyrastkowego. Napad trwał 3 tygodnie przebiegał z bardzo wysoką gorączką [do 40,5°] naciek był względnie duży [gęsie jajo]. Spadek gorączki wraz z jednoczesnem zmniejszeniem się nacieku, nastąpił raptownie, co naprowadza na myśl, że tworzący się ropień, znalazł ujście do kiszki. Obecnie pacjent ma się zupełnie dobrze, wypróżnienia normalne, łaknienie prawidłowe. W dole biodrowym istnieje jednak guzik wielkości orzecha tureckiego, bolesny na ucisk. K. jest zdania, iż w tym przypadku, należy wykonać radykalną operację, nie wyczekując na nowy napad.

Z tej demonstracji chorych, K. wyprowadza następujące wnioski:

1) Operacja wykonywana względnie wcześniej w przebiegu ostrego napadu zapalenia okołowyrastkowego, ratuje niewątpliwie życie chorego; ma jednak 2 ważne strony ujemne: a) Odnalezienie wyrostka nie zawsze jest możliwe, a w każdym razie jest połączone z poważnem niebezpieczeństwem zakażenia jamy brzusznej. Zachodzi więc potrzeba drugiej—radykalnej operacji. b) Ilekroć drenujemy jamę ropnia, tyle razy po zagojeniu wytwarza się mniejsza lub większa przepuklina brzuszna i zmusza chorego do stałego noszenia pasa.

2) Operacja wykonana w ostrym napadzie względnie późno posiada też same strony ujemne tylko w daleko w wyższym stopniu. Rzadko w takich razach wystarcza jeden zabieg. Często w dalszym przebiegu, chirurg jest zmuszony otwierać ropnie w innych odcinkach brzucha. Powstają kolosalne blizny i równie wielkie przepukliny brzuszne, które są prawdziwem kalectwem dla chorego.

3) Operacja w przypadkach chronicznych z dużym naciekiem jest zawsze ciężką tak ze względu na technikę operacyjną jak na przebieg po operacji.

4) Operacja w przypadkach recydujących, jak również w tych przypadkach, w których po jednorazowem ostrem zapaleniu, przez czas bardzo długi pozostaje mały, bolesny przy ucisku guzik i zaburzenia w wypróżnieniach, jest zupełnie niewinna. Chorzy wyzdrowiewają szybko i wolni są od przepuklin brzusznych.

Przechodząc do demonstracji usuniętych wyrostków K. zaznacza, że chociaż wraz z innymi chirurgami uznaje, iż najczęstszą przyczyną cierpienia są zmiany patologiczne odbywające się w wyrostku, to jednak spotkał się z niewątpliwymi przypadkami, w których punktem wyjścia całego cierpienia było zachorzenie kiszki ślepej [owrzodzenie, urazy]. Nadto, w kilku przypadkach, stwierdził K. podczas operacji istnienie sprawy ropnej pozakątniczej, ze wewnątrz-otrzewnowej, bezżadnego udziału otrzewnej, ani wyrostka. Szczególnie pouczającym był jeden przypadek, w którym

K., po otworzeniu ropnia pozakątnicowego zewnątrzotrzewnowego, przypadkiem naderwał otrzewną i mógł naocznie stwierdzić brak wszelkich zapalnych zmian w otrzewnej i obeerzeń zupełnie zdrowy wyrostek.

Usunięte przy operacjach wyrostki ze względu na zachodzące w nich zmiany patologiczne dzieli K. na 2 wielkie grupy:

1) Wyrostki nieprzedzurawione.

Zmiany, które w takich wyrostkach zachodzą, mogą być bardzo rozmaite. Na zasadzie swojej kolekcji K. odróżnia następujące odmiany:

a) Wyrostki sztywne (*apendix erectus*): bardzo małe zmiany zapalne naokoło wyrostka, zwykle tylko sieć przylepiona, czasami brak zupełny udziału otrzewnej w cierpieniu. Sam wyrostek różnej grubości, przedstawia się jako twardy wałek. Jest tak sztywny, że trzymając za jeden koniec można drugi podnieść w górę i ustawić pionowo. Na przekroju przedstawia kolosalne zgrubienie warstwy mięśniowej [w jednym przypadku do 2 mm.]. Błona śluzowa mało zmieniona. Czasami, blisko nasady bliznowe zwężenie, pod którym jama wyrostka, aż do wolnego końca jest rozszerzoną. K. przedstawia rysunki i preparaty ilustrujące ten typ zmian w wyrostku.

b) Wyrostki znacznie rozciągnięte śluzoropną zawartością, osiągają grubości wielkiego palca ręki i więcej, bez śladu przewężeń, nie zawierają kamieni kałowych. W otoczeniu wyrostka niewielkie skleiny z siecią lub najbliższymi pętlcami kiszek. K. przedstawia 2 rysunki i 1 preparat tego rodzaju.

c) Wyrostki przegięte w najrozmaitszej odległości od ujścia do kiszek i unieruchomione w tej pozycji przez zrosty otrzewnowe. Nieraz przychodzi do znacznego rozciągnięcia odcinka leżącego pomiędzy wolnym końcem wyrostka, a przegięciem. Czasem na miejscu zgięcia przerywa się ciągłość wszystkich warstw, tworzących ścianę wyrostka, oprócz otrzewnej. W tych razach błona śluzowa i mięsna odcinka, leżącego bliżej kiszek, wycisowuje się do światła kiszek, tworząc w tem miejscu łatwo namacalny guzik. Czasami na miejscu przegięcia otrzewna ulega zgorzeli, wraz z innymi warstwami a przedziurawienie nie następuje tylko dzięki skleinom otrzewnej, powstałym wokoło przegiętego wyrostka. K. pokazuje 4 takie wyrostki.

d) Wyrostki z wybitnymi zmianami tylko na wolnym końcu. Cały wyrostek ma wygląd normalny, wolny zaś koniec jest przewężony i rozdęty, lub też na wolnym końcu, od strony błony śluzowej, istnieje owrzodzenie i w tem miejscu wyrostek przyrasta czy to do kiszek, czy do krezki kiszek cienkiej, czy do dołu biodrowego, czy w okolicy *synchon-*

drosis sacro-iliaca. K. przedstawia jeden taki wyrostek na rysunku i 1 preparat.

e) Wyrostki z ciemno szarawemi plamami na powierzchni i zgrubiałą zielonoszarą kreską której żyły są wypełnione rozpadającymi się skrzepami. K. znalazł takie wyrostki: u 2-ch chorych, u których na zasadzie bardzo typowego przebiegu rozpoznawał *pylephlebitis suppurativa*, co też na sekcji zostało stwierdzonem. [Rysunek tego wyrostka K. przedstawił].

2) Wyrostki przedziurawione;

Przedziurawienie nastąpiło albo wskutek zgorzeli ściany wyrostka pod wpływem ucisku kamienia kałowego, albo jako następstwo owrzodzenia błony śluzowej wyrostka i zbytniego wypełnienia jego jamy ropną zawartością; albo też na miejscu przecięcia wyrostka. Następstwa przedziurawienia wyrostka były bardzo różnorodne:

a) *Peritonitis generalis*. K. pokazuje 3 rysunki wyrostków, których przedziurawienie wywołało ogólne zapalenie otrzewnej.

b) *Peritonitis circumscripta* z wytworzeniem ograniczonego ropnia otoczonego naciekiem, mniej lub więcej znacznym. K. przedstawia 6 preparatów i rysunków tej kategorii.

c) Przed przedziurawieniem powstaje zrost zagrożonego perforacją odcinka wyrostka z siecią lub sąsiednią pętlą kiszkową. Przedziurawienie wywołuje ropienie pomiędzy zrośniętymi częściami, które niekiedy doprowadza do przedziurawienia organu przyrośniętego do wyrostka [kiszki, pęcherza, jajowodu etc.]. W tych razach wyrostek, wraz z przyrośniętym doń organem można niekiedy wymacywać jako guz i swobodnie przemieszczać z miejsca na miejsce w jamie brzusznej. K. przedstawia 1 rysunek i 1 preparat odnoszący się do tej kategorii.

d) Na miejscu, w którym grozi pęknięcie, wytwarza się torbiel, która bezpośrednio komunikuje ze światłem wyrostka. W takich razach wyrostek wraz z torbielą też się przedstawia pod postacią guza i swobodnie się rusza w jamie brzusznej. K. przedstawia 2 takie preparaty i rysunki.

Nakoniec przedstawia K. kilka wyrostków stauowiących niezwykle *curiosa*, a mianowicie:

1) Wyrostek przedziurawiony na połowie swej długości przez ropień zebrany w jajowodzie (*pyosalpinx*). Połowa wyrostka bliższa kiszki o znacznie rozszerzonym świetle, służyła jako stały kanał odpływowy dla ropy, nagromadzającej się w torbie jajowodowej. Peryferyczna połowa wyrostka cieniutka o obliterowanym świetle.

2) Dwa preparaty, u których wyrostek albo swym wolnym końcem albo w połowie swej długości przyrósł do ściany brzusznej,

a po przedziurawieniu światło jego komunikowało bezpośrednio lub za pomocą krótkiej przetoki ze światem zewnętrznym.

3) Wyrostek, który wskutek zmian zapalnych na wolnym końcu zrósł się z wyrostkiem MERKEL'a i pospołu z nim stał się przyczyną zaciśnięcia kiszki.

4) Rysunek wykazujący obszerność dróg ropnych i zrostów powstających w chronicznym, skrycie przebiegającym zapaleniu okołowyrostkowym, w którym ropa opróżniała się stale przez otwór w kiszce ślepej, znajdujący się tuż obok przedziurawionego wyrostka.

5) Preparat mikroskopowy pierwotnego raka wyrostka robaczkowego, znalezione przypadkowo w wyrostku usuniętym z powodu nawrotów zapalenia okołowyrostkowego u młodego, dwudziestokilkuletniego mężczyzny.

Zestawiając zmiany, odnajdywane w usuniętych wyrostkach, z przebiegiem klinicznym tychże przypadków dochodzi K. do przeświadczenia, że wbrew twierdzeniu SONNENBURG'a i jego zwolenników na podstawie zmian w wyrostkach nie można oprzeć żadnego podziału klinicznego, mającego istotną praktyczną doniosłość.

Nieraz bardzo ciężkie objawy kliniczne towarzyszą nader małym zmianom w wyrostku, w innych zaś przypadkach bywa wręcz odwrotnie. Wytwarzanie sztucznych postaci klinicznych na podstawie różnic w wyglądzie schorzałego wyrostka, jest zdaniem K. szkodliwym dla praktycznych lekarzy, napróżno się wysilających na odnajdywanie odnotowanych przez ideologa-autora różnic rozpoznawczych na chorych.

Nie przyczynia się to bynajmniej do usunięcia u mniej doświadczonych lekarzy chwiejności w stawianiu wskazań leczniczych.

[Autoreferat]

Dalszy ciąg swego wykładu KRAJEWSKI z powodu spóźnionej pory przyrzekł wygłosić na następnym posiedzeniu.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *St. Markiewicz.*

Sekretarz: *A. Łogucki.*

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 22 Maja 1900 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 51

T r e ś ć: W sprawie delegacji i adresu na uroczystość jubileuszu Wszechnicy Jagiellońskiej.

Po otwarciu posiedzenia PREZES oznajmił, że w myśl uchwały zapadłej na zeszłym posiedzeniu, zaproponowano profesorom BARANOWSKIEMU i HOYEROWI, aby zechcieli przyjąć na siebie obowiązki delegatów w czasie uroczystości obchodu jubileuszu Wszechnicy Jagiellońskiej.

W odpowiedzi na odezwę profesorowie BARANOWSKI i HOYER przychylni się do prośby, wyraziwszy jednak życzenie, aby był wydany im, jako przedstawicielom Towarzystwa odpowiedni adres. Wobec tego odbyła się narada, w której przyjęli udział obaj delegaci, SEKRETARZ STAŁY, PREZES i Wice-PREZES. Na naradzie sformułowano projekt adresu, który brzmi, jak następuje:

„Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, chyląc czoło przed pięciowiekową działalnością prześwietnego Uniwersytetu Jagiellońskiego, śle Mu w wielce uroczystym dniu pięćsetnej, po wznowieniu, rocznicy Jego istnienia gorące życzenie, by w jak najdłuższe lata śiał zdrowe ziarna prawdy na glebie ojczystej”.

Na zapytanie PREZESA, czy kto z kolegów zechce zabrać głos w sprawie delegacji, SEKRETARZ STAŁY zaznacza, że została w tym względzie popełniona pewna nieformalność. Mianowicie należało zawiadomić członków o wyborze delegacji. Nie zostało to jednak skutecznionem z tego powodu, że odezwa Rektora nadeszła w przeddzień posiedzenia. W odezwie wyrażono prośbę, aby co najrychlej wybrać delegatów i nadesłać ich nazwiska. Nie było więc czasu na to, aby postawić wybór delegacji na porządku dziennym.

Z. KRAMSZTYK sądzi, że należy wybrać jeszcze dwóch delegatów, gdyż wybrani; jako promowani przez Uniwersytet Jagielloński doktorami *honoris causa* i tak już będą na uroczystości.

KRAMSZTYK proponuje, aby jeszcze ktoś z prezydium reprezentował Towarzystwo.

W odpowiedzi na powyższą uwagę KRAMSZTYKA, SEKRETARZ STAŁY zaznacza, że kwestya ta już była poruszana na zeszłym posiedzeniu. Zresztą należy mieć na uwadze szczupłość miejsca.

Fr. NEUGEBAUER zapytuje, czyby nie można było wystosować adresu po łacinie?

DOBZYCKI i A. ŻURAKOWSKI proponują pewne zmiany w adresie co do wyrazów.

Wówczas PREZES zarządził głosowanie nad tem, czy przyjąć proponowany adres tak, jak został odczytany, czy też wprowadzić zmiany?

Uchwalono większością głosów wysłać adres w tej formie, w jakiej był odczytany.

Wreszcie postanowiono, aby adres podpisali wszyscy członkowie Towarzystwa, za czem oświadczyła się większość członków.

Następnie PREZES, powołując się na list Redaktora „Przeglądu Lekarskiego“, D-ra KWAŚNICKIEGO, zawiadamia, że w przeddzień jubileuszu Uniwersytetu Jagiellońskiego odbędzie się uroczyste posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. Na posiedzenie to prezes Towarzystwa, prof. D-r JORDAN, zaprasza wszystkich lekarzy, którzy w tym dniu przebywać będą w Krakowie.

O godzinie i miejscu tego posiedzenia doniosą miejscowe dzienniki we właściwym czasie.

W końcu Redaktor Pamiętnika Towarzystwa St. KAMIENSKI zawiadamia, że zamierza przesłać na wystawę lekarską w Krakowie wydawnictwa Pamiętnika od roku 1891. Zapytuje więc, czy Towarzystwo zgadza się na poniesienie wszelkich kosztów, jakie wynikną z tego tytułu. Zgodzono się na to jednomyślnie.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz.*

Sekretarz *A. Łogucki.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 29 Maja 1900 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 102 i gości 5.

T r e ś ć: Dyskusya i głosowanie nad wnioskiem 34 członków w kwestyi wyboru czasopism.
Głosowanie nad zaliczeniem kol. Zdzisława SŁAWIŃSKIEGO w poczet członków czynnych.
NEUGEBAUER Fr.—Przedstawienie chorej z *meningocele sacralis anterior.*

ODERFELD H.—Przedstawienie: a) chorej po operacji usunięcia kamieni żółciowych z pęcherzyka i po częściowej rezekcji płata wątroby; b) chorej po operacji usunięcia strumatu kostnego i c) chorej z guzem na szyi.

STEINHAUS J. — Przedstawienie preparatów drobnowidzowych wola.

KOPCZYŃSKI St. — Przedstawienie chorego z hemiatetozą w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego.

KRAJEWSKI Wł. „O rozpoznawaniu i leczeniu *perityphlitis*“.

Tematy na konkurs imienia D-ra W. KOCZOROWSKIEGO na rok 1901.

I. Protokoły posiedzeń klinicznego z dnia 15 Maja i nadzwyczajnego z dnia 22 Maja po odczytaniu przyjęto. Z powodu protokołu posiedzenia nadzwyczajnego PREZES oznajmił, że w adresie poczyniono pewne niewielkie zmiany w wyrazach, zresztą adres pozostał w takiej formie, w jakiej był odczytany.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kol.: Antoninę ZIELIŃSKĄ, GAŁECKIEGO, GETZOWA, KNAPPEGO i WERTHEIMA.

III. Wobec dostatecznej na posiedzeniu ilości członków PREZES odczytał wniosek 34 członków w kwestyi wyboru czasopism. Podpisani wnoszą, iżby usuniętym został § 67. p. 6 lit. b regulaminu, poddający wybór prenumerować się mających czasopism—głosowaniu ogólnemu wszystkich członków Towarzystwa. Natomiast proponują, aby w celu racjonalnego dokonywania zakupów do biblioteki przydać do komitetu bibliotecznego po dwóch członków, z głosem doradczym, z każdej specjalności lekarskiej. zadaniem których byłoby przeglądanie książek, nadsyłanych przez księgarzy, oraz przedstawianie co miesiąc spisu dzieł, zdaniem ich kwalifikujących się do zakupu dla czytelnicy i biblioteki Towarzystwa.

Jednocześnie PREZES nadmienił, że na skutek odbytej w dniu 28 Kwietnia narady w Zarządzie nad wnioskiem Bibliotekarza i 34 członków Towarzystwa, w imieniu Zarządu proponuje, wchodząc w myśl obu punktów owego wniosku, iżby punkt 6 lit. b § 67 Regulaminu zastąpić następującym ustępem: b) wykazu czasopism, które zaprenumeruje na rok przyszły. Wybór czasopism zostawia się uznaniu Bibliotekarza w porozumieniu z komitetem bibliotecznym w granicach odpowiedniej pozycyi budżetu.

Po dyskusyi, w której przyjmowali udział SOKOŁOWSKI, SZUMLAŃSKI, SEKRETARZ STAŁY, JANOWSKI, Wice-PREZES i GIEDROYĆ, zgodzo-

no się na przyjęcie wniosku proponowanego przez Zarząd. Przeciwem temu był tylko Aleksander KOPCZYŃSKI.

IV. PREZES zarządził głosowanie tajne nad przyjęciem w poczet członków czynnych kol. Z. SŁAWIŃSKIEGO. Okazało się, że Z. SŁAWIŃSKI został wybrany jednomyślnie.

V. NEUGEBAUER przedstawił 22 letnią pacjentkę skierowaną do niego przez kol. FIEDLER'a z powodu obecności guza w jamie małej miednicy. Chora, *virgo intacta*, peryody miewa od 19-go roku życia umiarkowane, lecz cokolwiek bolesne. Główną skargą chorej jest to, że tylko raz na trzy lub cztery tygodnie miewa stolec i to za każdym razem tylko przy pomocy środków przeczyszczających, gdyż lawatywę zrobić jest bardzo trudno u niej. Przy badaniu N. znalazł jamę małej miednicy wypełnioną przez chęłbocący duży guz, wychodzący z przedniej powierzchni kości kuprowej (*ossis sacri*). Guz odpycha odbytnicę, pochwę, oraz cewkę i pęcherz moczowy ku przodowi, równocześnie unosząc macicę znacznie ku górze. Hymen posiada dwa otwory. Przy badaniu dokładniejszym, N. znalazł podwójną pochwę, oraz *uterus didelphys*—palec z trudem dochodzi do każdej szyjki macicznej, które leżą na wysokości 4 ctm. powyżej spojenia łonowego. Guz leży stosunkowo nisko i nawet wtłacza cokolwiek okolice pozaodbytnicową ku przodowi w porównaniu z wyglądem tej okolicy u osoby zdrowej. *Per exclusionem* N. rozpoznał, że guz ten chęłbocący i istniejący od urodzenia jest niczem innym jak torbielą, wychodzącą z kanału kręgosłupa przez kość krzyżową czyli *Meningocele sacralis anterior*. Przy ściślejszem badaniu zauważono brak *ossis coccygis* oraz częściowy brak części dolnej *ossis sacri*. N., po postawieniu tego rozpoznania, zawiózł chorą do kol. KRAJEWSKIEGO, który po dokonaniu punkcji, w miejscu leżącym na środku pomiędzy otworem odbytnicy a dolnym końcem istniejącej części *ossis sacri*, potwierdził rozpoznanie kol. N. Postanowiono poddać chorą ROENTGEN'owskiemu zbadaniu fotograficznemu, aby zobaczyć, czy torbiel wypełniająca małą miednicę ma szeroką lub też wąską komunikację z kanałem kręgosłupa i czy będzie można podjąć się ekstyrpacji torbieli, czy też torbiel owa powinna być uważaną jako „*noli me tangere*“ ze względu na możliwość ujemnego działania upływu *liquoris cerebrospinalis* po otworzeniu jej. O ile N. zna piśmiennictwo jest to pierwszy przypadek postawienia rozpoznania klinicznego *meningocele sacralis anterioris* u osoby żyjącej. Kolega N. zna zaledwie kilkanaście przypadków rozczepienia przedniej ściany kręgosłupa, przeważnie u potworków w różnych częściach kręgosłupa, w okolicy szyjowej np. *cum hernia vertebrali intestini jejuni* przez przepuklinę przeponową w okolicy grzbietowej i krzyżowej. Przypadki *meningocele sacralis anterioris* wyłącznie były dotąd rozpoznawane na stole sekeyjnym,

tak np. w przypadku SPIELGEBBERG'a 1880 r., który, przy mylnem rozpoznaniu *cystomatis intraligamentariiretroperitonealis ovarii*, dokonał szerokiego nacięcia torbieli od strony pochwy. Chora zmarła po kilku dniach wskutek *meningitidis spinalis et cerebrealis purulentae*. Torbiel o szypule wąskiej wychodziła do jamy miednicy małej przez defekt kostny drugiego kręgu krzyżowego. W słynnym przypadku VIRCHOW'a dotyczącym 22-letniej prostytutki w Würzburgu, torbiel wypełniała nie tylko małą miednicę, lecz częściowo wystawała na zewnątrz ku tyłowi. Osoba ta w trakcie *cohabitationis* na wałach fortecznych w Würzburgu spadła do rowu i ciężko zaniemogła; przywieziono ją do szpitala i tam po dokonaniu kilku punkcyj zmarła również na *meningitis spinalis et cerebrealis purulenta infectiosa*. TEXTOR i d'OUTREPONT mylnie rozpoznali u niej *herniam vasicae urinariae per foramen ischiadicum majus* jednej strony. Przypadek HUGENBERGER'a dotyczy raczej *hydrorrhachidis incolumis*, niż torbieli meningealnej sakralnej. N. upatruje związek przyczynowy pomiędzy zniekształceniem kości krzyżowej a podwójnością pochwy i macicy, tem bardziej, że i w innych przypadkach znalazł tę samą koincydencję wad rozwojowych. Chora R. właściwie wielkich dolegliwości nie miała. Poza tem, że stolce tak bardzo są utrudnione, żyje ona z tem już lat 22 i będzie mogła przeżyć i drugie i trzecie lat 22, inaczej kwestya przedstawia się co do ewentualnego, zamążpójścia, stosunek prawdopodobnie byłby bardzo utrudnionym, jeśliby przyjęść miało do zajścia, toby się przy porodzie nie obeszło bez cięcia cesarskiego—poza tem grozi chorej obawa pęknięcia torbieli przy byle jakim urazie. N. przy końcu zwraca uwagę na to, że w tych przypadkach mlecz pacyzowy zwykle nie kończy się na wysokości 1-go lub drugiego kręgu lędźwiowego, a zwykle sięga znacznie niżej jeszcze u osoby dorosłej lub też u noworodka. Przypadek będzie oddzielnie opisany przez N., z uwzględnieniem odpowiednich danych piśmiennictwa. [Referat własny autora].

VI. H. ODERFELD przedstawił 36-letnią kobietę, która od 6 lat cierpi na bóle w dołku, przychodzące napadami. Przed 3 laty miała *icterus*. Od 2 tygodni przed przybyciem do szpitala znova żółtaczka. Przed 3-ma tygodniami poronienie. Od tego też czasu bóle bywały coraz gwałtowniejsze, zwłaszcza po każdym jedzeniu. Przy badaniu wyczuwano pod łukiem żebrowym prawym kulisty, dość ruchomy guz.

W dniu 18 Lutego r. b. ODERFELD wykonał laparotomię. Po otworzeniu jamy brzusznej okazało się, że guz, który wyczuwano, był to wydłużony prawy płąt wątroby (*lobus dexi.*) dochodzący do *spina ilei*. Po uniesieniu płata ku górze, na razie pęcherzyka nie znaleziono. Dopiero, po obmacaniu okolicy odźwiernika, przekonano się, że pęcherzyk był mały, zrośnięty z odźwiernikiem

i okrężnicą poprzeczną. Należało go naprzód od tych zrostów uwolnić (*cysto et gastrolysis*). Podczas tej manipulacji otworzono pęcherzyk i usunięto zeń 30 kamieni różnej wielkości; jeden z nich był wklinowany w *ductus cysticus*; wydobyto go kawałkami, część jednak pozostała i wyszła podczas następnej kuracji. Cysticotomii z powodu zrostów nie można było wykonać. Należało w następstwie upewnić się, że odpływ wydzieliny żółciowej nastąpi na zewnątrz i nie zakazi otrzewnej. Wszycie pęcherzyka okazało się niemożliwe z powodu jego małości i kruchości ścian z jednej strony, z drugiej zaś przeszkodę stanowił wspomniany płat wątroby. Należało więc płat ów usunąć. Rezekcją płata wielkości 15 ctm. $\times 10 \times 3$ wykonano przez obkłócie. Brzeg kikutu wszyto w prawą wargę rany brzusznej. Jamę brzuszną oddzielono przez tamponację bardzo szczelną od strony żołądka i poprzecznicy, a do pęcherzyka wszyto długi sączek. Tegoż dnia zaczęła się wydzielać do podstawionego naczynia spora ilość żółci. Stan chorej po operacji był bardzo groźny. Nastąpił upadek sił. Zastosowano *analeptica* i 3 razy dziennie *hypodermoclysis* z fizjologicznego roztworu soli. Po 4-ch tygodniach ustało wydzielanie się żółci, jama powoli wypełniła się ziarniną.

Obocnie chora jest prawie zdrową. Napadów bólu nie miała. Pozostała małeńka przetoka, przez którą, od czasu do czasu, wydzielają się nitki podwiązek.

Następnie ODERFELD przedstawił chorą, 58-letnią kobietę, która przybyła na jego oddział w dniu 10 Marca r. b. Chora ta, zawsze przedtem zdrowa, miała na czole nad lewym oczodołem guz wielkości jaja kurzego, elastyczny, który rósł wolno. Pulsacyi nie było. Przez sam guz przechodziła pulsująca tętnica. Rozpoznano *sarcoma*. Przy operacji znaleziono częściowe zagłębienie w kości (*usura*). Wytrepanowano krążek kości wraz z guzem, który, krwawiąc obficie, przerywał się. Resztki guza na oponie twardej wycięto na przestrzeni monety 3 groszowej. Mózgowie splaszczone, pulsujące. Jamy wytamponowano.

Drobnowidzowe badanie guza wykazało, że była to struma; budowa gruczołu normalna.

W końcu ODERFELD przedstawił 18-letnią kobietę, która od $\frac{1}{2}$ roku zauważyła z lewej strony szyi w głębi stwardnienie; jednocześnie z tem zaczęło występować pewne ograniczenie w ruchach głowy i niejaka przeszkoda przy polykaniu. Przy badaniu dobrze odżywionej chorej wyczuwać się daje z lewej strony szyi stwardnienie w postaci guza, zajmującego z obu stron mm. scaleni i jakby wychodzącego z kręgosłupa. Guz twardy jak kość. Badanie palcem przez usta wykazuje wypuklenie trzonów kręgów szyjowych, stanowiące do pewnego stopnia przeszkodę przy polykaniu. Perkusya nad obojczykiem wykazuje jasny ton płucny. Dyagnoza

charakteru guza w zawieszeniu. ODERFELD na przyszłym posiedzeniu ma przedstawić rentgenogram szyi chorej.

VII. J. STEINHAUS przedstawił drobnowidzowe preparaty guza kości czołowej, operowanego przez ODERFELDA.

STEINHAUS zaznacza częstość przerzutów kostnych wszystkich wogóle guzów gruczołu tarczowego i kładzie szczególny nacisk na tę okoliczność, że nietylko guzy złośliwe gruczołu tarczowego dają takie przerzuty kostne, lecz również i proste przerosty gruczołu [wole], przyczem przerzuty owe nie posiadają budowy raka, lecz tak samo jak wole, od którego pochodzą—budowę normalnego gruczołu tarczowego [przypadki COHNHEIM'a, ZALM'a, GUSSENBAUER'a, BOUTSCH'a, von EISELSBERG'a]. Do wielkich rzadkości należą przypadki, w których wola wykryć nie można, a „przerosty“ kostne o budowie normalnego gruczołu tarczowego się zjawiają. Jeden taki przypadek opisał RIEDEL z Jeny; drugim jest obecnie przedstawiany.

Paradoksalne na pozór zdanie, „że mogą istnieć „przerzuty“ choć niema guza gruczołu tarczowego, przestanię być rażącym, jeśli się przyjmie pod uwagę, że tkauka tego gruczołu odznacza się niesłychaną żywotnością, że ona jedyna może być implantowana z powodzeniem, że implantowane cząstki rosną i pełnią prawidłowo czynności fizyologiczne gruczołu.

Przypadkowe przedostanie się cząsteczek tkanki gruczołu tarczowego do krwiobiegu [np. traumatyczne] i zatrzymanie się ich w jakimś naczyniu włosowatym, może więc wystarczyć, by „implantacja“ się udała, by ta cząsteczka różrosła się nawet do wielkości „guza“.

Czy taki przypadek zdarzy się z cząsteczką gruczołu przerosłego, czy normalnego, to rzecz trafia, choć *a priori* należy przypuścić, że w przerosłym, zmienionym patologicznie gruczole prędzej zdarzyć się to może, niż w normalnym. Nie należy zatem nazywać wraz v. EISELSBERG'iem bez względu na wynik badania drobnowidzowego „rakiem“ każdego „przerzutowego“ rozrostu gruczołu tarczowego. Również niesłusznem będzie nazywanie gruczołu, z którego powstają takie „przerzuty“ za rakowaty, jeśli budowy rakowej w nim się nie znajduje, choć v. EISELSBERG tak czynić radzi.

Z tego stanowiska STEINHAUS uważa przedstawiony guz za twór naturalnej implantacji cząsteczki normalnego gruczołu tarczowego. Implantacja się udała i powstał w kości czaszki twór, posiadający wszystkie cechy anatomiczne normalnego gruczołu tarczowego. [Autoreferat].

VIII. Stanisław KOPCZYŃSKI przedstawił przypadek hemiatetyzy w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego.

Przypadek dotyczył 10-letniego chłopca, który pochodzi z rodziny zdrowej, przyszedł na świat prawidłowo. W drugim roku życia dostał on, według opinii lekarzy, zapalenia mózgu. Następstwem tego był lekki niedowład lewej połowy ciała, głównie zaś zaburzenia ruchowe przeważnie w lewej kości i w lewej stopie. Ruchy te, jak o tem można było przekonać się naocznie, miały charakter ruchów mimowolnych, były ciągłe, polegały to na nadmiernem, przytem zwykle niejednoczesnem, rozginaniu lub zginaniu palców w pojedynczych stawach, to na zginaniu lub rozginaniu całej kości, niekiedy na odprowadzaniu lub przyprowadzaniu przedramienia, a nawet ramienia. W lewej stopie, ustawionej nieco jako *pes equino-varus*, ruchy mimowolne dotyczyły palców, zwłaszcza zaś palucha. Ruchy te trwały bez przerwy, niekiedy kończyny sprawiały wrażenie, iż znajdują się w stanie przykurczeń (*spasmus mobilis*), które wciąż charakter swój zmieniały. Po za tem chłopiec czuje się zdrow, napadów padaczki nie miewa, umysłowo jest nieco tępowy. Objawy niedowładu lewostronnego są bardzo nieznaczne.

KOPCZYŃSKI rozpoznaje w tym przypadku zaburzenia ruchowe, nazwane w r. 1871 przez HAMMOND'a hemiatetozą, i uważa je za następstwo porażenia mózgowego dziecięcego. Przypomina o hemiatetozie w następstwie porażenia połowicznego u dorosłych (*Hemiatetosis posthemiplegica*), cierpieniu bardzo rzadkiem, i mówi, że z zaburzeń ruchowych w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego (współruchy, drżenie, płasawica, atetoz, hemiatetoz) należy do najrzadszych, przytem występuje głównie tam, gdzie objawy porażenia są bardzo nieznaczne. Dalej K. przeprowadza za STRUEMPLEM, RAYMONDEM, MONAKOWEM różniczkowanie, jakie istnieje w rozpoznawaniu pomiędzy połowiczną płasawicą (*hemi-chorea*) i atetozą połowiczną (*hemiatetosis*), wskazując na postacie przejściowe. W końcu K. podnosi stronę anatomo-patologiczną omawianego cierpienia, które według większości badaczy, polega na niewielkich ogniskach w szarych zwojach mózgowych, a mianowicie we wzgórkach wzrokowym (*thalamus opticus*) głównie zaś w jądrze soczewicowem (*nucleus lentiformis*). Ognisko stwardnienia lub pozostałości spraw zapalnych, drażniąc biegnące stąd do kory mózgowej drogi dośrodkowo, wywołują o ruchowo i mimowoli tak zawile ruchy. Przypuszczenie jakoby ogniska te drażniły bezpośrednio drogi ruchowe, większość ba leżów odrzuca.

[Autoreferat].

IX. Wł. KRAJEWSKI odczytał dalszy ciąg swego odczytu, omawiając rozpoznawanie i leczenie *perityphlitis*.

KRAJEWSKI na wstępie powtarza wnioski, do których upoważniła go demonstracya chorych i preparatów wyrostków na poprzednim posiedzeniu. 1) Ogólny wniosek, jaki z przedstawionych

chorych wyciągnąć można jest ten, iż byłoby najbardziej pożądanem, abyśmy mogli operować wszystkich chorych, cierpiących na zapalenie okołowrostkowe, nie w ostrym napadzie, lecz po jego przejściu, a w postaciach wznawiających się — podczas względnego zdrowia między napadami. 2) Porównanie zmian zachodzących w wyrostku z przebiegiem klinicznym przypadku zmusza do wniosku, że często znacznym zmianom w wyrostku towarzyszą łagodne objawy kliniczne i odwrotnie. Nie można więc na podstawie zmian anatomicznych wyrostka oprzeć podziału klinicznego omawianego cierpienia.

K. pragnąłby zachować nazwę „*appendicitis*“ tylko dla tej niewielkiej części przypadków, w których udział w cierpieniu wcale nie przyjmują tkanki, otaczające wyrostek. Wszystkie inne przypadki należy nazywać albo po staremu „*peri et paratyphlitis*“ lub też „*Epityphlitis*“, gdyż w przypadkach tego rodzaju choroba w wyrostku mogła od dawna istnieć bez żadnych objawów, a chory szuka porady dopiero w chwili, gdy do udziału w cierpieniu wciągnięte zostały tkanki sąsiednie. Zmiany w tych ostatnich opanowują zupełnie sytuację i od ich natężenia zależy obraz kliniczny, zejście i leczenie.

Następujący podział wydaje się K. najodpowiedniejszym dla celów praktycznych:

I Grupa. Zapalenie wyrostka robaczkowego bez żadnego udziału tkanek otaczających. Tu należą:

1. *Appendicitis simplex* $\left\{ \begin{array}{l} \textit{acuta} \\ \textit{chronica} \end{array} \right.$
2. *Hydrops et Empyema processus vermiformis.*

II Grupa. Cierpienia będące po większej części następstwem pierwotnej choroby wyrostka, czasami jednak wywołane przez pierwotne cierpienie kiszki ślepej. Tu należą:

1. *Peritonitis generalis ex appendicitide.*
2. *Pylephlebitis ex appendicitide.*

3. *Epityphlitis* $\left\{ \begin{array}{l} \textit{acuta} \\ \textit{chronica} \\ \textit{latens} \\ \textit{recurrens} \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} \textit{circumscripta} \\ \textit{progrediens} \\ \textit{vulgaris} \\ \textit{tuberculosa} \\ \textit{actinomycotica} \end{array} \right.$

III Grupa. Cierpienia, naśladujące do złudzenia ostre zapalenie okołowrostkowe pomimo, iż w rzeczy samej wyrostek i jego otoczenie nie przedstawiają żadnych zmian (*Pseudoepityphlitis*).

KRAJEWSKI rozbiera kolejno wyszczególnione wyżej formy kliniczne cierpienia:

I. Przypadki, należące do pierwszej grupy, spotykamy stosunkowo rzadko, prawdopodobnie dla tego, że chorzy rzadko tylko zasięgają porady lekarskiej, lekceważąc chorobę. K. omawia zmiany, zachodzące w wyrostku [zaznacza częstość z jaką dochodzi w takich przypadkach do przerostu błony mięsnej wyrostka] obraz kliniczny i leczenie. Słabe pojedyncze napady zapalenia wyrostka uważa za właściwe pole do terapii wewnętrznej, która przez poprawę stanu zapalnego błony śluzowej kiszki grubych może ochronić od powtarzania się choroby. Ilekroć napady powtarzają się często, K. wobec łagodności rękoczynu doradza operację.

II. Przechodząc do rozpatrzenia form klinicznych, należących do drugiej grupy, K. zatrzymuje się przedewszystkiem nad ogólnem zapaleniem otrzewnej. Zaznacza różnorodność przebiegu i trudności rozpoznawcze na jakie tu natrafiany, tak co do rozpoznania istnienia samego ogólnego zapalenia otrzewnej, jako też stanowczego rozstrzygnięcia jego pochodzenia [wyrostkowego lub też nie]. Doradza w razach wątpliwych zawsze tak postępować jakbyśmy to robili, gdyby wyrostkowe pochodzenie nie ulegało wątpliwości, gdyż istotnie jest ono najczęstszą przyczyną zapalenia otrzewnej. Pomimo wcale nie obiecujących wyników leczenia operacyjnego, K. doradza operację w każdym przypadku, w którym mamy nadzieję, że chory zabieg znieśnie.

Pylephlebitis ex appendicitide obserwował K. 3 razy, zaznacza wielką typowość tej formy klinicznej i stwierdza, że wszystkie, należące do tej kategorii przypadki, kończą się śmiercią. To też ilekroć rozpoznanie należyte zrobiono, tylekroć radzi K. wstrzymać się od wszelkiej interwencji. Rozumie się w razach wątpliwych trzeba operować, jeśli jednak operacja potwierdzi przypuszczenie, można być z góry pewnym śmiertelnego zejścia.

Epityphlitis acuta. K. zaznacza przedewszystkiem różnorodność przebiegu, od przypadków bardzo łagodnych, zaledwie kilka dni trwających, aż do bardzo ciężkich, ciągnących się całe miesiące i zajmujących coraz to nowe odcinki otrzewnej. Mniejsza lub większa burzliwość początku, ani też wysokość gorączki w pierwszych dniach, nie pozwalają wnioskować z jakim bądź prawdopodobieństwem o dalszym przebiegu przypadku. K. podaje kliniczny obraz różnych typów przebiegu zapalenia okołowyrostkowego. Zaznacza trudności rozpoznawcze, na jakie się natrafia i podaje różniczkowe dane. K. jest zwolennikiem wyczekiwania w ostrym napadzie, pod warunkiem, że chory będzie ściśle obserwowany. Należy zwracać przedewszystkiem uwagę na: stan ogólny, tętno, ciepłotę i naciek. Co się tyczy tego ostatniego to K. odróżnia 4 typy nacieku, najczęściej napotykanego, a zależące od ustawienia się wyrostka w stosunku do kiszki ślepej i krezki kiszki cienkiej.

1) Wyrostek, ustawiony na podobiesństwo bagnetu wzdłuż zewnętrznej strony kieszki ślepej, sięga swym wolnym końcem nie raz do połowy okężnicy wstępującej. Naciek przyparty do *spina ilei ant. sup.*, pomiędzy naciekiem a kolcem nie można znaleźć miękkiej nie bolesnej przestrzeni.

2) Wyrostek przechodzi po nad kieszkę czczą, leży na jej krezce. Naciek znajduje się na środku linii, łączącej kołec biodrowy z pępkiem, co najmniej na 2 palce nad więzem POUPART'a. Wydaje się, że cały naciek leży powierzchownie, lub też pokryty niewielką tylko warstwą kieszek.

3) Wyrostek zagina się pod kieszkę czczą i cała sprawa zapalna rozwija się pod kieszką i jej krezką. Naciek powstaje bliżej więzu POUPART'a i nad wewnętrzną jej połową, czasami sięga do samego więzu.

4) Wolny koniec wyrostka zwiesza się do małej miednicy. Naciek powstaje w jamie DOUGLAS'a, przez ścianę brzusznią wymacuje się daleko później i najczęściej z lewej strony nad więzem POUPART'a.

Odnotowanie miejsca, w którym się pierwotnie zjawił wysięk, wydaje się K. ważnem z powodu: a) że pozwala na wnioskowanie, w jakim kierunku będzie się szerzyć zapalenie [pierwsze 2 typy w kierunku wątroby i przepony, pozostałe zaś oba w kierunku małej miednicy i lewego dołu biodrowego]; b) że znakomicie ułatwia wyszukanie wyrostka podczas operacyi.

Przy należytej kontroli nacieku, przez częste badanie nietylko od zewnątrz, lecz i przez kieszkę stolcową, przy jednoczesnem uwzględnieniu stanu ogólnego i ciepłoty, można zawsze w porę uchwycić moment, w którym już zwlekać z operacją nie można. Pamiętać jednak zawsze należy, że operowanie w ostrym okresie nie jest ideałem chirurga, że czyni to raczej z musu niż z wyboru. Jeśli chory przebył szczęśliwie ostry okres, to wstępuje w okres, który K. nazywa *epityphlitis latens*. Niema żadnych dolegliwości, ciepłota normalna, łaknienie powróciło, pozostaje jedynie nie wielki naciek w dole biodrowym, czasem wrażliwy, czasem zaś nawet nie wrażliwy na ucisk. Z pomiędzy stosowanych w takich razach: kąpeli słonych, plastrów (*de Vigo* naprzykład) i masażu, K. przyznaje niejaki wpływ tylko kąpielom słonym. Masaż zaś uważa za stanowczo szkodliwy. Dopóki istnieją chociażby małe ślady nacieku i wrażliwość na ucisk, dopóty chorego nie można uważać za wyleczonego, dopóty zawsze może nastąpić nawrót, a siły jego z góry zupełnie przewidzieć nie można. Dla tego K. radzi, ilekroć, pozostający po pierwszym napadzie *epityphlitis*, naciek nie znika przez pewien określony dłuższy przeciąg czasu [naprzykład 4 tygodnie od zniknięcia innych objawów], ty-

lekroć wykonać radykalną operację, która jest niewinną, a zabezpieczy chorego raz na zawsze od powrotu cierpienia.

Omawiając *epityphlitis recurrens* K. zaznacza, że tu należą przeważnie przypadki, w których wyrostek nie bywa przedziurawiony. Dalej K. zwraca uwagę na różne natężenie pojedynczych napadów w różnych przypadkach i stwierdza, że zazwyczaj wszystkie napady u jednego i tego samego osobnika przebiegają z jednakową siłą. Z tego też powodu zwlekanie z operacją w przypadkach nawrotowego zapalenia okołowyrostkowego o średnim i słabem natężeniu połączone jest z mniejszem dla chorego niebezpieczeństwem, zdaniem K., aniżeli zwłokanie z usunięciem niewysysającego się nacieku po jednorazowym napadzie ostrym. K. jest zwolennikiem radykalnej operacji we wszystkich przypadkach wznawiającego się zapalenia okołowyrostkowego, uważa operację za zupełnie niewinną i gorąco ją poleca.

Do kategorii zapaleń okołowyrostkowych przewlekłych (*epityphlitis chronica*) zalicza K. takie stany chorobowe, które powstały po zwykłym ostrym napadzie, który się zakończył przez opróżnienie ropnia do sąsiedniego organu lub na zewnątrz, jeśli opróżnienie to nie doprowadziło do zupełnego wyzdrowienia. Nadto należą tu zapalenia natury gruźliczej lub promienicowej, które się zazwyczaj zaczynają odrazu jako przewlekłe, z gorączką niewielką i napozór łagodnym przebiegiem. K. kreśli obraz obu tych odmian. Co do leczenia to jest zwolennikiem radykalnej operacji we wszystkich przypadkach przewlekłych zapaleń z wyjątkiem gruźliczych. Tych ostatnich nie operuje radykalnie, ogranicza się tylko do otwierania ropni, jeśli konieczność tego wymaga.

Do trzeciej grupy zalicza K. cierpienia, naśladujące zapalenia okołowyrostkowe, przy zdrowym wyrostku. Należą tu ograniczone do prawego dołu biodrowego bóle u histeryczek, którym często towarzyszą objawy mniej lub więcej silnego podrażnienia otrzewnej. Ograniczony skurcz mięśni brzucha może symulować naciek. Brak tylko gorączki, odnalezienie innych stygmatów histeryi i badanie pod chloroformem rzecz w takich razach rozstrzyga. Nadto K. zwraca uwagę na możliwość zjawienia się objawów, bardzo podobnych do ostrego zapalenia okołowyrostkowego, jako to: ból silny w dole biodrowym, wymioty, zaparcie, gorączka, podczas przebiegu syfilisu w okresie drugorzędnym. Brak jedynic nacieku i znalezienie innych przejawów syfilisu pozwala na postawienie rozpoznania. K. cytuje podobny przypadek ogłoszony przez D r a CONDAMIN.

KRAJEWSKI podaje w końcu następujące wskazania do operacji.

1) *Appendicitis simplex* należy do terapii o ile się zbyt często nie powtarza. Często powtarzające się, chociażby

krótkotrwałe, cierpienie winno nas skłonić do wykonania operacji, którą tem śmielej zalecać możemy, że nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw, a jednocześnie zabezpiecza od możliwych zawsze w dalszem życiu powikłań ze strony tkanek otaczających.

2) Przypadki rozlanego zapalenia otrzewnej (*peritonitis generalis*) należy operować Szanse wyzdrowienia są tu minimalne, ale ponieważ to *minimum* na pewno istnieje, więc nie można skazywać chorego na niechybną śmierć. Opozycji ze strony chorych lub otoczenia w takich przypadkach prawie nigdy nie spotykamy, niechęć do rękoczynu tkwi w nas samych, w przeświadczeniu, że bardzo tylko rzadko zabieg nasz będzie uwiecznony pomyślnym skutkiem.

3) W ostrym napadzie zapalenia okołowyrostkowego (*epityphlitis acuta circumscripta*) należy się wstrzymać od operacji z zasady aż do czasu, w którym stwierdzimy bezustanny i szybki wzrost nacieczenia, a z objawów towarzyszących dojdziemy do przeświadczenia, że wśród nacieku wytworzyło się już znaczniejsze ognisko ropne. Postępowanie takie jest możliwe tylko przy bardzo ścisłej kontroli nacieczenia za pomocą badania od zewnątrz i przez odbytnicę oraz przy należytem uwzględnianiu stanu *ogólnego* chorego. Współdziałanie terapeuty i chirurga w takiej obserwacji jest bardzo pożądany. Idealem, do którego dążyć powinniśmy, jest: wybrnąć z ostrego napadu bez operacji.

4) Raz stwierdziwszy istnienie w nacieczeniu większego zbiornika ropnego powinniśmy natychmiast operować, nie wyczekując opróżnienia się dobrowolnego, gdyż to ostatnie prowadzi często do ciężkich powikłań.

5) Przy *epityphlitis progrediens* operować natychmiast po stwierdzeniu postępującego charakteru sprawy zapalnej.

6) W przypadkach „*epityphlitis latens*“ jeśli po upływie 2 miesięcy od ukończenia ostrego napadu możemy jeszcze wymacać chociażby niewielkie nacieczenie, to należy gorąco zalecać radykalną operację, względnie niewinną, a tak skuteczną.

7) Wszystkie nawrotowe zapalenia okołowyrostkowe należy stanowczo operować.

8) Wszystkie przewlekłe zapalenia okołowyrostkowe z wyjątkiem gruźliczych, powinny być radykalnie operowane, pomimo względnej ciężkości zabiegu.

Gruźliczych zapaleń K. nie radzi operować, co najwyżej otworzyć ropień, gdy grozi pęknięciem, lub zrobić enteroanastomozę w razie zwężenia światła kiszek.

Rzecz swoją kończy K. uwagami nad techniką operacyjną i jej modyfikacyami, w zależności od okresów choroby, w jakich bywa dokonywana.

[Autoreferat].

Z powodu spóźnionej pory dyskusję nad tym odczytem odłożono do następnego posiedzenia.

X. Wice-PREZES odczytał następujące zaprojektowane przez komitet konkursowy tematy do nagrody konkursowej w roku 1901 z funduszu zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego.

Z tematów dawnych:

1) Badania kliniczne i doświadczalne w sprawie dezynfekcy przewodu pokarmowego. [Badanie może dotyczyć środków nowych lub dotychczas nieprobowanych].

2) Zbadanie przyczyn zabarwienia zielonego biegunki u dzieci.

3) Zbadanie własności morfologicznych i składu chemicznego pasorzytów, występujących przy *favus*, *herpes tonsurans* lub *eczema marginatum*.

4) Zbadanie dokładne jednego z produktów bakterji gruźliczych.

5) Badanie bakteryologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego (*cystitis*).

6) Badanie doświadczalne nad wycinaniem płuc (*Pneumectomia*).

Nadto nowe tematy:

7) Zmiany w naczyniach krwionośnych mózgu przy wylewach krwi do jego substancji.

8) Gorączka aseptyczna i jej przyczyny.

9) Gruźlica kiszek ze stanowiska klinicznego.

10) Semiotyka i metodyka odruchów ścięgniowych
Towarzystwo powyższe tematy przyjęło.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz*.

Sekretarz *A. Łogucki*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 5 Czerwca 1900 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz**.

Obecnych Członków 62 i gości 7.

T r e ś ć: M. BIRO. — Przedstawienie chorej, dotkniętej *sclerodermia*.

R. SKOWROŃSKI. — Przedstawienie chorego po zapaleniu nerwów obwodowych w następstwie zatrucia tlenkiem węgla.

A. KARCZEWSKI. — Przedstawienie chorej po operacji plastycznej z powodu bliznowatego przykurczenia palców rąk.

Dyskusya nad odczytem Wł. KRAJEWSKIEGO: „O rozpoznawaniu i leczeniu *perityphlitis*“.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto .

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kol.: A. ZIELIŃSKĄ, OSTROWSKĄ, GLÜKSMANNA, GAŁECKIEGO, KŁOSSOWSKIEGO, ETTINGERA i KNAPPEGO.

III. PREZES wręczył nowowybranemu członkowi czynnemu Z. SŁAWIŃSKIEMU dyplom wraz z egzemplarzem ustawy i regulaminu Towarzystwa.

IV. J. SĘDZIAK złożył do biblioteki egzemplarz swej pracy: „Choroby jamy ustnej, gardzieli i przelyku“. Nadto złożono zeszyt *Medicinisher Anzeiger* Nr. 6 z r. b.

V. PREZES oznajmił o zmianie, jaka zaszła w wyborze delegata na uroczystość jubileuszu Wszechnicy Jagiellońskiej. Ponieważ prof. BARANOWSKI zawiadomił w dniu 31 Maja PREZESA, że nie może z powodu choroby jechać na uroczystość, należało wybrać innego delegata. Zarząd na posiedzeniu w dniu 1 Czerwca przyszedł do wniosku, że niema czasu na zwoływanie nadzwyczajnego posiedzenia; uprosił przeto Wice-PREZESA, aby podjął się tej roli. Nadto na wypadek, gdyby prof. HOYER nie mógł uczestniczyć na uroczystości, postanowiono prosić Wł. FLORKIEWICZA, aby zechciał podjąć się w razie potrzeby zastąpić prof. HOYERA.

VI. M. BIRO przedstawił chorą, dotkniętą *sclerodermia*. Dziwnym zbiegiem okoliczności udaje mu się spostrzegać już 7-y przypadek tej rzadkiej względnie choroby. Kobiety, jak wiadomo, stanowią większość tych chorych, cierpienie to, nieoszczędzające ani dziecka, ani starca, bo spostrzegane u 13-miesięcznego dziecka i 76-letniego starca, tym razem dotknęło 26-letnią pannę. Z zajęcia jest ona szwaczką; lecz zajęciu temu, jako też żadnemu

innemu nie można przypisać wpływu na powstanie choroby. Co sprzyjało wybuchowi jej cierpienia, nie wiadomo, bo oprócz szkarlatyny, przebytej w 12 roku życia, innych chorób nie przechodziła. Z krewnych chorej brat jest dotknięty porażeniem obu kończyn dolnych od 4 lat. Nie można przypuścić, iżby budowa chorej wpłynęła na rozwój choroby. Przeczą temu dawniejsze przypadki, spostrzegane przez BIRO. Cierpienie rozwinęło się, jak zwykle, niespostrzeżenie. Chora przybyła do polikliniki D-ra GOLDFLAMA po raz pierwszy w dniu 4 b. m. ze skargą na utrudnione zginanie palców obu dłoni. Wywiady wykazały, że cierpienie to rozpoczęło się przed rokiem. Dotychczas choroba ma postać ograniczoną; zajęte są bowiem kończyny górne, zwłaszcza palce, mniej dłonie, a jeszcze mniej dolna trzecia część przedramion. Jakie objawy poprzedziły chorobę, trudno się od pacjentki dowiedzieć. Nie wie ona, czy miała na kończynach jakie plamy, chociażby brunatne w postaci takiego zabarwienia, jakie widzimy do koła jej warg i miejscami na policzkach, plamy, jakich przedtem nie miała. Chora utrzymuje tylko, że przed rokiem obie jej dłonie uległy obrzękowi. Wówczas był to już pierwszy okres właściwej choroby — okres obrzęku. Jak zazwyczaj, trwał on krótko przez tydzień. Po tygodniu dłonie zaczęły stawać się twardymi, niepodatnymi do ruchów. Obecnie widzimy, że są one twarde, a palce, zwłaszcza ostatnie, już ulegają zcieleniu. Drugi okres choroby — okres stwardnienia przechodzi w trzeci — w okres zaniku. Jak widzimy u chorej, skóra jest naprężoną, sztywną, pozbawioną zwyklej elastyczności, obrastającą prawie części głębsze, nie dającą się po nad niemi ująć w fałdę. Powierzchnia skóry jest gładką, lśniącą, bez fałd i zmarszczek. Tętno z trudnością daje się przez nią wyczuwać. Wkłuć w nią igłę jeszcze można. Stwardnienie to samo wystarcza do wywołania ograniczenia ruchów, gdyż w przypadku tym stawy są niezajęte. Jaki wpływ ma cierpienie na włosienie danej okolicy skóry w danym przypadku, trudno powiedzieć ze względu na umiejscowienie. Skóra często ulega zmianom zabarwienia. Występuje to w rozmaitych okresach. Niekiedy zjawia się w okresie przedwstępnym; z tego względu BIRO zwraca uwagę na brunatne zabarwienie skóry dokoła warg chorej. Innym razem zabarwienie występuje w okresie późniejszym, lecz wówczas są to raczej skutki zmienionego krążenia spowodowanego przez uciskającą naczynia zmienioną skórę; wówczas części odnośne są sine, jak to widać na palcach i dłoniach pacjentki. Zresztą zmiana zabarwienia może być skutkiem zaburzeń odżywczych, gdyż i te należą często do obrazu chorobowego. Np. u pacjentki widać ślady owrzodzeń na końcach palców [4-ty palec lewej dłoni, 3-ci i 4-ty prawej]. Bardzo często zmiany odżywcze dotyczą paznogi. U pacjentki tej ich nie ma. W mię-

śniach u chorej zmian żadnych nie znaleziono. Czucie nie bardzo wydaje się zmienionem; może istnieje pewna nadwrażliwość w częściach dotkniętych. Odruchy ścięgniste i skórne są normalne. Opory elektryczne przy 3 MA [jedna elektroda na górnej części grzbietu, druga na środku powierzchni palmarnej dłoni] 3000 ohmów. Dane te przekonywają że zmiana oporu elektrycznego zależy głównie od stanu suchości skóry. Tylko sucha skóra daje opory zwiększone, wilgotna może dać opory mniejsze, niż normalna. Innych zaburzeń w jakichkolwiek narządach u chorej nie wykryto. [Autoreferat].

VII. R. SKOWROŃSKI przedstawił chorego z zapaleniem nerwów obwodowych w następstwie zatrucia tlenkiem węgla. Chory ten, poprzednio zupełnie zdrow, po napaleniu w piecu węglem kamiennym położył się spać do łóżka wieczorem. Po 20 godzinach znaleziono go leżącym na podłodze i odwieziono do szpitala, gdzie stwierdzono powiększenie objętości kończyn górnej i dolnej prawej połowy ciała, obrzęk i bóle w kończynach i podbiegi krwawe. Po 6 iu tygodniach chory wypisał się ze szpitala. Bezwład i podbiegi krwawe w kończynie dolnej ustąpiły. Natomiast w kończynie górnej obrzęk nie ustąpił. Chory uskarżał się na silne bóle piekące w całej kończynie; rękę trzymał opuszczoną bezwładnie. Objętość kończyny była znacznie powiększona, kontury zupełnie zmienione tak, że kończyna przedstawia się jakby słoniowatą. Odruchy znieśione, uczucie na dotyk zachowane. Odczyn zwyrodnienia we wszystkich mięśniach barku, ramienia i przedramienia. Ruchy bierne we wszystkich stawach ankiłotyczne, nieznaczne, bolesne, skóra napięta. Przy dotyku wyczuwamy bardzo twarde rozlane jakby guzy w przyczepie mięśnia piersiowego dużego, nadgrzebieniowego i kapturowego, cała zaś kończyna przedstawia się twardą, jakby wyciosaną z drzewa. Po miesiącu bardzo silnego masażu, wykonywanego 2 razy dziennie i stosowaniu ruchów biernych chory zaczął podnosić rękę nieco zgiętą w łokciu do poziomu. Po 2 miesiącach wróciła władza w mięśniu trójgłowym, nieco później w dwugłowym, drewnowatość w mięśniach ramienia ustąpiła, twarde rozlane guzy w mięśniach znacznie się zmniejszyły, kontury kończyny zarysowały się wyraźniej, pozostały tylko zgrubienia i stwardnienia w okolicy stawów. Obecnie powracają ruchy w zginaczach przedramienia. Objawy te przypisać należy nie tylko zmianie chemizmu krwi wskutek zatrucia tlenkiem węgla lecz i uciskowi. Chory przez czas długi leżał na boku z podwiniętą ręką pod tułó*, co wywołało zastój obiegu krwi danej kończyny. W kończynie dolnej, gdzie ucisk był mniejszy, wylew krwawy był mniejszy, prędzej się wessał i władza wróciła stosunkowo prędko. W górnej zaś kończynie obieg był wstrzymany,

uformowały się prawdopodobnie trombozy, czemu przypisać należy obrzęk drewnowaty i bezwład. [Autoreferat].

VIII. A. KARCZEWSKI przedstawił chorą po operacji plastycznej z powodu bliznowego przykurczenia palców rąk.

16-letnia dziewczyna, służąca, przybyła do oddziału D-ra KRAJEWSKIEGO w Grudniu roku zeszłego. Mając rok życia uległa ona następującemu wypadkowi: siedząc na piecu kuchennym oparła się rękami o rozpaloną blachę, wskutek czego silnie oparzyła sobie obie dłonie. Skóra w miejscach oparzenia uległa zgorzeli, a w następstwie wytworzyły się blizny, które spowodowały przykurczenia palców.

W chwili wstąpienia chorej do szpitala znaleziono stan następujący: Budowa ciała prawidłowa, odżywianie dobre. W narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie wykryto. Na obu dłoniach, w pobliżu podstaw palców, widać blizny kształtu łukowatego, przebiegające w kierunku ukośnym; blizny te są twarde, nierozciągliwe, białawe. Ruchy obu wielkich palców prawidłowe; zginanie pozostałych palców możliwe; rozginanie zaś ich utrudnione w znacznym stopniu. Mianowicie, w stawach śródreżo-paliczkowych (*art. metacarpo-phalangeae*) rozginanie może być doprowadzone tylko do kąta prostego; nadto palce rzeczony są nachylone w stronę palca małego. Wskutek utrudnionego rozginania palców chora nie jest w stanie wykonywać robót bardziej subtelnych [np. szycia] i z tego powodu postanowiła poddać się operacji.

W dniu 31 Stycznia r. b. KRAJEWSKI wyciął bliznę z lewej dłoni i wyprostował rękę; na miejsce wyciętej blizny przeszczepił płat wykrojony z wewnętrznej powierzchni lewego uda. Płat ten, który miał około 10 ctm. długości, a 5—6 szerokości i podstawą był zwrócony ku górze, został przyszyty z trzech stron do brzegów rany na dłoni. Rękę przymocowano do uda za pomocą bandaża krochmalonego. Po ośmiu dniach szwy usunięto, a w dwa dni później [t. j. 10-go dnia po operacji] odcięto szypułę płata. Płat przyrósł doskonale. W miesiąc po operacji zaczęto wykonywać ruchy.

22 Marca r. b. KARCZEWSKI dokonał operacji na prawej ręce po wycięciu blizny i wyprostowaniu palców KARCZEWSKI wyciął płat czworokątny ze skóry brzucha, nie zajmując podskórnej tkanki tłuszczowej; płat ten przeniósł na okrwawioną powierzchnię, powstałą po wycięciu blizny na dłoni, i starannie przyszył dokola szwami węzełkowymi; dłoń pokrył kilku wacikami, posmarowanymi waseliną i przymocował rękę do deszczułki; ranę zaś na brzuchu zaszył całkowicie szwem ciągłym. Po 4-ch dniach zmienił opatrunek. Płat był sinawo-czerwonawy, a w kilku miejscach widać było pęcherzyki z różowawą zawartością. Drugi opatrunek

zrobiono po upływie dni pięciu; płat miejscami białawy, miejscami czerwony, powierzchowna warstwa naskórka zeszała; szwy usunięto. Od tego czasu opatrunek prawie codzienny, w przebiegu nie szczególnego. Po zdjęciu szwów z rany brzusznej, brzegi rany po części rozeszły się, i rana goiła się przez ziarninowanie.

W dniu 31 Maja KRAJEWSKI rozciął pletwę pomiędzy wskazicielem a średnim palcem ręki lewej i połączył brzegi rany trzema szwami.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z tego względu, że daje nam możność poglądowo porównać wartość płatów z szypułą i płatów wolnych w operacjach plastycznych na rękach. Porównanie to doprowadza do wniosków następujących:

1) W operacjach plastycznych, na rękach obok płatów z szypułą z pożytkiem mogą być stosowane płaty wolne.

2) Płaty wolne przyrastają doskonale, a po przyrośnięciu pozwalają na zupełnie swobodne ruchy palców.

3) Płaty wolne mają tę wyższość nad płatami z szypułą, że po wycięciu płata wolnego można całkowicie zeszyć ranę; nadto w razie zastosowania płata wolnego niepotrzebne jest długotrwałe unieruchomienie kończyny, które częstokroć bywa bardzo uciążliwe dla chorego. [Autoreferat].

IX. Przed rozpoczęciem dyskusji nad odczytem Wł. KRAJEWSKIEGO „O rozpoznawaniu i leczeniu *perityphlitis*“ PREZES zaproponował, czyby nie można było prowadzić dyskusji według z góry przyjętego programu. Proponuje więc, aby dyskusji nad tym przedmiotem zamknąć w 3 punktach: 1) rozpoznawanie, 2) wskazanie do operacji i 3) technika.

Na wniosek jednak DUNINA i SOKOŁOWSKIEGO postanowiono dyskutować wogóle nad tem cierpieniem.

Zdaniem SOKOŁOWSKIEGO wynik, jaki KRAJEWSKI przedstawił, aby ostrych przypadków nie operować, jest ważny i potwierdzający nasze kliniczne doświadczenia. S. sądzi, że chorzy, spostrzeżeni na oddziałach, są ideałem obserwacji i dlatego też przytacza statystykę spraw okołokatniczych ze swego oddziału. S. spostrzegł w ciągu ostatnich kilku lat na swoim oddziale 33 przypadki tego cierpienia. Wszystkie te przypadki należały do ciężkich. Byli to bowiem chorzy, traktowani przedtem środkami czyszczącymi. Prawie we wszystkich przypadkach istniała gorączka, trwająca niekiedy do 3 tygodni. Przypadki te przebiegały z przejawami upadku sił ogólnego chorych. Z 33 chorych wyzdrowiało 29. Jeden chory zmarł, na sekcji znaleziono ropne zapalenie otrzewnej po przedziurawieniu. W 3 przypadkach była recydywa. Ze statystyki tej wynika, że chorzy w ostrym napadzie nadają się do leczenia wewnętrznego. We wszystkich tych przypadkach stosowano zwykle w takich razach leczenie: spokój, opium, lód na

okolice kiszki ślepej i od czasu do czasu nieobfite ławatywy. Statystyka więc SOKOŁOWSKIEGO zgadza się z wynikiem KRAJEWSKIEGO.

Wł. JANOWSKI zaznacza, że nadzwyczajne zainteresowanie się lekarzy sprawą zapalenia okołokątniczego zależy od wielkiej jej wagi praktycznej z tego względu, że nieraz życie chorego zawisło od należytego postawienia kwestyi. Lekarzy wewnętrznych sprawa ta interesuje niemal więcej, niż chirurgów, gdyż w normalnych warunkach chory zwraca się pierwotnie zawsze do terapeuty, do którego też zadań należy w większości przypadków postawienie właściwego rozpoznania. Nie wchodząc w szczegóły, ani w powszechnie znane sposoby badania, JANOWSKI twierdzi, że na ogół rozpoznanie *perityphlitis* w przypadkach, z którymi zazwyczaj chorzy zwracają się do terapeutów jest łatwym; idzie tylko o wykluczenie zamknięcia światła kiszek, zajęcia tkanki okołonerkowej, adnexitów łatwych w większości przypadków do wykluczenia [dla terapeuty samego lub z ginekologiem] i zapalenia *m. psoae*. Rzadko trudności bywają większe, czego przykładem był dla J. przypadek zapalenia ropnego moczowodu prawego po *pyelitis*, stwierdzony na sekcyi chorej, zmarłej przy objawach łudząco symulujących *perityphlitis*. Rozpoznawszy *perityphlitis*, terapeuta, zdaniem J. powinien podjąć się jego leczenia do czasu, dopóki objawy kliniczne nie wyrobią w nim przekonania, lub przynajmniej nie obudzą poważnego podejrzenia, że ma on do czynienia z ropieniem. W takich razach terapeuta powinien przywołać chirurga, aby uniknąć zarzutu zwłoki z operacją, gdyż rzecz prosta, że gdzie tylko zarysowuje się możliwość jej potrzeby, tylko chirurg, jako wykonywujący operację, ma prawo odkładania jej, inaczej nie mógłby przyjąć na siebie odpowiedzialności za jej wykonanie. Dopóki jednak objawy kliniczne na ropienie nie wskazują, dopóki chory ma tylko silne bóle, czkawkę, nawet wymioty, parcie na stolec i mocz, a nawet dłuższą, lecz bez wahań gorączkę, terapeuta powinien mieć odwagę i cierpliwość prowadzenia leczenia samodzielnie. Dopiero dołączające się poty, większe wahania ciepłoty lub bardzo znaczna jej wysokość skłonić go powinny do przywołania chirurga, który sam jeden odtąd o konieczności operacji, ewentualnie o chwili jej wykonania, powinien decydować. Leczenie terapeutyczne ostrego napadu powinno polegać na stosowaniu bezwzględniego spokoju, a więc na zabronieniu choremu wszelkich ruchów, stosowaniu odnośnej pomocy przy wypróżnieniach, ewentualnie przy oddawaniu moczu, u mających odnośne cierpienia, na stosowaniu płynnej letniej diety [unikać należy głodzenia chorych], dużych dawek opium, dochodzących do 2 granów dziennie, i ciepłych okładów na brzuch. W miarę złagodzenia się objawów można dawkę opium zmniejszyć, ale, gdy napad trwa w swej sile, nie należy obawiać

się stosowania opium przez szereg dni, gdyż środek ten nie jest niebezpieczny. Najczęściej szybko po odstawieniu opium chory sam dostaje wypróżnień. Jeżeli jednak odstawić opium nie można, należy wywoływać stolce co kilka dni niewielką ilością wody, i to nie zimnej, w ławatywach. Stosowanie prawdziwych wlewań Hegarowskich, jako zbyt drażniących, jest niewłaściwe. Jeżeli chory nie znosi opium, co J. widział sam już 2 razy, należy stosować morfinę lub kodeinę, które mniej wprawdzie hamują ruchy robaczkowe kiszek, a więc dają mniej prawdziwego spokoju, lecz łagodzą bóle również dobrze. Oprócz powyższego J. żadnego innego leczenia w napadzie nie stosuje. Lodu używa tylko w przypadkach bólów bardzo gwałtownych; pijawek nie stawia, bo skórę tylko zakazić mogą, czego wobec możliwej w każdej chwili konieczności operacji unikać należy; wcierań szaruchy również nie stosuje, ponieważ zanieczyszczają tylko skórę, a nadto, jako masaż, są bardzo w tym okresie niebezpieczne.

JANOWSKI nie stosuje również nigdy środków czyszczących, gdyż sam widywał przypadki wywołanego na tej drodze przedziurawienia z rozlanem zapaleniem otrzewnej. Uważa więc za bardzo niebezpieczne tego rodzaju próby z chwilą, gdy rozpoznanie jest już jasne. Poza napadem J. stosuje łagodną dyetę, ścisły przepis, ograniczający chorego w ruchach i długotrwałe okłady gorące na brzuch obok słonych kąpielii. Wód mineralnych do wewnątrz nie stosuje, gdyż od nich skutku nie oczekuje. Jeżeli pozostał po napadzie guz, należy poczekać kilka tygodni, aby zobaczyć, w jakim stopniu się zmniejszy i stanie się mniej czułym na ucisk. Jeżeli wrażliwość jest nieznaczna, i chory nie gorączkuje, a na operację *à froid* zgodzić się nie chce, w takim razie J. namawia zawsze na masaż. Należy go stosować oględnie z krótkimi posiedzeniami peryodycznymi, leżeniem po nich, przerwami w razie wystąpienia większej bolesności guza itd. Tak ostrożne uważne i oględne stosowanie masażu zaszkodzić napewno nie może. Rzecz prosta, że, gdyby chory dostał niewielkiej gorączki, należy masaż przerwać zupełnie i namawiać chorego stanowczo na operację poza napadem. Niestety, chorzy decydują się na operację dopiero po kilku napadach, i dla tego często wypada posługiwać się ostrożnie stosowaniem masażu. Po kilku recydywach J. zawsze gorąco namawia chorych do takiej operacji w czasie spokoju, podczas, gdy przeciwnie, od operacji w czasie napadu stara się chorego zawsze uchronić, o ile tylko podejrzenie istnienia ropienia nie zmusza go do przywołania chirurga i wspólnej z nim wtedy decyzji w całej sprawie. Przypadki *peritonitidis progredientis* nadają się stanowczo tylko do leczenia operacyjnego, czasem do szeregu odnośnych operacji. Co się tyczy takich operacyj to J. sądzi, że szukanie wyrostka robaczkowego

i usuwania go podczas operacyi nie jest koniecznem. Jest to wreszcie raczej pytanie, które stawia chirurgom.

[Autoreferat].

Zdaniem T. DUNINA, w nauce o *perityphlitis* najwięcej interesującymi są dwie kwestye: sprawa patogenezy tego cierpienia i sprawa leczenia. Patogeneza z rąk terapeutów wymyka się. Wszystko, co wiemy o patogenezie tego cierpienia, wiemy od chirurgów. O samym zaś cierpieniu wyrostka nic nie wiemy. *Appendicitis* zdaje się być sprawą przewlekłą. Aby bliżej bowiem wniknąć w etyologię zachorzeń wyrostka robaczkowego, dość przytoczyć te przypadki *perityphlitis*, w których wyrostek był wolny. Cała zaś klasyfikacya i patologia tej sprawy jest patologią ograniczonego zapalenia otrzewnej do wyrostka robaczkowego. DUNIN nie zgadza się ze wszystkim, co mówił KRAJEWSKI o *epityphlitis*, żadna bowiem klasyfikacya nie może nam dać zupełnego pojęcia o tej sprawie. Z form *appendicitis* należy wykluczyć gruźlicze i promienicowe zajęcia wyrostka. DUNIN nie uważa za właściwą nazwę: *perityphlitis latens*, gdyż to może zdarzyć się w każdym przypadku. Postaci chronicznych niema, są postaci tylko ostre i recydujące. W przypadkach ostrych najważniejszą rzeczą jest rozstrzygnięcie, czy w nacieku jest ropa, o czem niekiedy można sądzić z samego nacieku. Jeżeli naciek jest okrągły, kulisty, elastyczny, DUNIN robi przekłucie próbne. Nadto należy kierować się ogólnym wyglądem i stanem chorego, jak również i stanem ciepłoty. W przypadkach gdzie są objawy ogólne, przemawiające ze obecnością ropy, należy operować. Małe jednak ogniska ropne mogą ulegać wessaniu; w tych więc przypadkach, jeżeli niema groźnych objawów, należy czekać z operacją. W postaciach recydujących należy operować. W tych razach, jeżeli chorzy nie zgadzają się na operację: należy próbować stosowania masażu, po którym chorzy niekiedy poprawiają się. Poszukiwania wyrostka w ogniskach ropnych jest zbyteczne. Wreszcie DUNIN wskazuje na jedną z pomyłek, w rozpoznawaniu *perityphlitis*. Mianowicie kolka nerkowa z prawej strony może dawać często objawy *perityphlitis*. W tych razach należy posługiwać się obserwacją i ogólnymi zasadami w rozpoznawaniu *perityphlitis*.

M. REJCHMAN zaznacza, że w kwestyi patogenezy *perityphlitis* w ostatnich czasach GOLUBIEW utrzymuje, że *appendicitis* powstaje epidemicznie. Być może, że jest coś, co wytwarza pewną jadowitość bakterji. Sam REJCHMAN przekonał się, że są tygodnie, kiedy spostrzega wiele przypadków tej sprawy; są zaś okresy, kiedy widuje mało takich chorych. Pod względem dyagnostycznym R. zwraca uwagę na niektóre błędy. Często przyjmują za *perityphlitis* sprawy takie, jak *parametritis*, *oophoritis*, *salpin-*

gitis. Należy jednak dodać, że są sprawy mieszane. Zdaniem R. w *appendicitis* często niema objawów zewnętrznych. W przypadkach więc, gdzie jest jakiegokolwiek podejrzenie na istnienie *appendicitidis*, należy zawsze badać przez odbytnicę jamy DouGLAS'a, gdyż często tam znajduje się naciek, na co zwrócił uwagę w swym odczycie KRAJEWSKI. W sprawie rozpoznawania obecności ropienia, ciepłota zdaniem REJCHMANA niema znaczenia, spostrzegali on bowiem przypadki, w których gorączki nie było, a ropa istniała. REJCHMAN podziela zdanie KRAJEWSKIEGO, że nie należy operować w ostrych przypadkach. W ostrym napadzie wogóle zejście śmiertelne bywa rzadkiem. W przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej należy operować, chociaż spostrzegano i takie przypadki zakończone pomyślnie bez operacji. Nie można ograniczać się czasem, kiedy należy operować. Jeżeli naciek trwa długo, powstają zrosty i mogą wystąpić objawy zamknięcia światła kiszek.

L. KRAUZE jest zdania, że najważniejszym wskazaniem do operacji *perityphlitis* jest stwierdzenie, czy w nacieku jest ropa. KRAUZE w wątpliwych przypadkach robi nakłócie próbne, lecz to nie zawsze daje pewne rezultaty. Jeżeli istnieje ognisko ropne, należy przystąpić do operacji, choć zdarza się niekiedy, że małe ogniska ropne mogą się wessać. Niekiedy ropnie pękają, K. spostrzegali przypadek, gdzie ropień pękł do pęcherza. K. wyrostka nie wycina, o ile go trudno odszukać, gdyż spostrzegali niedługo następujący zanik wyrostka.

Wreszcie KRAUZE zaznacza, że istnieje jeszcze jedna postać *perityphlitis*, o której KRAJEWSKI nie wspomina. Mówca ma tu na myśli *perityphlitis traumatica*. Nie znaczy to bynajmniej, aby uraz był jedyną przyczyną powstawania cierpienia, lecz przy istniejących już nieznacznych zmianach w wyrostku uraz mógł spowodować rozszerzenie się sprawy.

K. CHELCHOWSKI przytacza dane z piśmiennictwa naszego w sprawie *perityphlitis*, zaznaczając, że na jego oddziale w ostatnich czasach MALEWSKI spostrzegali bardzo ciężki przypadek sprawy okołokątniczej. W przypadku tym były dość obfite krwawienia. MALEWSKI, rozpatrzywszy odnośną literaturę, zapytuje, czy *perityphlitis* nie jest chorobą częstszą u zamożnych, niż u ludzi biednych? Można by sądzić, że *perityphlitis* inaczej przebiega u ludzi, odżywiających się dobrze, a inaczej u ludzi biednych. W przebiegu tego cierpienia, zdaniem CHELCHOWSKIEGO bywają często powikłania ze strony płuc. Co do rozpoznawania, to CHELCHOWSKI zwraca uwagę na niestrawność. Mówca zgadza się ze wskazaniami do operacji, jakie wyłuszczył KRAJEWSKI. W ostrych przypadkach nie należy operować, choć zdaje się, że w tych razach zawsze bywa ropienie.

BRONOWSKI S. również jest zdania, aby w ostrych przypadkach nie operować. Co do leczenia, to zależy zalecać opium, spokój i lód. Środki czyszczące są w pewnych razach wskazane. Jeżeli bowiem sprawa zaczyna się niestrawnością należy usunąć rozkładający się kał. Po napadzie ostrym w niektórych razach leczenie balneoterapeutyczne daje dobre wyniki.

Z powodu spóźnionej pory na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *St. Markiewicz.*

Sekretarz *A. Łogucki.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 19 Czerwca 1900 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 58.

T r e ś ć: Dalszy ciąg dyskusji nad odczytem Wł. KRAJEWSKIEGO „O rozpoznawaniu i leczeniu *perityphlitis*“.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto z uwzględnieniem uwag JANOWSKIEGO i BRONOWSKIEGO.

II. PREZES zawiadamia, że Zarząd na ostatnim posiedzeniu (16 VI 1900 r.) przyznał z legatu D-ra F. JABŁONOWSKIEGO wsparcia piekarzowi Adamczewskiemu i krawcowi Szymczakowi.

III. Do biblioteki złożono zeszyt XIX wydawnictwa podreczników chirurgicznych [Zeszyt VII wykładu chirurgii ogólnej].

IV. PREZES oznajmia, że przewodniczący w Komitecie rewizyjnym złożył dla przedstawienia Towarzystwu protokół posiedzenia Komitetu rewizyjnego z dnia 25 Maja r. b. z odbytej rewizji rachunków kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach za rok 1899, a zarazem z odbytej rewizji obecnego stanu obu kas, t. j. kasy Towarzystwa i kasy Wsparcia.

V. Zgodnie z §§ 57 i 58 ustawy Towarzystwa PREZES wraz z Wł. STANKIEWICZEM przedstawiają prof. GUYONA z Paryża na członka honorowego.

VI. W dalszym ciągu dyskusji nad odczytem Wł. KRAJEWSKIEGO „O rozpoznawaniu i leczeniu *perityphlitis*“, Wł. SZTEYMER zaznacza, że zapatrywania jego w zasadzie nie różnią się od

zapatrywać KRAJEWSKIEGO, różnica tylko w szczegółach. Co do podziału, to SZTEYNER sądzi, że daleko lepszy jest podział na 3 grupy: *appendicitis simplex, purulenta et perforativa*. Tylko *Appendicitis simplex* nadaje się do leczenia wewnętrznego. W przypadkach II i III grupy, t. j. w *appendicitis purulenta et perforativa* należy operować. Rozpoznanie jednak tych dwóch postaci nie jest tak łatwe, jakby się zdawało. Są bowiem przypadki, w których ani ciepłota ani ogólny stan chorych nie są tak złe, a jednak następuje przedziurawienie. Są to przypadki zdradliwe, które KRAJEWSKI nazwał *appendicitis progrediens*. Przypadki te kwalifikują się do wczesnej operacji. W tych razach zazwyczaj po kilku dniach poprawy odrazu występuje pogorszenie, tak nagłe, że operacja zwykle bywa spóźnioną. SZTEYNER widział 2 takie przypadki.

W kwestyi danych, kiedy u nas zaczęto robić laparotomię, o czem nadmieniał CHEŁCHOWSKI, SZTEYNER zaznacza, że już przed 15 laty robił laparotomię z powodu *peritonitidis purulentae* po przedziurawieniu wyrostka. Następnie w r. 1888 prof. KOSIŃSKI ogłosił przypadek *peritonitidis generalis* po przedziurawieniu, zakończony wyzdrowieniem po laparotomii. Co do techniki operacji, a mianowicie, co do powstających po operacji przepuklin, to SZTEYNER przypuszcza, że tworzenie się przepuklin jest w związku z zakładaniem worka MIKULICZA. W tych razach zamiast worka MIKULICZA należy zakładać szew dwupiętrowy i cienkie paski gazy jodoformowej.

W przypadkach, gdzie chloroformowanie chorych jest z tych lub innych względów niemożliwe, SZTEYNER sądzi, że możnaby znieczulać chorych przez zastrzykiwanie im roztworu kokainy pod oponę pajęczą rdzenia w okolicy lędźwiowej. SZTEYNER w dniu 17 b. ni. przy takim znieczuleniu zupełnem amputował choremu nogę.

A. GABSZEWICZ wyraża uznanie dla prelegenta za to, że przedstawił tak znaczną ilość preparatów chorych, że żaden z lekarzy nie może poszczycić się taką kazuistyką. Zdaniem GABSZEWICZA KRAJEWSKI za krótko zatrzymał się nad przypadkami septycznym, *perityphlitis*.

Co do leczenia, to GABSZEWICZ pomija stronę techniczną; w rozlanem zapaleniu otrzewnej tylko wczesne operowanie może dawać jeszcze jakąś nadzieję. Co się zaś tyczy ostrych przypadków, to, zdaniem GABSZEWICZA, KRAJEWSKI nie jest takim przeciwnikiem operacji, jak to zaznaczyli niektórzy mówcy na poprzednim posiedzeniu.

Fr. STĘPKOWSKI chciałby wciągnąć do dyskusyi również sprawę powikłań ciąży, porodu i położu zapaleniami wyrostka robaczkowego. Dotychczas, jeśli ciężarne umierały na zapalenie otrzewnej, to przyczyna śmierci była nam nieznaną. Dziś wiemy, że

to *appendicitis* jest bardzo często przyczyną rozlanych zapaleń otrzewnej.

Zapalenie wyrostka robaczkowego może zjawić się w każdym okresie ciąży, podczas porodu i w połogu; może ono wystąpić po raz pierwszy, lub też jako recydywa. Rokowanie jest dotychczas niepomyślne. HLAWACEK zebrał z literatury 13 przypadków powikłań ciąży zapaleniem wyrostka robaczkowego, z tych 11 skończyło się śmiercią. MUNDE zebrał 17 przypadków, z tych 5 razy było *appendicitis simplex*, i te przypadki były wyleczone bez operacji, z 12 zaś przypadków z ropieniem operowano 11 razy i 7 skończyło się śmiertelnie t. j. 58,3%. Śmiertelność dzieci była jeszcze większa, bo 85,6%; umierały one albo przed operacją, lub też po niej. Nawet w przypadku *appendicitis simplex* tylko jedno dziecko pozostało przy życiu. U FRAENKLA jedna tylko chora po operacji wyzdrowiała; 3 chore zmarły pomimo dokonanej wcześniej operacji, jedna zaś zmarła nieoperowana. PINARD powiada, że wszystkie przypadki nieoperowane, jakie spostrzegał przez 25 lat, skończyły się śmiertelnie. Widzimy zatem jak poważnie zagrożone jest życie ciężarnych i rodzących przy tego rodzaju powikłaniach.

Jednakże przebieg *appendicitidis* w ciąży i rokowanie będą zależne od samej postaci cierpienia wyrostka. Naprzykład w *appendicitidis simplex* sprawa może przebiegać bez powikłań w sposób typowy. Napady takie mogą występować kilkakrotnie, nie przerywając nawet ciąży. Dokonana laparotomia w celu wycięcia wyrostka podczas napadu, lub w czasie wolnym od niego, nie zawsze powoduje przerwanie ciąży. Jeżeli przy *appendicitidis simplex* nastąpi powikłanie, np. wytworzy się ropień wokoło nieprzeziurawionego wyrostka, to stan taki oddziaływa na ciążę b. niepomyślnie, dlatego, że zapalne podrażnienie otrzewnej wywołuje pracę porodową, a występujące skurcze macicy nie pozwalają wytworzyć się ochraniającym zrostom i przez to dają możliwość infekcyi przeniknąć do jamy otrzewnej. Czy rozpoznanie *appendicitidis* w ciąży i porodzie jest łatwym? Niekiedy udaje się ono postawić dość łatwo, lecz są przypadki, w których rozpoznanie natrafia na wielkie trudności. Można bowiem cierpienie to przyjąć za pękniętą ciążę jajowodową prawostronną, za ropotok jajowodu, jajnika, za skręcenie szypuły torbieli jajnika, za nerkę wędrującą, za kamice nerkową, wątrobianą, za ostrą niedrożność kiszek. Niekiedy możnaby przyjąć za prostą niestrawność, ponieważ przebieg cierpienia bywa niekiedy zdradliwy. Np. po burzliwym początku, objawiającym się silnymi bólami w brzuchu, wymiotami pokarmowymi lub żółciowymi, rozwolnieniem, może nastąpić chwilowe polepszenie, trwające całą dobę i dłużej, tętno i ciepłota mogą przez ten czas zachowywać się prawidłowo. Jednakże nawet

w okresie rzekomego polepszenia pozostaje zawsze bolesność w prawym dole biodrowym i odporność mięśniowa (*une défense musculaire francuzów*). A w razie pojawienia się *peritonitidis generalis* podczas porodu czyż nie przyjdzie do głowy akuszera myśl o pęknięciu macicy? Badanie należałoby zawsze skutecznie pod chloroformem w celu przewyciężenia napięcia ścian brzusznych. Badać również należy przez kışzkę stolcową i pochwę. U nieciężarnej badanie przez prawe boczne sklepienie może niekiedy ułatwić rozpoznanie, u ciężarnej zaś, z powodu wypełnienia małej miednicy przez ciężarną macicę, badanie nie doprowadza prawie do żadnych wniosków. W celu ułatwienia rozpoznania radzą wpuszczać powietrze do kışzek i układać chorą na lewy bok, ponieważ wtedy macica ciężarna przesunie się na lewo, otorbiony zaś guz z prawej strony pozostanie nieruchomym, a przez to wytworzy się przy opukiwaniu pas z tonem jasnym pomiędzy brzegiem prawym macicy a nieruchomym guzem.

Co się tyczy leczenia, to należałoby w każdym przypadku operować. Możemy natrafić na ropę lub jej nie znaleźć. Jeśli ropy nie będzie, to obawa przerwania ciąży jest niewielka, tak samo jak podczas laparotomii, dokonywanej przy torbielach jajników podczas ciąży. W razie błędnego rozpoznania możemy w jamie brzusznej znaleźć jeden z tych stanów chorobowych, które również mogą wymagać zabiegów operacyjnych.

Jeśli napady *appendicitidis* były już przed ciążą, to należy operować nawet wtedy, kiedy objawy są bardzo łagodne, a szczególnie gdy ciąża jest jeszcze we wczesnych okresach.

[Autoreferat].

H. ODERFELD sądzi, że ci z mówców, którzy utrzymują, że nie należy operować w ostrych przypadkach *perityphlitis*, zapewne pominięli zastrzeżenia, jakie uczynił w swych wnioskach KRAJEWSKI. ODERFELD nie zgadza się również na robienie próbnego przekłucia. Zdaniem ODERFELDA, próbne przekłucia możemy wykonywać przed samą operacją, jeśli jesteśmy pewni, że istnieje ropienie. W przypadkach, kiedy chorzy nie chcą poddać się operacji, ODERFELD jest przeciwny stosowaniu u nich masażu, sądzi bowiem, że masowaniem możemy wyrządzić szkodę chorym, ponieważ otrzewna w *appendicitis* jest kruchą. Jako środek paliatywny w tych razach zaleca ODERFELD rozgrzewające kompresy, kąpiele słone, okłady z błota.

Br. SAWICKI zaznacza, że sprawa *appendicitidis* nie schodzi z porządku dziennego od lat 15, a żywotność jej także zależy od rozmaitości przebiegu i trudności rokowania. Dla ułatwienia w rokowaniu i leczeniu stworzono dużo klasyfikacji, żadna jednakże nie odpowiada w zupełności celowi, SAWICKIEMU podoba się podział RYDYGIERA, który zresztą ma wiele cech wspólnych z klasyfi-

kacją KRAJEWskiego. Rozpoznanie *appendicitidis* nie zawsze bywa łatwe. SAWICKI zwraca uwagę na jeden objaw, który może mieć niejakię znaczenie dyagnostyczne w przypadkach o dłuższym przebiegu, gdzie lawatywa nie może zaszkodzić. Objawem takim jest bolesność przy wlewaniach HEGAR'a, ilekroć woda dochodzi do *caecum*. SAWICKI spostrzegał wraz z 2 innymi kolegami przypadki, w którym poza gorączką i opowiadaniem, iż chory kilkakrotnie zapadał dawniej na *appendicitis*, istniał tylko ten objaw; nie było zaś ani guza, ani bólów, umiejscowionych przy ucisku itp. Następnie SAWICKI spostrzegał jeszcze parokrotnie ten sam objaw. Co się tyczy leczenia, to dziś chirurgowie prawie wszędzie są o wiele wstrzeźliwsi pod względem operacyi, niż kilka lat temu. Reakcyę taką spowodowało z jednej strony przekonanie, iż znaczna ilość chorych może wyzdrowieć bez operacyi, z drugiej zaś strony przeświadczenie, że laparotomia wcale nie jest ręko-czynem niewinnym, zwłaszcza przy zadrażnieniu otrzewnej. W myśl tego kierunku prelegent, jak i bardzo wielu innych chirurgów, radzi w pierwszej chwili po napadzie bez względu na charakter objawów czekać co najmniej 24 godziny. Otóż SAWICKI sądzi, że ten pogląd z czasem musi uleść zmianie. Pierwsze objawy cierpienia mogą przebiegać względnie łagodnie lub też mogą odrazu występować pod postacią zapaści. W tym ostatnim razie znaczna ilość chorych poprawia się, pewien procent jednakże ginie z powodu ostrego zapalenia otrzewnej. By nie zaszkodzić laparotomią, pierwsi my zwlekamy z operacyą i w ten sposób, jeżeli poprawa nie następuje, wykonywamy operacyę zbyt późno. Wobec tego, o ile chirurgia zdoła zmniejszyć szkodliwość laparotomii, przypadki z zapaścią będą operowane natychmiast. Sprawy laparotomii zajmowano się dotąd ze stanowiska eksperymentalnego zbyt mało. Praktycznie tylko, a przytem zbyt ogólnikowo wiemy, że na szkodliwość laparotomii wpływają: oziębienie otrzewnej, jej wysuszenie, czynniki mechaniczne (tarcia), wreszcie wpływy chemiczne (antyseptyki). Chirurgia stara się dziś o tyle o ile unikać tych szkodliwości, nie można jednakże dzisiejszego postępowania nazwać wystarczającym, i dopiero doświadczenia w pracowni w połączeniu ze spostrzeganiem klinicznym może nam dać wskazówki, w jakich warunkach należy wykonywać laparotomię. SAWICKI wierzy, że dzisiejszy sposób otwierania jamy brzusznej ulegnie gruntownej zmianie, a wówczas nie będzie potrzeby tak obawiać się tej operacyi przy zapaści.

Tam, gdzie po pierwszym wstrząsie lub w dalszym przebiegu operacyi objawy zapalenia otrzewnej występują jasno, wszyscy chirurgowie radzą operować, z wyjątkiem tych przypadków, w których niema już szans powodzenia. Otóż ten ostatni warunek okazuje się w praktyce bardzo trudnym, SAWICKI widział przypadek,

typowo odpowiadający cechom, podanym przez JALAUQUER'a dla t. zw. *intoxicatio peritonealis*, a tymczasem chora wyzdrowiała.

Co się tyczy techniki operacyjnej przy ostrem zapaleniu otrzewnej, to wiele pozostaje tu do zrobienia, a i pracownia może jeszcze wiele dopomóc w tej sprawie.

Prelegent wspomniał o ostatniej pracy w tej kwestyi, ogłoszonej przez BODE, który oczyszcza wszystkie kiszki, drenuje otrzewną i przepłukuje ją ogromną ilością wody słonej. Otóż działanie tego środka na otrzewną i na ustrój czeka na dalsze doświadczenia w pracowni. Po pracach wielu autorów uważamy dziś rozczyń soli za środek, pobudzający działalność serca. DELBET nadto spostrzegł w swych doświadczeniach, że otrzewna pod wpływem rozczyń soli traciła zdolność wysysania, przynajmniej co do środków antyseptycznych. Zdawałoby się przeto, że przemywania rozczyń soli mogą działać tylko dodatnio. Tymczasem STUBCKING ogłosił pracę, w której dowodzi, że małe ilości soli pobudzają duże zaś paraliżują. Wobec tego należałoby znowu zabrać się do doświadczeń nad działaniem tego środka, zwłaszcza przy laparotomiach. Co się tyczy przemywań otrzewnej zakażonej obfitą ilością soli lub też wody, to SAWICKI ten rozczyń dawno miał na myśli. Zamierzał on, przedrenowawszy choremu otrzewną, połączyć dreny ze zbiornikiem stale ogrzewanego, jak w termostacie, rozczyń, i w ten sposób poddać otrzewną na przeciąg dłuższego czasu stałej irrygacji. Warunki szpitalne nie pozwoliły SAWICKIEMU dotąd w czyn tej myśli wprowadzić. W tych przypadkach, w których wytworzył się ropień ograniczony, SAWICKI wykonywał cięcie po nad więzmem POUPART'a i tak, jak prelegent stara się wynaleźć w ścianie brzusznej miejsce nacieczone, by tędy dotrzeć do ropnia. Często bywa, że wyrostek, a zatem i ropień leżą w dole biodrowym, a więc wprost od przedniej ściany nie można tam się przedostać. W tych razach SAWICKI odłuszcza otrzewną ku dołowi i tam stara się wynaleźć punkt, w którym nacieczenie przylega bezpośrednio do ściany. Sposób ten, jak się przekonał SAWICKI z literatury francuskiej, proponował POIKIER, spotkał on się jednakże niesłusznie z zarzutem, że ropa w ten sposób opróżnia się niedostatecznie. SAWICKI z własnej obserwacji przeczy temu. W 2 przypadkach próbował SAWICKI wykonać operację w dwa etapy, jak to radził SONNENBURG, by w ten sposób sprzyjać wytworzeniu się zrostów guza ześcienną otrzewną przed utworzeniem tegoż. W jednym przypadku [stara otyła kobieta] po dojściu do otrzewnej założono gazę, poczem ciepłota spadła, guz zmalał i już nie potrzeba było wykonywać drugiej operacji. Natomiast w drugim przypadku takie postępowanie przeciągnęło tylko sprawę i mogło w ten sposób przyczynić się do złego zejścia. Po utworzeniu ograniczonego ropnia niektórzy chirurdzy, jak to prelegent

w przypadkach operacji *a froid* czyni, zamykają otrzewną zupełnie. SAWICKI widział OLSHAUSEN'a, zamykającego otrzewną po opróżnieniu ropnia wielkości dużej pięści, przyczem tenże OLSHAUSEN zaznaczył, że od kilku lat w ten sposób postępuje i niema przez to gorszych zajęć, niż po drenowaniu otrzewnej. W każdym razie SAWICKI jest zdania, że w ten sposób można postępować tylko przy ropniach małych i tylko tam, gdzie chirurg operuje *a froid*. W innych razach bezpieczniej zakładać paski gazy. Wyrostka wyszukiwać tam, gdzie to połączone jest z pewną trudnością, SAWICKI nie radzi by nie odklejać dobroczynnych zrostów.

W końcu SAWICKI zapytuje prelegenta, czy w poszukiwaniach anatomicznych kol. WERTHEIMA zdarzył się wypadek, aby wyrostek był pozaotrzewną. Na co otrzymuje od KRAJEWSKIEGO odpowiedź, że kol. WERTHEIM nie znalazł w swych poszukiwaniach nigdy, aby wyrostek cały był poza otrzewną.

M. BIRO podnosi trudność rozpoznawania ropni w okolicy wyrostka robaczkowego. Bardzo często znajduje się guzowatość ograniczona w okolicy dotkniętego wyrostka o konsystencji dość twardej, nie dająca objawów chęłbotania. Tylko przebieg ciepłoty każe się domyślać, że ma się do czynienia z ropniem w obrębie wyrostka. Z pośród kilku przypadków, jakie w ostatnich latach BIRO spostrzegał, podaje dwa, udowadniające powyższe twierdzenie. Jeden przydatek, spostrzegany w r. 1898 wspólnie z GAB-SZEWICZEM, dotyczył 17-letniej panny, u której znajdowano przy objawach zapalenia wyrostka robaczkowego wyraźne nacieczenie w jego obrębie bez najmniejszego chęłbotania. Przebieg ciepłoty nasuwał przypuszczenie o istnieniu ropnia; kwestya ta jednak nie została rozstrzygniętą wobec niewykonanego przekłucia próbnego. Chora po dziś dzień jest zdrową.

Drugi przypadek dotyczył 18-letniego młodzieńca, który w 1898 r. przybył do BIRY ze skargą na zaparcie stolca i bóle brzucha, trwające od 3-ch tygodni. Wobec guzowatości na miejscu wyrostka robaczkowego, twardej, bez wyraźnego chęłbotania, BIRO rozpoznał cierpienie wyrostka robaczkowego i odesłał chorego do szpitala na oddział ODERFELDA. Ze względu na powyższe objawy z gorączką, ODERFELD na trzeci dzień po przybyciu chorego do szpitala, zrobił próbne przekłucie, a znalazłszy ropę, wykonał operację. W karcie szpitalnej wyraźnie zaznaczono, że chęłbotania nie było. Chorego w 2 miesiące po operacji widział BIRO i znalazł go zupełnie zdrowym.

Przypadki te podaje BIRO wobec głosów, przemawiających przeciw próbnemu przekłuciu przy przypuszczalnym ropniu w obrębie wyrostka robaczkowego. Przestroga, by przekłucia przy tem cierpieniu unikać, utrudni rozpoznanie ropnia, który w tej właśnie okolicy często nie daje żadnego chęłbotania. [Autoreferat].

KORYBUT-DASZKIEWICZ uważa, że rola terapeuty wobec chorego na zapalenie wyrostka robaczkowego dotąd ściśle określoną nie została. Nie tylko terapeuci, ale i chirurgowie różnią się jeszcze pod tym względem w zapatrywaniach. Jako przykład DASZKIEWICZ przytacza kilka zdań z pracy prof. BOBROWA, który, będąc bezwzględny przeciwnikiem stosowania makowca przy tem cierpieniu, radzi natomiast środki czyszczące, o ile niema podejrzenia na przedziurawienie wyrostka lub na rozlane zapalenie otrzewnej.

Inni uważają za błąd terapeutyczny, za herezyę niemal stosowanie środków przeczyszczających przy najmniejszym podejrzeniu na zapalenie wyrostka robaczkowego, stosują natomiast makowiec *larga manu* i przez czas dłuższy. Prawda, jak zwykle, pośrodku.

Wobec niezmiernych trudności rozpoznawczych co do określenia, czy w danym przypadku niema, lub nie grozi przedziurawienie, środki czyszczące mogą być raczej szkodliwymi niż pożytecznymi, w pojedynczych jednak przypadkach, gdzie np. było kilka nawrotów, w samym początku zapalenia, powstałego szczególnie po wyraźnym błędzie dyetetycznym, przy niezbyt burzliwych objawach miejscowych i ogólnych, środek przeczyszczający istotną korzyść przyniesie.

Stosowanie makowca przez czas dłuższy, bez przerwy i w dużych dawkach może być szkodliwym wobec nie obojętnego działania tegoż na ustrój bezpośrednio i pośrednio przez wywoływanie zaparcia i co zatem idzie ułatwienia warunków dla powstania samozatrucia.

Makowiec jest pożyteczny, ale stosowanie jego należy przerwać z chwilą wystąpienia objawów silnego wzdęcia brzucha, lub też zatrucia.

Zgodnie ze spostrzeżeniem CHEŁCHOWSKIEGO, DASZKIEWICZ przypuszcza możliwość związku przyczynowego między rodzajem pożywienia a częstością zachorzeń u różnych klas ludności.

Najczęściej spostrzegał on cierpienie to u klasy zamożnej [przeważnie żywiącej się mięsnymi potrawami], względnie rzadziej u przeciętnej ludności żydowskiej, najrzadziej u włościan [pożywienie przeważnie roślinne].

Nakoniec podkreśla KORYBUT DASZKIEWICZ odnotowaną przez prelegenta potrzebę badania przez odbytnicę w każdym przypadku, gdzie istnieje podejrzenie na zapalenie wyrostka; jako postulat zaś stawia konieczność takiego zbadania przed uznaniem chorego za wyleczonego zupełnie, niejednokrotnie bowiem przy braku wszelkich objawów subiektywnych, czy też obiektywnych w miejscu zwykłym, badanie przez odbytnicę wykazuje obecność guza w jamie DOUGLAS'a, a takiego chorego za wyleczonego uznać niepodobna.

[Autoreferat].

J. GARBOWSKI sądzi, że najlepszą metodą leczniczą jest usunięcie chorego narządu. W przypadkach jednakże *perityphlitis* kiedy chorzy nie zgadzają się na operację, masaż często daje dobre wyniki. GARBOWSKI w 10-ciu takich przypadkach robił masaż i otrzymywał zawsze poprawę, niekiedy wyleczenie. Wprawdzie czas stosowania masażu bywa niekiedy bardzo długi, w jednym przypadku nastąpiło wyleczenie po 7-iu latach, w 2-ch po 4-ch latach. Masować można w kilka tygodni po napadzie, kiedy nie ma gorączki, kiedy następują już zrosty. Przeciwwskazaniem do masażu są: rozległy guz, silna bolesność, podejrzenie na gruźlicę i promienicę. Masaż należy stosować oględnie.

R. SKOWROŃSKI również jest zdania, że masaż daje często dobre wyniki.

W odpowiedzi na powyższe uwagi KRAJEWSKI przypomina o swoim podziale spraw okołokątnicznych, zaznaczając, że klasyfikacja jego różni się od klasyfikacji, jaką podał RYDYGIER

Co do *epityphlitis chronica*, postaci, której terapeutyci nie przyznają, to, zdaniem KRAJEWSKIEGO, grupę tę należy wyodrębnić, ponieważ przebieg, rokowanie i zejścia bywają w tych razach odmienne. Do tej kategorii chorych należy również zaliczyć i chorych z *epityphlitis tuberculosa et actinomycotica*, gdyż sprawy te jako takie, nie zawsze dają się rozpoznać od samego początku.

Wprowadzając nazwę *epityphlitis latens*, KRAJEWSKI rozumie tu te przypadki, w których chorzy czują się zdrowi, lecz mają jeszcze stwardnienie; jest to okres, w jakim są wszyscy zdrowiejący. Chorzy ci powinni być ściśle obserwowani przez lekarza. Chorzy, poddający się w tym okresie operacji, już po 2-ch tygodniach bywają zdrowi. Przechodząc do wskazań do operacji, KRAJEWSKI jeszcze raz przypomina swo wnioski w tym względzie, zaznaczając, że niektórzy z kolegów nie zrozumieli go dobrze.

Zdaniem KRAJEWSKIEGO, wszystkie przypadki *epityphlitis* są z ropieniem. Operować jednak należy tam, gdzie jest ropy dużo, gdzie stan ogólny chorego pogarsza się, gdzie przez czas dłuższy trwa gorączka.

Zdaniem KRAJEWSKIEGO, każdego chorego z podejrzeniem na *perityphlitis* należy badać przez odbytnicę. Terapeuta, nie badając chorego przez odbytnicę, nie może bez chirurga obserwować chorego.

Co do próbnego przekłucia, to KRAJEWSKI obawia się je wykonywać. Widział bowiem przypadek *pneumopythoracis* po próbnym przekłuciu przy ropniu podprzeponowym. To samo może zdarzyć się i przy *perityphlitis*, gdyż gazy z кишки mogą dostać się do jamy ropnia i spowodować stan ciężki chorego. Z tego więc względu unikać należy próbnego przekłucia.

W ostrym napadzie *perityphlitis* KRAJEWSKI zaleca mawkowiec, lawatywy HEGAR'owskie; jest przeciwnikiem podawania oleju. Co się tyczy masażu przy *appendicitis*, to nie mamy tu kryterium, kiedy stosować masaż, wobec tego KRAJEWSKI nie kwalifikuje chorych do masażu, choć nie przeczy, że masaż pomódz może.

W kwestyi techniki operacyjnej KRAJEWSKI zaznacza, że usuwa zawsze wyrostek, o ile nie obawia się, że może porozrywać zrosty.

KRAJEWSKI zgadza się z SAWICKIM, aby w tych przypadkach, gdzie to jest możliwe, nie otwierać jamy otrzewnej. KRAJEWSKI jest również za wprowadzaniem pasków z gazy jodoformowej zamiast worka MIKULICZA.

DUNIN, zabrawszy głos powtórnie, zaznacza, że KRAJEWSKI nie dość ściśle wyraził swe zdanie, wskutek czego źle został zrozumiany. Cały bowiem postęp leczenia tego cierpienia polega na operowaniu *perityphlitis* w ostrym okresie, ponieważ dla chorego z *perityphlitis* niebezpiecznym jest tylko pierwszy napad; następne są mniej niebezpieczne. Należy jednak dojść do ścisłego kryterium, kiedy należy w ostrym napadzie operować. Badanie przez odbytnicę zawsze powinno być dokonywane. DUNIN jeszcze raz podkreśla, aby w wątpliwych przypadkach robić przekłócie próbne, które w wielu razach wykazuje ropę tam, gdzie nie podejrzewano jej obecności. Zdaniem DUNINA, operując zawcześnie, nigdy nie tracimy, operując późno — możemy dużo stracić. Masaż może wyleczyć chorego.

M. REJCHMAN zrozumiał doskonale myśl KRAJEWSKIEGO i dlatego powtarza jeszcze raz to samo, aby w ostrym napadzie nie operować. REJCHMAN podziela zdanie, że w każdym przypadku *perityphlitis* bywa ropienia. Co się tyczy masażu, to REJCHMAN nie śmie twierdzić, aby po masażu nie miało nastąpić wyleczenie, lecz bywa to i bez stosowania masażu.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *St. Markiewicz.*

Sekretarz: *A. Łogucki.*

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 23 Czerwca 1900 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 23.

T r e ś ć: Sprawa oddania Towarzystwu Lekarskiemu sanatorium w San-Remo z fundacyi hr. Tyszkiewicza.

PREZES oznajmił zebrany, że sprawa, z powodu której zwołanem zostało posiedzenie, wynika z tego, że za pośrednictwem prof. KOSIŃSKIEGO, Michał hr. Tyszkiewicz powziął zamiar urządzenia w San-Remo sanatorium dla Polaków ze sfery inteligentnej. W sanatorium tem mogłoby znaleźć pomieszczenie 10 osób, które za opłatą 4 lirów dziennie od osoby otrzymywałyby całkowite utrzymanie.

P. Michał hr. Tyszkiewicz ofiaruje terytorium, dom i obowiązuje się opłacać podatki, wodę i asekurację, nie przeznaczając żadnego funduszu na administrację na miejscu.

Ofiarodawca chce powierzyć Towarzystwu lekarskiemu opiekę i dozór nad proponowanym przez siebie sanatorium.

W imieniu Zarządu Towarzystwa PREZES oświadcza, że Zarząd na jednym z posiedzeń sprawę tę szczegółowo rozpatrzył i doszedł do wniosku, że ofiary Michała hr. Tyszkiewicza przyjąć nie może ze względu na to, że 1) nie dałoby się to w żadnym razie pogodzić z ustawą Towarzystwa i 2) opieka i nadzór nad projektowanym przez ofiarodawcę sanatorium w San-Remo obciążyłyby w znacznym stopniu budżet Towarzystwa.

Z uwagi jednak, że szkoda by było, gdyby ofiarodawca zaniedbał poświęcenia tak znacznej ofiary na cel filantropijny, Zarząd wnosi, by Towarzystwo upoważniło go przedewszystkiem do złożenia podziękowania Michałowi hr. Tyszkiewiczowi za zaufanie, jakim darzy Towarzystwo, oraz do zaproponowania ofiarodawcy, czyby sumy przeznaczonej na założenie sanatorium w San-Remo, nie zechciał ofiarować na sanatorium dla suchotników, jakie ma powstać w kraju. Jeżeli zaś niedoła innego rodzaju chorych leży więcej na sercu ofiarodawcy, niż los suchotników, to Zarząd Towarzystwa proponuje, czyby ofiarodawca sumy tej nie zechciał darować Towarzystwu Higienicznemu w Warszawie dla tej kategorii chorych, których losowi chciałby ulżyć. Powyższe wnioski wraz ze szczegółowem umotywowaniem ich członek sekretarz Zarządu J. WINIARSKI odczytał Towarzystwu.

W dyskusyi, jaka wynikła z powodu referatu J. WINIARSKIEGO, zabierali głos: Z. KRAMSZTYK, DUNIN, prof. KOSIŃSKI, SOKOŁOWSKI, NUSBAUM, CIĄGLIŃSKI i SZUMLAŃSKI.

W zasadzie mówcy zgadzali się na wnioski Zarządu. Proponowano jednak pewne niewielkie zmiany w referacie.

PREZES zarządziwszy głosowanie nad wprowadzeniem tych zmian, po którym zostały pewne punkty wykreślone, oświadczył, że elaborat zostanie w imieniu Towarzystwa doręczony prof. KOSIŃKIEMU. Towarzystwo zgodziło się na to.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *S. Markiewicz.*

Sekretarz *A. Łogucki.*

OGŁOSZENIA.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez d-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO:

a) z poprzedniego konkursu:

1. Badanie kliniczne i doświadczalne w sprawie dezynfekcji 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 pasorytów, występujących przy Favus, Herpes tonsurans lub Eczema marginatum.

4. Zbadanie dokładne jednego z produktów bakterji gruźliczych.

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

6. Badania doświadczalne nad wycinaniem płuc (*Pneumectomia*).

b) nowe:

7. Zmiany w naczyniach krwionośnych mózgu przy wylewach krwi do jego substancji.

8. Gorączka aseptyczna i jej przyczyny.

9. Gruźlica kiszek ze stanowiska klinicznego.

10. Semiotyka i metodyka odruchów ścięgniętych.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1901 roku. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych 10-ciu tematów, wyznacza się nagroda rub. 300. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowią będą własność autora. 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 stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały D-r Brodowski.

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 nosogardzielowej.

7. Anatomia patologiczna i etyologia dysenterji.

8. Anatomia patologiczna i etyologia *enteritidis follicularis*.

9. Wahanie się ilości pepsyny w chorobach żelądka.

10. Zbadać doświadczalnie u 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 1^o Października roku 1902. Nagród konkursowych na powyższy okres konkursowy oznacza trzy, za 3 prace uznane za najlepsze z pomiędzy nadesłanych. Pierwsza nagroda wynosić będzie Rb. 450, druga kb. 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 stosownemi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozpraw uwieńczonych zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz Stały *D-r Brodowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rs. 240, imienia Tytusa CHAZUBIŃSKIEGO 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. u ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Brodowski*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia d-ra med. i chir LEONA KONITZA przyznana zostanie przez Towarzystwo w d. 15 października 1902 roku, jako w rocznicę zgonu d-ra KONITZA, nagroda pieniężna odpowiednio do wartości naukowej prac: albo w kwocie Rub. 570, złożonej z 2 nagród: jednej, pozostałej z poprzedniego konkursu, i drugiej przypadającej na bieżący 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 akuszerji, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 2 Kwietnia 1899 roku do dnia 31 Marca 1902 roku.

Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jak również i podręczniki o 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 War-

szawie⁴ (ulica Niecała Nr. 7) lub przedstawione za pośrednictwem jedno-ko z członków, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia KONITZA.

Praca, wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopismach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Brodowski*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1900 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim w terminie 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 zabezpieczonych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopismach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Brodowski*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości publicznej, że z początkiem roku akademickiego 1900/901 zawakuje sześć stypendyów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich, synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicji zamieszkali, c) Strojcew, synowie po Adolfe Strojckim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim; e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Zyczący ubiegać się o rzecone stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [w Kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7] najpóźniej do dnia 15 września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym, i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treści-

wego opisu biegu życia (curriculum vitae); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectw Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tych że rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały

D-r Brodowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości publicznej, że z początku roku akademickiego 1900/901 wakować będzie stypendyum w kwocie rb. 250 rocznie, z legatu ś. p. IGNACEGO GOZĘBIEWSKIEGO, doktora medycyny zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu krewnego zapisodawcy; w braku krewnego stypendyum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu z wyboru Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Życzący ubiegać się o rzeczony stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do 15 września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Brodowski.*

Do nabycia w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem (Nieciosa Nr. 7)

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

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

Cena kop. 75 (za każdy rok oddzielnie).