

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

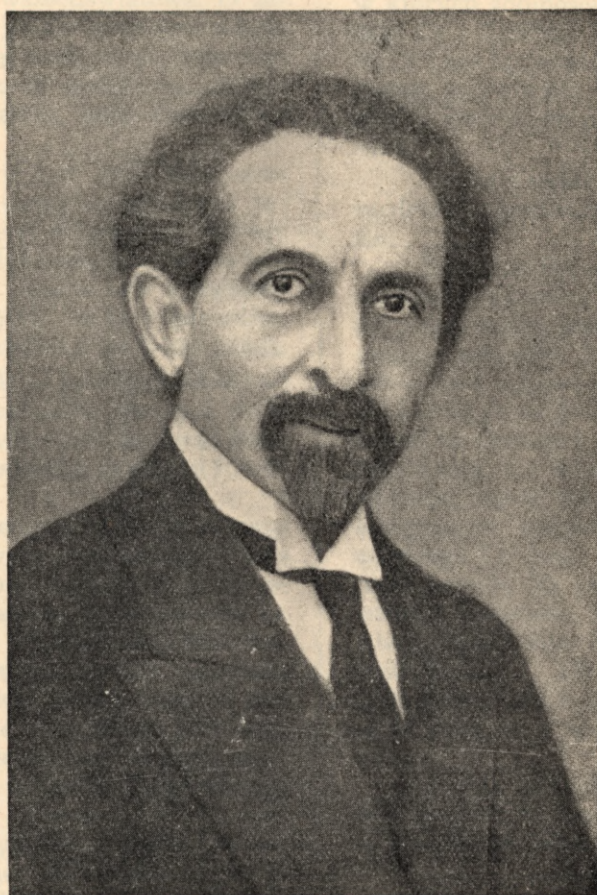
ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48

Rok XIV

WARSZAWA, 10 CZERWCA 1937 R.

Nr. 21-22



Dnia 7 czerwca 1932 roku zmarł

EDWARD FLATAU.

*Dziś, w 5-ą rocznicę Jego śmierci, nie mniej
boleśnie, niż przed laty pięciu odczuwanej, zeszyt
niniejszy poświęcają:*

*pamięci swego Przewodnika — Uczniowie
pamięci Inicjatora i Twórcy „Warszawskiego
Czasopisma Lekarskiego” — Redakcja.*

Dnia 7 czerwca r. b. w 5-ą rocznicę śmierci Edwarda Flataua odbyło się w Warszawskim Instytucie Neurobiologicznym zebranie, na którym uczniowie Zmarłego wygłosili ku Jego czci następujące przemówienia.

Edward Flatau, jako człowiek i lekarz.

Wygłosił

Maurycy BORNSTAJN (Warszawa).

Pięć lat mija dzisiaj od chwili, kiedy odszedł od nas na wieki Edward Flatau. Pięć lat! Okres, zdawałoby się, zbyt krótki, ażeby trzeba było odtwarzać w pamięci postać tak wybitną, jaką był Edward Flatau, a z drugiej strony jednak, dość długi, ażeby w rozgwarze i zamęcie życia, które ma swoje nieubłagane prawa, nie zatęrzyły się u niektórych ludzi kontury tej postaci, która w księdze nauki zapisała swoim życiem taką piękną kartę. I dlatego dziś, w piątą rocznicę Jego śmierci, postanowiliśmy my, uczniowie Jego, od najstarszych do najmłodszych, przywołać na pamięć, podkreślić, uwydatnić to wszystko, cośmy przez śmierć Jego stracili, i kogo straciła nauka polska i wszechświatowa. O zasługach Edwarda Flataua na polu naukowym mówić będzie dzisiaj szczegółowo szereg następnych mówców. Ja pragnąłbym tylko tutaj, w słowie wstępnym, odtworzyć w Waszej pamięci Jego walory, jako człowieka i lekarza.

Niechaj mi wolno będzie w tym celu zacytować kilka ustępów z przemówienia mego na akademii żałobnej w parę miesięcy po śmierci Flataua. Cytuję je poto, ażeby podkreślić, że podyktowane były nie tylko świeżym bólem po wielkiej stracie, ale i całkiem obiektywną oceną, odpowiadającą istotnej prawdzie, którą śmiało przeto powtórzyć możemy po 5-ciu latach.

..... Odszedł od nas człowiek — mówiłem wtedy — jakby z jednej wykuty bryły, człowiek mocny i niezłomny, który szedł przez życie swoje całe krokiem pewnym, twardym, z wzrokiem, utkwionym w słońce Prawdy.

Ukochał naukę i samo dążenie do prawdy naukowej — i to było motywem przewodnim w symfonii jego życia, to nadawało ton i brzmienie całemu Jego bytowaniu tu na ziemi. Tym ukochaniem promieniował na otoczenie i pociągał je ku Sobie. Szukał w każdym, kto się do Niego zbliżał, siebie samego, swoich ukochań, swoich tęsknot, a gdy je znajdował, przygarniał do siebie sercem całym. Był dobry, nie tą dobrocią pospolitą, codzienną, zdawkową, małą, czułościową. Na pozór zimny, surowy i zamknięty, nosił w sobie nieprzebrane skarby uczucia, które ujawniał codziennie w swoim stosunku do najbliższych, do przyjaciół, kolegów, wreszcie do chorych. Chorzy, należący do najrozmaitszych warstw społecznych, do różnych narodowości, chorzy najróżniejszej kultury i inteligencji, mieli dla Niego kult formalny. Tylokrotnie powtarzał słowa znakomitego lekarza Nothnagla, że zły człowiek nie może być nigdy dobrym lekarzem. — Ale był nie tylko dobry, był jeszcze ponadto mądry, i znów mądry w najszlachetniejszym znaczeniu tego wyrazu, nie w sensie sprytu lub przebiegłości, ale mądry dlatego, że rozumiał życie, rozumiał ludzi, znał ich słabości, traktował je najczęściej z uśmiechem pobłażliwym, wiedział, jak z każdym mówić należy, ażeby trafić do jego duszy, niezależnie od tego, jaka ona była, mała czy wielka. Słabości ludzkie, jak powiedział, traktował pobłażliwie, jednego nie cierpiał, — to fałszu, karierowiczostwa, nierzetelnego stosunku do nauki i traktowania jej nie jako celu samego w sobie, lecz jako środka do zdobycia stanowiska, jako szczebla do kariery życiowej. Dla takich ludzi miał tylko pogardę... Zdarzało się nieraz, że miał co do niektó-

rych ludzi złudzenia, chciał je mieć, kiedy uważał ich skądinąd za wartościowych, ale kiedy się przekonywał, że stoją moralnie nisko, odwracał się od nich na zawsze, wykreślał ich ze swego serca, przestawali dla Niego istnieć — cierpiał sam z powodu takich pomyłek swoich...

Stwarzał wokół siebie nie tylko atmosferę nauki, ale i atmosferę czystości moralnej, jedna od drugiej były nieodłączne. Mimo rozległości swej wiedzy, a może właśnie dlatego, był skromny, znał wartość swoją, ale nie był zarozumiały, wyniosły. Prostota i skromność stanowiły główne znamiona Jego charakteru.

Miał niewątpliwie wielkie ambicje naukowe, które rosły w miarę powodzenia, w miarę uznawania przez świat naukowy Jego zasług na polu neuropatologii, ale obce mu były całkowicie małe ambicjki. Ambitny był zwłaszcza na punkcie uczniów swoich, tych głównie, w których zdolności i przyszłość naukową wierzył, cieszył się z każdego ich sukcesu więcej, niż z własnych. Ile to razy opowiadał z największą radością, że tego lub owego zacytowano w jakimś dziele zagranicznym. Pamiętał ważniejsze prace uczniów swoich lepiej, niż oni sami.

Dawał z siebie wszystko, co miał, nic nie chowając zazdrośnie, wszystkim się dzielił, co umiał, o czym myślał...

Skromny był nie tylko pod względem swej wartości naukowej, skromny był i w życiu prywatnym. Oszczędny ponad miarę, jeżeli chodziło o Niego samego, był natomiast szczodry, kiedy chodziło o cele naukowe lub też o cele społeczne, które były bliskie Jego sercu. Do żadnej partii politycznej nigdy nie należał, nie eksponował na zewnątrz swoich przekonań, ale był szczerym demokratą, nie w słowach, ale w czynie. Wszelkie instytucje, pisma, wszystkie poczynania w duchu demokratycznym znajdowały w Flatau u czynnego, ale ofiarnego i cichego poplecznika i orędownika. Dla uczniów swoich, dla przyjaciół i kolegów był i pozostanie wzorem człowieka, który mówi mało, — bo mówił tylko wtedy, kiedy miał coś własnego, coś przemyslanego do powiedzenia, — ale za to wiele czyni. Kochał szczerze tych, którzy mu w pracy pomagali, których pociągał ku sobie urokiem i walorami swej wybitnej indywidualności...

... Tak mówiłem wtedy pod świeżym wrażeniem Jego śmierci, to samo, bez żadnej zmiany, można i należy powtórzyć dzisiaj.

Jako pierwszy, najstarszy i wieloletni uczeń Flataua i współtowarzysz Jego pracy klinicznej i naukowej, mogę dać świadectwo tej prawdzie, że jako kierownik i nauczyciel nie miał sobie równego, rozwijał w nas intuicję lekarską, zaprawiał do rozpoznawania chorób na podstawie niedostrzegalnych niemal objawów, a jednocześnie uczył, jak nikt inny, najściślej, precyzyjnego badania, którego wyniki to intuicyjne, niejako z lotu ptaka stawiane rozpoznanie potwierdzały, korygowały lub zgoła obalić miały. I jednego jeszcze nauczył nas Flatau: jak łączyć w pracy klinicznej dwa pierwiastki: dobro chorego i dobro nauki. Nauczył nas, że przede wszystkim należy mieć na względzie chorego samego, nie zaniedbując jednocześnie ani na chwilę korzyści, jakie osiągnąć można z danego przypadku dla postępów wiedzy neurologicznej.

Flatau — znakomity badacz naukowy, Flatau — świetny, utalentowany klinicysta, Flatau — pierwszorzędnny pedagog i twórca szkoły neurologicznej

w Polsce, nie wyczerpuje jeszcze całokształtu duchowego tej bogatej indywidualności. Głębokie poczucie obowiązku obywatelskiego stanowi piękne uzupełnienie Jego profilu psychicznego.

Czy to na terenie tej szczuplejszej społeczności, jaką jest szpital, czy też na szerszym polu społecznym, wszędzie pobudza, zagrzewa, wspiera i podtrzymuje śmiała inicjatywa i mrówcza cicha praca Edwarda Flatau a. Możemy bez żadnej przesady stwierdzić, że rozbudowę i podniesienie poziomu naukowego Szpitala na Czystem mamy do zawdzięczenia Jego wiecznie żywej, wiecznie czynnej inicjatywie. Współpraca rozmaitych specjalności lekarskich na terenie szpitalnym, zwłaszcza neurologii i chirurgii, stworzenie pisma szpitalnego, do dziś wychodzącego „Kwartalnika”, myśl stworzenia Instytutu Patologicznego, który wkrótce, jak się zdaje, po wielu przewyciężonych trudnościach, będzie otworzony — wszystko to Jego bezsprzeczna zasługa.

A na zewnątrz? Któż, jeżeli nie On, tworzy zrazu sekcję neurologiczno - psychiatryczną przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskim, którą po kilku latach przekształca w Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne. Przy Towarzystwie Medycyny Społecznej tworzy Flatau a sekcję kliniczną, która dotąd służy poważnym celom naukowym i pedagogicznym. Czyżby, jeżeli nie Jego zasługą, była myśl założenia Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego, które, dzięki Jego inspiracjom i współpracy zdobywa sobie wkrótce opinię jednego z najlepszych czasopism lekarskich w Polsce.

A w latach ostatnich swego życia, kiedy wyczuwał, że z powodu zmiany warunków nie sposób będzie utrzymać i prowadzić w duchu pożądanym pracowni neurologicznej przy Towarzystwie Naukowym Warszawskim, pracowni, której był długoletnim i wzorowym kierownikiem, wziął się wspólnie z kilkorgiem uczniów swoich do opracowania statutu osobnej, niezależnej pracowni. To był Jego testament naukowy. I w duchu tego testamentu powstał Instytut neurobiologiczny im. Edwarda Flatau a, w którego skromnych murach zebraliśmy się dzisiaj, ażeby uczcić pamięć jego projektodawcy i inicjatora, ażeby zaświadczyć, że ostatnie pragnienie Edwarda Flatau a zostało w czyn przyobleczone. Ale to dopiero etap wstępny. Myśli Jego i zamierzenia w pełni zrealizowane będą wówczas dopiero, kiedy Instytut ten wykazać się będzie mógł pracą tak intensywną i wydajną, jakiej przykładem niemal niedoścignionym był sam Edward Flatau.

Edward Flatau jako anatom i anatomo-patolog.

Wygłosił

Teofil SIMCHOWICZ (Warszawa).

Jak kunsztowna mozaika, bogata i wielostronna indywidualność Edwarda Flatau a składa się z szeregu postaci, z których każda jest piękna i każda zasługuje na to, aby być dokładnie studiowana i opisana:

Flatau jako człowiek,

Flatau jako lekarz,

Flatau jako anatom i anatomo-patolog,

Flatau jako klinicysta i eksperymentator,

Flatau jako pedagog.

Wszystkie te piękne postacie łączą się w niezwykle harmonijną całość, i rację miał Goldflam, który nie raz mówił, że Flatau jest wzorem człowieka.

Wszystko, co Flatau robił, było niezwykle gruntowne i solidne, nie dziw więc, że i studia nad umiłowaną neurologią rozpoczął od jej podwalin, a mianowicie od anatomii normalnej i patologicznej.

Po ukończeniu Uniwersytetu moskiewskiego Flatau rozpoczyna swoją pracę w laboratorium u profesora Mendla w Berlinie. Pierwszym dziełem, które od razu zdobyło 25-letniemu Flatau owi sławę w Europie, był atlas mózgu ludzkiego i przebiegu włókien. Atlas ten ukazał się w Berlinie w 1894 r. i przetłumaczony został na języki polski, rosyjski, angielski i francuski. Zdjęcia do atlasu zostały wykonane w ten sposób, że świeże mózgi, względnie ich przekroje, po przepłukaniu w wodzie, ujęte zostały w substancję kitową, następnie zaś Flatau w ten sposób przymocowywał kamerę, że zdjęcia mogły być wykonywane z góry. Atlas ten cieszył się wielkim uznaniem w całej Europie.

W roku 1895 Flatau w Berlińskim Towarzystwie Medycyny Wewnętrznej broni teorii neuronów, ilustrując swój odczyt preparatami, zabarwionymi podług zmodyfikowanej przez Flatau a metody Golgiego.

Olśniony horyzontami, które otwierała metoda Nissla, Flatau wraz z Goldscheiderem rozpoczął na dużą skalę badania nad patologią komórki nerwowej, nad jej zmianami pod wpływem czynników mechanicznych, termicznych i toksycznych. W toku badań Flatau przesłał Nisslowi do obejrzenia preparaty, i wzruszająca jest odpowiedź Nissla na 28 stronach — właściwie nie list, lecz poważna praca naukowa.

Owocem tych prac była monografia pod tytułem „Normalna i patologiczna anatomia komórek nerwowych”. Książka ta wywołała później polemikę z Nisslem, który nie zgadzał się w zupełności ze zdaniem autorów, twierdzących, że z rodzaju zmian w komórkach nerwowych można wywnioskować, jakie czynniki szkodliwe na nie zadziały.

Tamże w Berlinie Flatau, badając wtórne zwyrodnienia po licznych operacjach na rdzeniu psów i królików, stwierdził, że długie szlaki w rdzeniu wyższych ssaków i człowieka przebiegają obwodowo, natomiast włókna krótkie biegną w pobliżu istoty szarej. To znalezienie przez Flatau a prawo odśrodkowego układu dróg długich w rdzeniu pacierzowym znane jest powszechnie jako prawo Flatau a.

Pracując doświadczalnie nad rozmaitymi zwierzętami, Flatau stale odczuwał brak podręcznika, w którym byłaby dokładnie opisana anatomia układu nerwowego poszczególnych ssaków.

Niez mordowany Flatau znalazł jeszcze czas, aby jednocześnie z opisanymi pracami opracować u Waldeyera wraz z Jacobsohnem olbrzymi materiał i wydać w roku 1899 obszerny podręcznik anatomii makroskopowej układu nerwowego u ssaków, który do dnia dzisiejszego pozostaje w tej dziedzinie dziełem podstawowym.

Do jakiego stopnia młody Flatau był już wówczas ceniony, dowodzi fakt, że słynny Remak, który w owym czasie opracowywał dla podręcznika Nothnagla rozdział o zapaleniu nerwów obwodowych, anatomo-patologiczną część tego rozdziału powierzył Flatauowi.

O tym okresie berlińskim przyjaciel Edwarda Flatau a, profesor Jacobsohn, pisze, co nastę-

puje: „Dziedzina naszej pracy naukowej była tak płodna, żeśmy nie wiedzieli, którego z wielu zadań pierw się podjąć, ale pośród nas wszystkich Flatau pracował bez wytchnienia, i wszyscyśmy nie mogli się nadziwić temu, że Flatau prócz prac, dokonywanych w Instytucie anatomicznym w Berlinie, miał czas na żmudne badania doświadczalne, kliniczne i anatomo-patologiczne wspólnie z Gadem, Goldscheiderem i innymi“. (Księga jubileuszowa Edwarda Flatau a stronica 20).

W Berlinie Flatau wspólnie z Jacobsonem zaczął wydawać *Jahresbericht über die Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* — rocznik referatowy, w którym Flatau do 1910 r. sam, a od roku 1910 wspólnie z mną referował dział anatomii patologicznej ośrodkowego układu nerwowego. Z Jacobsonem i Minorem Flatau w roku 1903 wydaje podręcznik anatomii patologicznej układu nerwowego, w którym sam opracowuje anatomie patologiczną tężca.

W roku 1906 Flatau już w laboratorium oddziału neurologicznego Szpitala na Czystem podejmuje wyczerpującą pracę anatomiczną o szlakach piramidowych. Praca ta przeprowadzona została za pomocą metody Marchiego na 3 ludzkich i 6 małpich mózgach. W tym okresie Flatau wraz z Sterlingiem opisuje klinicznie i anatomo-patologicznie przypadek nowotworu zewnątrz-rdzeniowego, z Koelichenem zaś ogłasza szereg prac anatomo-klinicznych o zapaleniu rdzenia i o patogenie stwardnienia rozsianego. Po dokładnym zbadaniu szeregu przypadków sekcyjnych autorowie dochodzą do wniosku, że stwardnienie wieloogniskowe przedstawia proces przewlekły, drażniący cały układ nerwowy, specjalnie zaś układ ośrodkowy, dający nasilenia o charakterze zapalnym i zależny prawdopodobnie w większości przypadków od samozatrucia.

W roku 1910 Flatau napisał wielką pracę o nowotworach rdzenia i kręgosłupa, której część weszła do podręcznika neurologii Lewandowskiego.

Od 1912 roku z chwilą powstania pracowni neurobiologicznej przy Warszawskim Towarzystwie Naukowym zaczyna się tak upragniony przez Flatau a okres pracy doświadczalnej, okres równoległej pracy klinicznej i laboratoryjnej. Poza pięknymi pracami doświadczalnymi powstają tu prace anatomo-kliniczne:

- 1) Rzadka postać nerwo-włókniaaka szyjnego,
- 2) Torbiel krwotoczna śródtwardówkowa worka rdzeniowego

— obie te prace wraz z profesorem Sawickim.

Z Zandową zaś Flatau opisuje rzadkie postacie oddziaływania opon mózgowych na gruczoły, a mianowicie:

- 1) postaci słabego podrażnienia opon mózgowych, przebiegające jako zapalenie wrzekome (*Meningismus*) lub zapalenie surowicze (*Meningitis serosa*), opisane później jako *Meningitis serosa tuberculosigenes*,
- 2) postaci ogniskowego zapalenia opon mózgowych twardych (*Pachymeningitis circumscripta tbc*) i miękkich (*Leptomeningitis circumscripta tbc*),
- 3) postaci przewlekłego rozlanego zapalenia gruczołowego opon (*meningitis tbc diffusa chronica*).

Dokładnie zbadany anatomo-patologicznie przypadek tego ostatniego cierpienia Flatau ogłosił później w *L'Encéphale* w 1928 roku.

W 1925 roku Flatau ogłosił dużą pracę anatomo-kliniczną o chorobie Schildera. Flatau przypuszczał, że w cierpieniu tym domniemane jady mają szczególne powinowactwo do białej istoty mózgu, i dlatego to cierpienie zaproponował nazwać *Encephaloleucopathia scleroticans progressiva*.

Niepodobna wyliczyć wszystkich opracowanych przez Flatau a anatomo-patologicznie przypadków z najrozmaitszych dziedzin patologii układu nerwowego, które były demonstrowane i omawiane na posiedzeniach Towarzystwa Neurologicznego, Szpitala na Czystem i na klinicznych posiedzeniach Towarzystwa Medycyny Społecznej.

W ostatnich latach życia swego Flatau szczególną uwagę zwrócił na nagminne rozsiane zapalenie układu nerwowego. W trzech wyczerpujących anatomo-klinicznych pracach Flatau tak rozszerzył ramy tego cierpienia, tyle nowych opisał spostrzeżeń, że, chociaż Redlich o rok wcześniej opisał analogiczną epidemię w Wiedniu, prawdziwy wielobarwny obraz dał dopiero Flatau, i dlatego za słuszne uważam nazwanie tego cierpienia chorobą Redlicha-Flatau a.

Jak widzimy, nie jest tu łatwo odgraniczyć Flatau a klinicystę od Flatau a anatoma, anatomo-patologa i eksperymentatora. Wszystkie te dziedziny umiał Flatau, jak nikt inny, łączyć w jedną piękną i wspólną całość.

Tylko ci, którym dane było asystować w szpitalu przy poniedziałkowych obchodach, tylko ci, którzy po obchodzie obecni byli przy sekcji mózgów w małym pokoiku na górze, ci wiedzą, że takich znawców anatomii mózgu i szlaków mózgowych, jak Flatau, mało było w Europie. Szkoda, że nie mieliśmy naszego Rembrandta, który uwieczniłby te piękne chwile, kiedy Flatau ze swoją olimpijską powagą krajał mózgi i czarującym głosem omawiał szczegóły anatomiczne i kliniczne, a wśród tłumu otaczających Flatau a lekarzy na pierwszy plan wysuwała się zazwyczaj piękna siwa głowa wiecznie młodego i wiecznie żądnego wiedzy Goldflama.

Zapatrzonzy w światło nauki, Flatau umiał wpływem swoim odrywać nas wszystkich od trosk codziennych i szarzyzny życia. Śladami Mistrza wchodziliśmy w świat nauki, w świat piękna wiekuistego. I trudno pogodzić się z myślą, że te piękne obchody poniedziałkowe już się nigdy nie powtórzą.

Na zakończenie pragnąłbym kilka słów poświęcić pracownikom, w których powstały anatomiczne, anatomo-patologiczne i doświadczalne prace Edwarda Flatau a.

Wszystkie prace okresu Berlińskiego wykonane zostały w Berlińskim Instytucie anatomicznym i w laboratorium profesora Mendla.

Z Berlina Flatau przyjechał do Warszawy pełen zapału do pracy laboratoryjnej.

Nie mając jeszcze żadnej u nas placówki, Flatau w 1902 roku urządza laboratorium we własnym mieszkaniu w domu Hersego. W następnym roku Flatau zostaje ordynatorem, i wówczas każdy z asystentów musi wieczorami przychodzić do pracowni i uczyć się techniki laboratoryjnej. Między jednym pacjentem a drugim Flatau przychodził do nas — objaśniał, uczył, zagrzewał do pracy. Ale asystentów było coraz więcej, a Flatau coraz bardziej marzył o pracy doświadczalnej, która w prywatnym mieszkaniu była nie do pomyślenia.

W 1910 roku Flatau otrzymuje od pani Tuchanowiczowej 5.000 rubli na urządzenie pracowni. Ja wróciłem wówczas z Monachium od Alzheimera, Flatau od razu wciągnął mnie do pracy, i na początku 1911 roku mieliśmy już pracownię, urządzoną podług ostatnich wymagań nauki. Mieściła się ta pracownia w Alejach Jerozolimskich 91 i nazywała się pracownią neurologiczną przy Warszawskim Towarzystwie Psychologicznym. Takie było życzenie ofiarodawczyni, która drugie 5.000 rubli ofiarowała na urządzenie pracowni psychologicznej.

W 1912 roku hrabia Potocki ofiarował Towarzystwu Naukowemu szkołę Rontalera na ulicy Kaliksta (obecnie Śniadeckich) Nr. 8.

W gmachu tym powstaje szereg instytutów badawczych.

Flatauowi proponują przeniesienie pracowni neurologicznej do Towarzystwa Naukowego. W nowej pracowni jest specjalny pokój dla doświadczeń i świetne pomieszczenie dla zwierząt.

Flatau do nowej pracowni przychodzi zrana i wieczorem, zachęca do pracy, radzi, pomaga, sam jest zawsze pełen entuzjazmu. Po 2 latach wychodzi z pracowni pierwszy tom prac, w którym oprócz Jego pracy ogłoszony został szereg poważnych i wartościowych prac.

Ale przyszła wojna, większa część współpracowników rozjechała się. Kasa Miłośników, która dotąd utrzymywała pracownię, sama pozostała chwilowo bez środków. Flatau jednakże nie zraża się. Sam pokrywa wszystkie koszty pracowni, znajduje nowych pracowników i w 1921 roku wydaje drugi tom prac ze swojej pracowni.

W ostatnich latach życia Flatau doszedł do wniosku, że pracownia Jego powinna być zupełnie autonomiczna i od nikogo niezależna, postanowił przenieść ją do domu prywatnego i stworzyć Warszawski Instytut Neurobiologiczny.

Wiedząc już, że jest ciężko chory, Flatau zebrał nas, ułożył regulamin Instytutu, każdemu wyznaczył kierownictwo odpowiedniego działu.

Podczas ciężkiej choroby Edwarda Flatau a na biurku Jego stale leżał skrawek papieru, na którym Flatau czerwonym ołówkiem napisał tajemnicze słowo „Win“, co oznaczało „Warszawski Instytut Neurobiologiczny“.

Widocznie Flatau chciał jeszcze coś załatwić w związku z mającym powstać Instytutem, chciał, ale nie zdążył.

I otóż, czego Mistrz nie mógł już dokonać, wprowadzili w czyn uczniowie i przyjaciele Jego, tworząc przy ul. Puławskiej 41 w domu D-ra Heleny Flatauowej Warszawski Instytut Neurobiologiczny imienia Edwarda Flatau a.

Edward Flatau jako eksperymentator i pedagog.

Wygłosiła

Dr. Natalia ZANDOWA (Warszawa).

Zdawałoby się, iż okres pięciu lat, jaki dzieli nas od śmierci Flatau a, powinien wystarczyć na wypełnienie luki, powstałej przez Jego odejście. Jest jednak inaczej: luka ta pogłębia się coraz bardziej. Chociaż ludzie, których spuścizna duchowa jest bardzo obfita, żyją wśród nas znacznie dłużej, niż ich powłoka

cielesna tak, iż w ciągu lat całych korzysta się z ich dorobku myślowego, przetrwają ich idee, to jednak życie wymaga odnowy: nawet najobfitsze zapasy wyczerpać się muszą, a wtedy odczuwa się brak źródła, bijącego żywą twórczością. Wykorzystaliśmy dobra duchowe, jakie nam Flatau pozostawił, i coraz silniej odczuwamy brak Jego wśród nas. Myślimy, ile by zdziałał, gdyby żył jeszcze, gdyby nie odszedł za wcześnie, ile by nowych myśli zaistniało wśród nas, ile powstałoby prac oryginalnych. Myśl badawczo-twórcza Flatau a nie znała nigdy wytchnienia, szukanie prawdy przyrodniczej stanowiło zawsze najistotniejszą treść Jego życia. Jeszcze jako młody student Flatau nawet na wyuczasy letnie udawał się z mikroskopem, aby móc przyrodę nie tylko kontemplować, ale i poznawać w jej niedostrzegalnej gołym okiem postaci. Po skończeniu studiów medycznych obrał sobie neurologię, jako dziedzinę najmniej poznaną, a zatem dającą największe pole dla poszukiwań. Zbogacił też ją wybitnie w ciągu pracowitego swego życia.

Kiedy rekapitulujemy dorobek naukowy Flatau a, podziwiamy zasięg Jego działalności: zarówno anatomia układu nerwowego, jak i fizjologia, histologia, patologia i leczenie, wzbogaciły się w nowe, nieznane przedtem fakty.

Pierwsze samodzielne, oparte na doświadczeniach badania Flatau a (w roku 1897) obracają się wokół anatomii i fizjologii rdzenia pacierzowego. Zajmowało Go przede wszystkim zagadnienie, czy uszkodzenie drogi odprowadzającej ma wpływ na komórkę nerwową. W tym celu Flatau bada jądro nerwu twarzonego w porażeniu obwodowym twarzy oraz przecina u zwierząt nerwy obwodowe. I tu i tam wykrywa zmiany podobne, wskazujące na zwyrodnienie tak zwane wsteczne („retrograde Degeneration“). Zmiany te są, zresztą, analogiczne do tych, jakie powstają w komórce czuciowej po przecięciu jej drogi doprowadzającej. W ten sposób Flatau wykazuje, iż neuron, złożony z komórki oraz z drogi odprowadzającej i doprowadzającej, stanowi nierozdzielny całość, w której każdy człon ma wybitny wpływ na pozostałe części. Tę samą tezę sprawdza Flatau na przypadkach klinicznych amputacji pewnych odcinków ciała oraz doświadczalnie u zwierząt. Badania potwierdzają tezę i wykazują, iż komórki ruchowe w rogach przednich wyrodniają w obrębie ośrodków, zarządzających amputowaną kończyną.

W tymże 1897 roku Flatau wraz z Gadem ustala, iż drogi ruchowe w rdzeniu, przeznaczone dla poszczególnych grup mięśniowych agonistycznych, leżą razem.

Dokładna znajomość anatomii i fizjologii rdzenia pozwala Flatauowi ustalić prawo o „Odśrodkowym układzie dróg długich“. Stwierdził on mianowicie, że szlaki długie, a więc piramidowe oraz słupy tylne, dążą do pasów obwodowych rdzenia, pozostawiając miejsce środkowe w najbliższym sąsiedztwie z istotą szarą, dla włókien krótszych, już to wchodzących, już to wychodzących z rdzenia. Prawo to, stwierdzone przez Flatau a dla ssaków, przekontrolował względnie niedawno, bo w roku 1929, Jacobson w stosunku do zwierząt niższych i całkowicie je potwierdził.

Również w roku 1897-ym zjawiają się wszechstronne badania nad komórką nerwową. Wraz z Goldscheiderem Flatau dąży do wyświeślenia, czy komórka nerwowa wyrodnienie jednakowo pod wpływem różnych rodzajów szkodliwości, czy też każ-

da z tych ostatnich zmienia ją swoiście. Odpowiedzi na to pytanie nie udało się autorom ustalić w sposób katagoryczny (tak samo, zresztą, jak i późniejszym badaczom), ale w trakcie studiów nad tym tematem wypływały inne ważne fakty, a mianowicie, iż zmiany w komórce nie są bezwzględny wykładnikiem jej czynności. Tak, zatruwając zwierzęta malonnitritem, autorzy otrzymywali porażenia mięśni, a histologicznie stwierdzali rozpad ciałek Nissla oraz barwienie się istoty achromatycznej. Działając następnie odczynnikiem dla malonnitritu (*natrium sulfurosum*), uzyskiwali powrót funkcji ruchowej, zmiany zaś histologiczne w komórce trwały w dalszym ciągu. Stąd autorzy wyciągnęli wniosek, że na podstawie obrazu mikroskopowego nie można sądzić z pewnością o czynności komórki.

Po okresie wytężonej pracy doświadczałnej w Berlinie Flatau przybył do Warszawy. Tu zrazu skupił się na badaniu chorego. Od czasu do czasu tylko poświęcał kilka chwil, nieco energii pracom doświadczałnym. W roku 1900 ukazało się badanie (prowadzone z chirurgiem B. Sawickim) nad przywracaniem funkcji ruchowej po przecięciu nerwu ruchowego i zastąpieniu jego odcinka proksymalnego przez inny, pochodzący od nerwu antagonistycznego. Okazało się, że w ten sposób można uzyskać powrót mięśni porażonych do normy. Praca ta otworzyła nowe perspektywy dla leczenia chirurgicznego porażień zarówno obwodowych, jak i ośrodkowych. Odtąd już ideą przewodnią wszystkich prac doświadczałnych Flataua będzie jeden cel — pomóc choremu. Na razie jednak trwa długie, bo obejmujące okres 8 lat zaciśnięcie, poświęcone wdrażaniu się w nową dla Flataua dziedzinę kliniki.

Tylko krótki nawrót do badań anatomicznych i to dzięki powiązaniu przeszłości z chwilą obecną: Flatau bada mózgi małe, operowanych przez Munka, a pozabawionych ośrodków korowych dla rozmaitych części ciała, oraz porównywa wyniki tych badań ze zmianami, jakie znalazł w mózgach chorych swoich, zmarłych na skutek ognisk krwotocznych lub na skutek zaccopowania naczyń mózgowych. Z badań tych wyciąga wnioski, że włókna piramidowe, zarówno u małe, jak i u ludzi, idą od kory do torebki wewnętrznej oddzielnie dla każdej grupy mięśniowej, że, poczynawszy od torebki wewnętrznej, włókna te łączą się razem, jednakże w nóżce szypułki mózgowej najbardziej bocznie mieszczą się włókna kończyny dolnej, zaś bardziej dośrodkowo — kończyny górnej.

Praca doświadczałna, inspirowana przez rozpoczynającą się wówczas epidemię drętwy karku, była wykonana wraz z Handelsmanem w r. 1912 i 1913.

Polegała ona na wywoływaniu zakażenia opon mózgowo-rdzeniowych pneumokokami u psów oraz na poszukiwaniu najlepszego środka leczniczego dla tego cierpienia. Po wielu próbach Flatau uznał za najlepszą metodę leczenia surowicą swoistą. Słuszność tego poglądu potwierdziła aż nadto wielka epidemia drętwy karku w latach 1915—1920.

Już podczas badań nad pneumokokowym zakażeniem opon u psów Flatau wypróbował metodę przepłukiwania przestrzeni podpajęczynówkowej płynami obojętnymi lub zlekka odkażającymi. Posługiwał się wtedy jeszcze metodą, praktykowaną przez innych badaczy, a mianowicie otwarciem powłok kostnych układu nerwowego na przestrzał: wytrepanowaniem otworu w czaszce i w kręgosłupie. Pragnąc zabieg, który uznał za

pożyteczny, uprzystępniał klinicystom, wypracował metodę łatwą przepłukiwania przestrzeni oponowych z pominięciem wszelkich operacji, drogą jedynie nakłucia lędźwiowego. Metodą tą leczylimy drętvicę, kiedy brakło nam surowicy przeciwmeningokokowej lub kiedy mieliśmy jej tak mało, że trzeba było oszczędzać. Wypłukiwanie nadmiaru ropy pozwalało zużyć mniej surowicy dla zwalczenia choroby.

Następnych kilka lat Flatau poświęcił zgłębianiu zagadnienia nowotworów układu nerwowego. Z benedyktyńską cierpliwością przebadał przeszło tysiąc przypadków. Setki środków leczniczych wypróbował, dążąc do znalezienia sposobu leczenia tego tragicznego cierpienia. Po długiej, mozolnej, wzbudzającej w nas podziw pracy doszedł Flatau do wniosku, że jedynie promienie sztywne mogą do pewnego stopnia osłabić zło. Wiadomości te przeniósł niezwłocznie na teren kliniki, przynosząc ulgę swym chorym.

Opracowując temat nowotworów mózgu, stosował różne barwniki, jako środki lecznicze, stwierdził wtedy nieszkodliwość wielu z nich dla tkanki nerwowej. Fakt ten natychmiast wykorzystał dla celów klinicznych i opublikował nową pracę „O chromoneuroskopii”. Doświadczenia wykazały, że 5-cio procentowa kwaśna fuksyna, wprowadzona do mięśni w ilości 5 ccm., nie przenika do płynu mózgowordzeniowego, o ile bariera krwiooponowa działa sprawnie, zabarwia natomiast płyn, o ile przepuszczalność bariery wzmagą się, co zbiega się ze stanem zapalnym opon mózgowordzeniowych. Próba ta daje możność klinicyście sprawdzenia, czy opony są zdrowe.

Na tym wyszczególnieniu kończy się mniej więcej rejestr prac doświadczałnych Flataua, ogłoszonych drukiem. Najważniejsza bodaj praca Jego o gruźlicy układu nerwowego pozostała, niestety, niedokończona. Dziesiątków, setek doświadczeń dokonał już, ostatecznych wniosków nie zdążył wyprowadzić. Praca ta czeka ciągle jeszcze na godnego kontynuatora.

Wyliczając zasługi Flataua, nie wolno pominąć milczeniem Jego walorów wychowawczych. Rola pedagoga nie jest łatwa dla uczonego: aby uczyć nie *ex cathedra*, ale tak, w życiu codziennym, trzeba poświęcać bardzo dużo czasu. Profesor wygłasza swój wykład w ciągu 1 godziny i obdziela wiedzą dziesiątki uczniów. Jest w tym ekonomia wysiłku. Na terenie pracowni naukowej lub szpitala każdemu uczniowi i każdemu zagadnieniu trzeba użyć czasu oddzielnie. Flatau czynił to z niestrudzoną energią i niezmałym spokojem, a nie dowiemy się już nigdy, ile Go to kosztowało wysiłku, by w chwilach tych rezygnować z własnej pracy badawczej. Nie tylko chętnie służył każdemu swoją wiedzą, radą i doświadczeniem, ale przeżywał nawet z najmłodszym uczniem wszystkie etapy jego pracy twórczo-doświadczałnej. Być może, iż niejednen pomysł ucznia Flataua zginąłby w zarodku, gdyby nie entuzjazm Nauczyciela, który zagrzewał nieustannie energię młodego adepta Nauki.

Taka była praca twórcza i wychowawcza Flataua. Myśl jego w biegu swym nie zatrzymywała się długo na tym, co już zostało dokonane, co siłą inercji mogło pójść już dalej i bez Jego udziału. Sam dążył bezustannie naprzód i planował coraz to nowe dzieła. Ostatnim pragnieniem Flataua, było powołać do życia „Warszawski Instytut Neurobiologiczny”. Miała to być instytucja niezależna od wszelkich placówek urzędowych, poświęcona studiom badawczym, wolnym od jakichkolwiek względów politycznych, narodo-

wościowych lub partyjnych. Obmyślał istnienie jej we wszystkich szczegółach, gromadził budulec materialny i duchowy i miał przystąpić do realizacji planu. Śmierć przerwała te wysiłki. Pracownia, w której zebraliśmy się w dniu wspominań o Nim, jest zaledwie miniaturą gmachu, o jakim marzył Flatau, tak, zresztą, jak miniaturowe są prace nasze w porównaniu z Jego pracami.

Oby można przyrzec cieniom Flatau, że w tej miniaturowej pracowni powstaną dzieła godne Jego pamięci.

Edward Flatau, jako klinicysta.

Wygłosił

Jan KOELICHEN (Warszawa).

Zebraliśmy się tutaj, my, byli uczniowie Edwarda Flatau, ażeby w piątą rocznicę zgonu uczcić Jego pamięć, ażeby odnowić we wspomnieniach postać naszego Mistrza i przejrzyć raz jeszcze plon Jego pracy, składając Mu hołd należny. Obszar zainteresowań naukowych Flatau był tak rozległy, praca Jego obejmowała tak rozmaite dziedziny, że każdemu z nas przypadło w udziale omówienie tylko pewnej części Jego działalności, mnie zaś powierzono odtworzenie Jego pracy klinicznej. Na tym polu Mistrz nasz i Nauczyciel zaczął pracować dopiero po szeregu lat studiów i prac teoretycznych, dotyczących budowy i patologii układu nerwowego, osiągnąwszy dzięki tym pracom gruntowną znajomość przedmiotu i zdobywszy dzięki ich poziomowi poważne imię w nauce. Z tak gruntownym zasobem wiedzy teoretycznej przybył Flatau w r. 1899 do kraju i zabrał się do pracy praktycznej nad kliniką chorób nerwowych.

W Berlinie, w środowisku, w którym pracował poprzednio, dziwiono się, że Flatau teoretyk, naukowiec, poświęcić się chce pracy klinicznej, wkrótce jednak przekonano się, że i na tym polu praca Jego staje się nader owocna.

Okazało się, że poza gruntownym przygotowaniem teoretycznym, posiada On wszystkie właściwości umysłu, warunkujące powodzenie w pracy klinicysty, a więc bystrość w spostrzeganiu, szybkość orientacji, rozwagę w ocenie znaczenia spostrzeganych szczegółów i umiejętność odtwarzania z tych szczegółów całości kształtu choroby. A przy tym posiadał On ten tak niezbędny dla klinicysty a nieuchwytny dar jednania sobie chorych, wzbudzania w nich zaufania i wiary.

Pierwsze lata pracy Flatau jako klinicysty były nader ciężkie, pole tej pracy było prawdziwym ugiem, który tylko dzięki Jego niezmordowanej wytrwałości mógł dawać plon jaki taki. Nie posiadał On bowiem na razie własnego warsztatu pracy i w ciągu szeregu lat wędrował jako przygodny konsultant z oddziału do oddziału w dawnym szpitalu Dz. Jezus, badając chorych i udzielając swych rad i wskazówek, których słuchano z coraz większym zajęciem. Wówczas to poznałem Go po raz pierwszy, pracując w oddziale D-ra Jakowskiego, i odniosłem z obcowania z Nim trwałe i dodatnie wrażenie. Nie starał się On imponować swoją wiedzą, nie narzucał swego zdania, z prostotą wypowiadał swyc poglądy i udzielał swoich rad, zaraz też skłonił mnie do ogłoszenia spostrzeganego przypadku, z całą gotowością dając mi wskazówki co do źródeł piśmiennictwa. Ten życzliwy i przyjacielski stosunek Flatau do kolegów, to pobudzanie ich do

pracy naukowej zyskiwały mu coraz większy mir i szacunek. Stał się On wkrótce ośrodkiem, wokoło którego gromadzić się zaczęły coraz liczniejsze rzesze kolegów, pragnących pracować pod Jego kierunkiem. Stało się to możliwym, gdy w r. 1904 Flatau otrzymał oddział chorób nerwowych w szpitalu na Czystem. W oddziale tym od razu zawrzała intensywna i wydajna praca, Mistrz nasz poświęcił się jej z całym zapałem i stale zagrzewał swych uczniów do pracy, przyuczając ich do nadzwyczaj drobiazgowego badania chorych, nieustannego i baczego śledzenia przebiegu chorób i sumiennego notowania spostrzeżeń. Toteż z oddziału Flatau ukazywać się zaczęły w piśmiennictwie coraz liczniejsze opracowania, czy to poszczególnych spostrzeżeń, czy też omówień jednostek chorobowych na podstawie spostrzeżeń oddziałowych. Prace te, ogłaszane przez samego Flatau lub wspólnie z uczniami, wreszcie przez Jego uczniów, dotyczyły najrozmaitszych tematów klinicznych. Nosiły one zawsze piętno ducha kierownika oddziału, odznaczając się sumiennością opracowania tematu, wyczerpującą znajomością piśmiennictwa i wszechstronnym rozważaniem patogenety opisywanych jednostek chorobowych. W miarę narastania materiału klinicznego, w miarę bogacenia się doświadczenia zaczął Flatau przystępować do opracowań monograficznych różnych jednostek chorobowych, cały szereg prac poświęcił stwardnieniu rozsianemu, nowotworom rdzenia i mózgu, opracował sprawę leczenia tych guzów za pomocą promieni Roentgena i radu, wydał wyczerpującą monografię o migrenie, opracował wyczerpująco sprawę zapaleń oponowych i własną metodę ich leczenia, zajmując się szczegółowo sprawą zapaleń gruczolnych w oponach i sprawą przepuszczalności opon. Nowopowstałe w owym czasie zagadnienie kliniczne zaburzeń pozapiramidowych znalazło w opracowaniu monograficznym Flatau wyczerpujące i jasne przedstawienie. Wreszcie w latach ostatnich swego życia na podstawie doświadczenia własnego omówił Flatau w szeregu prac wyodrębnioną przez Redlicha jednostkę chorobową, zapalenie rozsiane mózgu i rdzenia, tak dokładnie i wyczerpująco, że jednostka ta słusznie nosić powinna miano choroby Redlicha-Flatau.

Taka jest w krótkim zarysie wiązanka zasług i prac klinicznych Edwarda Flatau. Poza uznanym powszechnie i szanowanym teoretykiem anatomem i patologiem, poza wybitnym badaczem doświadczalnym widzimy w działalności Jego praktycznej i w licznych pracach klinicznych niezwykle utalentowanego, sumiennego i doświadczonego klinicystę, który i na tym polu pozostawił trwałe i wyraźne ślady swej wytrwałej pracy i swego twórczego ducha.

Edward Flatau jako semiolog i twórca nowych jednostek nozologicznych.

Wygłosił

Eufemiusz HERMAN (Warszawa).

Przypadło mi w zaszczytnym udziale przypomnieć pokrótce Szanownym Państwu zasługi Flatau na polu semiotyki i budowy nowych jednostek nozologicznych.

Edward Flatau należał do tych nielicznych uczonych, którzy w jednej osobie zjednoczyć zdołali, obok zapału i uporu eksperymentatora, spokój i objek-

tywizm histologa oraz talent i spostrzegawczość klinicysty.

Te same słowa nasunęły mi się przy określeniu twórcy neurochirurgii, uczonego bostońskiego Cushinga.

Każdy z nas, uczniów, który przyglądał się pracy Flatau, czy to w czasie wykonywania eksperymentu w pracowni neurobiologicznej, czy podczas kierowania zabiegiem chirurgicznym — nie mógł oprzeć się słusznemu wrażeniu, że Flatau byłby znakomitym neurochirurgiem. Zdaje mi się, że można było wyczuć w Nim tęsknotę do tej gałęzi wiedzy lekarskiej.

Jeśli o tym wszystkim na wstępie wspominam, to dlatego, by wykazać, że wszelkie poczynania Flatau, zwłaszcza w latach ostatnich, zarówno w dziedzinie doświadczenia, jak anatomii, czy też kliniki, zmierzały zawsze do jednego celu — wyświetlenia sprawy chorobowej ze wszystkich stron, by tym łatwiej udostępnić i umożliwić jej leczenie.

Głęboka wiedza anatomiczna wyciska swe piętno również i na pracach klinicznych.

Toteż we wszystkich dociekaniach, poświęconych bądź to semiotyce, bądź nowym jednostkom nozologicznym uderza niezwykle wyczerpujące omówienie przedmiotu i zawsze anatomiczne jego ujęcie: wystarczy przeczytać piękne prace Flatau o nowych objawach klinicznych, by przekonać się o słuszności tego sądu.

Z nowych objawów klinicznych, wykrytych i opisanych przez Flatau, omówić wypada następujące.

Objaw karkowo-midriatyczny albo karkowo-żreniczny (ogłoszony w r. 1921) polega na rozszerzeniu źrenic przy nachylaniu karku.

Objaw ten spostrzega się przede wszystkim w zapaleniu opon grzylliczym lub nagminnym; obecność jego w grzyllicy kręgów szyjnych przemawia za jego bólowym podłożem.

Flatau nie poprzestaje na opisie tego objawu, lecz podaje dokładnie przebieg łuku odruchowego: „nerwy czuciowe kręgów szyjnych (*rami meningei nn. spinalium*) — korzonki tychże — rdzeń szyjny — *tractus spinothalamicus* — *pars ventralis thalami* — *corpus subthalamicum* — i z powrotem — szypuła mózgowa — rdzeń przedłużony i szyjny (częściowe krzyżowanie się) — przednie korzonki rdzeniowe (VII — VIII szyjne oraz I — II grzbietowe) — górny zwój grzbietowy współczulny — n. współczulny szyjny, zwoje szyjne — zwój Gassera i pierwsza gałązka n. V — nerwy rękowe — rozszerzacz tęczówki“.

Drugim nowym objawem, opisanym w r. 1923 przez Flatau, jest t. zw. objaw erekcyjny: przy silnym nachylaniu tułowia ku przodowi zjawia się u chłopców wydatna erekcja.

Jest to objaw prawie patognomoniczny dla grzyllicy opon, szczególnie dla jej okresów końcowych. Ma on znaczenie, według Flatau, nie tylko semilogiczne, lecz i rozpoznawcze, zwłaszcza w tych postaciach zapalenia grzylliczego opon, które przebiegają z daleko posuniętym zwolnieniem choroby lub też z mętym albo ropnym płynem m. rdz., względnie obfitującym w komórki wielojądrzaste.

Powstawanie tego objawu w okresach późnych zapalenia grzylliczego opon tłumaczy Flatau przerwaniem wpływów specjalnych ze strony hipotetycznych ośrodków mózgu na autonomiczny ośrodek erekcyjny w rdzeniu krzyżowym. Również i w tych pracach znaj-

dujemy dokładny opis przebiegu łuku odruchowego tego objawu.

Trzecim objawem, opublikowanym już wspólnie z Wł. Sterlingiem, jest objaw rogówkowy, występujący w przebiegu schorzeń, związanych z hipotonią mięśniową, zależną bądź to od bezpośredniego zajęcia neuronu obwodowego, bądź też od ostrego wzmocnienia ciśnienia śródczaszkowego. Stwierdzali go więc autorzy w takich chorobach, jak zapalenie n. udowego, zapalenie wielonerwowe, porażenie typu Landry, niektóre postaci Heine-Medinea, zapalenie rdzenia w cz. lędźwiowej, nagminne zapalenie opon lub też w guzach mózgu, w zapaleniu surowiczym opon i t. d.

Wreszcie na uwagę zasługuje czwarty objaw Flatau, t. zw. objaw rogówkowopodbródkowy: przy lekkim drażnieniu rogówki występuje kurcz mięśnia podbródkowego (*m. levator menti*).

Objaw ten stanowi jeden z czterech odruchów, objętych przez Flatau nazwą „zespołu podbródkowego“ (*syndrome mentonier*).

Na zespół ten składa się odruch rogówkowopodbródkowy i wargowo-podbródkowy Flatau, noscowopodbródkowy Guillaína i Simchowicza oraz dłoniowopodbródkowy Radovici i Marinescio.

Najczęściej spostrzega się odruch rogówkowopodbródkowy, według Flatau, w stwardnieniu rozsianym (*sclerosis multiplex*) oraz w zapaleniu rozsianym układu nerwowego (*encephalomyelitis epid. diss.*).

Z kolei pozwalam sobie omówić pokrótce zasługi Flatau w zakresie kształtowania nowych jednostek nozologicznych.

Jeszcze dawniej przed laty kilkunastu interesował Flatau stosunek patogenetyczny, kliniczny i histopatologiczny rozsianych spraw zapalnych ośrodkowego układu nerwowego (t. zw. *myelitis disseminata* lub *encephalomyelitis*) do stwardnienia rozsianego. Sprawie tej poświęca Flatau szereg prac głównie wspólnie z Koelichenem. Z Jego też inicjatywy ukazała się w r. 1904 wyczerpująca monografia o anatomii patologicznej stwardnienia rozsianego, opracowana przez Bornsztajna.

Toczył się podówczas spór o to, czy stwardnienie rozsiane jest chorobą samoistną, czy też stanowi tylko odmienną postać zapalenia rdzenia; czy jest schorzeniem zewnątrzpochodnym, czy też zewnątrzpochodnym.

Flatau z Koelichenem, na podstawie zbadanych drobnowidowo przypadków własnych, dochodzą do wniosku, że zmiany histopatologiczne w stwardnieniu rozsianym posiadają raczej charakter naczyniowo-zapalny, i że rozsiane sprawy zapalne w ośrodkowym układzie nerwowym dają rozmaite obrazy kliniczne w zależności od stopnia uszkodzenia tkanki nerwowej przez sam proces naczyniowo-zapalny.

W przypadkach, w których sprawa ta, jak się wyrażają autorzy, wykazuje głęboko sięgającą skłonność do zniszczenia tkanki nerwowej, powstają obrazy kliniczne, opisywane pod nazwą *myelitis* lub *encephalomyelitis*; tam zaś, gdzie tendencja do zniszczenia doświadczonego tkanki nerwowej jest nieznaczna, powstają obrazy kliniczne, opisywane pod nazwą *sclerosis multiplex*.

Zapewne, nie zwykłe zrządenie losu, czy zbieg okoliczności sprawiły, że właśnie Flatau w lat kilkanaście potem był pierwszy w Polsce, a jeden z pierw-

szych w Europie (narówni z Redlichem w Wiedniu i Pettem w Hamburgu), który dostrzegł w r. 1928 wybuch nowej epidemii zapalenia rozsianego układu nerwowego.

Opisy Flatau'a, dotyczące tego schorzenia, są tak mistrzowskie, że słusznie Conos nazywa postać mózgową *encephalomyelitis epidemica disseminata* chorobą Flatau'a, a Simchowicz proponuje w ogóle określać to cierpienie jako chorobę Redlicha - Flatau'a.

Flatau, opierając się na materiale klinicznym i anatomicznym przypadków, spostrzeganych w latach od 1928 — do 31 r., podał dokładny opis tego schorzenia, odróżniając w jego przebiegu — okres wstępny, II — okres rozwoju i III — późniejszy rozwój choroby.

W okresie wstępnym podkreśla nagły początek, występowanie na plan pierwszy parestezji o typie karykaturalnym, często w okolicach rozbieżnych, topograficznie od siebie niezależnych, bóle, objawy ruchowe, przyspieszenie tętna, oraz ciepłotę podgorączkową; w okresie rozwoju choroby — zadowalający stan ogólny, brak gorączki, przyspieszenie tętna oraz dwójakiego rodzaju obrazy: jedno o nikłych objawach podmiotowych i przedmiotowych, drugie — z zajęciem rdzenia, opuszki, pnia mózgowego lub mózgu. We wszystkich przypadkach podnosi żywy udział układu współczulnego, nasilający się w niektórych z nich do takiego stopnia, iż dadzą się wyodrębnić w postaci osobliwą, którą Flatau nazywa *sympataxitis epidemica*. Wreszcie w okresie późniejszym — łagodny przebieg, z tendencją do ustępowania objawów chorobowych, z wyjątkiem nielicznych stosunkowo przypadków śmiertelnych (11,7%).

Opierając się na postulatach Spielmeiera, uprawniających do ścisłego odgraniczenia pewnych jednostek chorobowych, przyznaje Flatau, że aczkolwiek brak jest dotąd różnic wybitnych histologicznych między *encephalomyelitis epidemica disseminata*, a stwardnieniem rozsianym (zmiany rozsiane w przeciwieństwie do ogniskowych w s. m.), to jednak cały obraz kliniczny przemawia za odrębnością nozologiczną tego schorzenia.

Na marginesie rozsianych schorzeń układu nerwowego podnieść można zasługi Flatau'a w poznaniu choroby Schildera, którą Flatau, uzbrojony w dane drobnowidowe, nazywa *encephaloleucopathia scleroticans progressiva*.

Niepoślednie zasługi położył Flatau w rozbudowie kliniki gruźlicy układu nerwowego.

Przypomnę tylko wyodrębnione przez Flatau'a wspólnie z panią Zandową w r. 1919 3 postaci reakcji opon na gruźlicę innych narządów, a mianowicie: 1) postać odczynowa łagodna i przemijająca, gdzie zapalenie opon ujawnia się jako „*meningismus*“ (*pseudomeningitis*) lub *meningitis serosa* pochodzenia gruźliczego; 2) postać zapalenia gruźliczego opon ograniczonego, t. zw. ogniskową (*pachymeningitis tbc. circumscripta* i *leptomeningitis tbc. circumscripta*) oraz 3) postać zapalenia rozlanego (*meningitis tbc. diffusa*).

Pierwszą postać kliniczną opracował potem Flatau jako *meningitis serosa tuberculosigenes*.

W r. 1926 podał Flatau na podstawie własnych spostrzeżeń dokładną symptomatologię gruźlicy

podstawy czaszki, opisując objawy mózgowy w przebiegu gruźlicy podstawy 3-ch jam czaszkowych.

W gruźlicy przedniej jamy czaszkowej powstaje obraz, przypominający zakrzep zatoki jamistej (*thrombosis sinus cavernosi*), w gruźlicy środkowej jamy — występują objawy podobne do zespołu zakrzepu zatoki poprzecznej (*thrombosis sinus transversi*), względnie zatoki poprzecznej i jamistej (*sinus transversi i cavernosi*), wreszcie w gruźlicy tylnej jamy czaszkowej, obraz kliniczny naśladuje guz mózdzku, względnie zakrzep zatoki poprzecznej — i dopiero stwierdzenie opadowego ropnia ustala rozpoznanie.

Przytoczony powyżej podział gruźlicy podstawy czaszki zyskał prawo obywatelstwa w wielu podręcznikach klinicznych.

Jeśli niektóre ważne jednostki nozologiczne nie zostały wprowadzić jedynie przez Flatau'a po raz pierwszy wyodrębnione, to albo jednocześnie z innymi autorami, albo też opisane tak doskonale, że nazwisko Flatau'a związane jest nierozłącznie z ich rozbudową.

Do takich jednostek należy przede wszystkim postępujący torsyjny kurcz u dzieci, którego wyczerpujący i piękny opis wspólnie z Wł. Sterlingiem ukazał się w r. 1911 w „*Neurologii Polskiej*“.

Morfologia tego kurczu, rozpatrywana przez autorów podczas siedzenia chorego, w pozycji leżącej, w czasie chodu, przy ruchach dowolnych i biernych — może służyć po dzień dzisiejszy za wzór opisu klinicznego. Zdjęcia chorego znajdujemy niemal we wszystkich klasycznych podręcznikach neurologii.

Flatau i Sterling podali oznaki różniczkowe pomiędzy tym schorzeniem a najbardziej do niego podobną „*athetose double*“; chcąc zaś uwydatnić w nazwie najwybitniejszą cechę kliniczną — kurcz ściągający i skręcający — nadali tej jednostce przyjęte przez wszystkich określenie „*postępujący kurcz torsyjny*“.

Dalej wspomnieć należy o „*krwotokach samoistnych do opon mózgowych*“ (w r. 1918), zwłaszcza podpajęczynówkowych (*leptomeningitis haemorrhagica*) — jednostce chorobowej, znanej od dawna klinicytom francuskim, a zupełnie obcej w piśmiennictwie polskim i niemieckim. Dopiero po opisie Flatau'a zjawiają się prace Goldflama i szeregu autorów polskich oraz niemieckich.

Flatau podał cechy charakterystyczne krwotoków podtwardówkowych i podpajęczynówkowych oraz opisał, zdaje się, po raz pierwszy spotykany tu często zespół Korsakowa; podkreślił znaczenie lecznicze nakłuć lędźwiowych w krwotokach podpajęczynówkowych oraz możliwości usuwania krwi w krwotokach podtwardówkowych za pomocą przekłucia czaszki i twardówki.

Wspólnie z Sawickim uplastycznił objawy swoje w zębrze szynym, dające się ująć w odrębną postać chorobową. Jeśli w końcu przypomnę prace Flatau'a o nowotworach mózgu o ostrym przebiegu, monografie o migrenie, guzach rdzenia, zespołach pozapiramidowych, próby chromoneuroskopowe, to wystarczy chyba aż nadto, by przekonać się, że Flatau posiada chlubną kartę w semiologii i rozbudowie nowych jednostek neurologicznych.

Badania Edwarda Flatau nad nowotworami układu nerwowego.

Wygłosił

J. MACKIEWICZ (Warszawa).

27 lat temu po raz pierwszy jako student przystąpiłem próg oddz. Flatau a. Przypadek, przy którego badaniu asystowałem, był to nowotwór rdzenia (później operowany z doskonałym wynikiem)... Ostatnia chora, którą Flatau badał w oddziale swoim, był to przypadek skomplikowany rozsianej rakowatości ukł. nerw., przebiegający pod postacią śpiączki i parkinsonizmu.

Jest to do pewnego stopnia symbol!...

Statystycznie materiał nowotworowy ukł. nerwowego, który przeszedł przez oddział Flatau a, przedstawiał się w sposób następujący: Wedł. księgi muzealnej Pracowni Neurobiologicznej, stworzonej i kierowanej przez Flatau a, nowotworów ukł. nerwowego było 175. Sądząc wedł. dat dokonanych sekcji, przypadki te nie obejmują okresu pierwszych lat 12 pracy oddziałowej Flatau a.

Wedł. moich przypuszczalnych spostrzeżeń do badania pośmiertnego dochodził co dziesiąty przypadek badany klinicznie w oddziale. Otrzymamy więc liczbę, przekraczającą 2000 przypadków.

Wedł. statystyki, przeprowadzonej przez mnie w swoim czasie na materiale oddziałowym, nowotwory stanowiły 10% materiału organicznego całego oddziału. Odpowiada to w zupełności danym statystycznym większych Instytutów anatomo - patologicznych miast stołecznych Europy. Nic więc dziwnego, że Flatau poświęcił całe życie dużo uwagi, zainteresowania oraz rozważań badawczych sprawom nowotworowym.

Zainteresowanie Flatau a nowotworami obejmuje 3 działy: rozpoznawczo - różniczkowy, leczniczy — operacyjny i zachowawczy — oraz biologiczny - w to wchodzi badania nad obrazami mikroskopowymi oraz badania doświadczalne.

Co się tyczy kliniki nowotworów ukł. nerw., to wszyscy byliśmy świadkami tej wytężonej pracy klinicznej, którą Flatau wkładał w każdy przypadek nowotworu: żmudne wielokrotne badanie kliniczne nie zawsze było dostateczne dla Flatau a.

Przypominam sobie długi szereg przypadków, gdzie Flatau literalnie tygodniami myślał o lokalizacji przypadku, wertował podręczniki i monografie, nie dowierzając swej fenomenalnej pamięci.

Nawiasem dodam, że Flatau po upływie 15--20 lat świetnie pamiętał semiotykę i przebieg skomplikowanych przypadków nowotworowych i stale w rozmowach i podczas obchodu cytował te przypadki, tak, jakby dnia poprzedniego je obserwował. Gdy zdarzała się niespodzianka rozpoznawcza lub lokalizacyjna, a niespodzianki te, niestety, czyhają w dziedzinie tej na każdym kroku, Flatau dopiero zabierał się do wyjaśnienia niespodzianki tej i nie uspokajał się, dopóki nie zgłębił całej sprawy, aby wyciągnąć wnioski i wskazówki na przyszłość.

Co się tyczy leczenia nowotworów, to Flatau b. m., był jednym z pierwszych w Polsce, który kierował swe przypadki do zabiegu chirurgicznego. Dodam, że wtedy, gdy Flatau przystąpił do pracy klinicznej, dziedzina ta leżała zupełnie odłogiem. Po raz pierwszy w historii neurochirurgii operacja usunięcia nowotworu rdzenia została dokonana przez Horsley a,

wtedy, gdy Flatau był na pierwszym roku medycyny.

Podczas swych studiów w Moskwie i w latach następnych w Berlinie Flatau nie miał jeszcze okazji widzieć operacji mózgowych. Zainteresowanie jego neurochirurgią było zupełnie spontaniczne.

Flatau w ciągu szeregu lat zachęcał poszczególnych chirurgów do neurochirurgii, wkrótce jednak przekonał się, że to nie jest dostateczne i już 30 lat temu chciał jednego ze swoich kolegów współpracowników kształcić w kierunku neurochirurgicznym. Flatau, jak wiadomo, nie był biernym świadkiem przy operacji mózgowej, lecz stale czynnie asystował przy polu operacyjnym. Za każdym razem po operacji Flatau do ostatnich dni swego życia twierdził, że operować powinien nie chirurg, tylko neurolog.

Myśmy się zawsze zastanawiali, dlaczego Flatau, będąc świetnym i nadzwyczaj skrupulatnym eksperymentatorem, nie został neurochirurgiem, jak to uczynili Foerster i Vincent.

Niejednokrotnie byliśmy świadkami, jak tylko dzięki czynnej asyście Flatau a podczas operacji zabieg mógł być doprowadzony ze skutkiem do końca.

Niestety, wyniki leczenia chirurgicznego nowotworów mózgu statystycznie nie przedstawiały się różowo, więc nic dziwnego, że Flatau jeden z pierwszych zainteresował się leczeniem zachowawczym, — radio- i rentgenoterapią.

Jeszcze przed wojną Flatau a zainteresowała sprawa korelacji anatomoklinicznej w nowotworach ukł. nerw. Flatau wtedy na zasadzie swoich spostrzeżeń nabrał wątpliwości co do istnienia ścisłej korelacji. Flatau znał jedynie tylko sposób rozstrzygnięcia wątpliwości: eksperyment i badanie mikroskopowe na większym materiale.

Flatau postanowił wyzyskać jedną i drugą drogę. Bornsztajn przystępuje do badań doświadczalnych nad sztucznym uciskiem rdzenia u psów (z pomocą laminarii). Byłem świadkiem czynnego udziału i codziennego niesłabnącego zainteresowania się Flatau a tą pracą doświadczalną. Większą część zabiegów operacyjnych Flatau wykonywał sam i sam też prawie co dzień asystował przy badaniu klinicznym zwierząt. Jednocześnie Frenkiel przystąpił do badania całej kolekcji muzealnej mózgów z guzami celem wyświetlania tego zagadnienia. Niestety, wybuch wojny przeszkodził w kontynuowaniu tej pięknie zakrojonej pracy.

Flatau osobiście badał każdy przypadek nowotworu ukł. nerw. mikroskopowo. Badania Jego były bardzo skrupulatne, zaglądał do atlasów, specjalnych monografii z dziedziny nowotworów, porównywał dany obraz mikroskopowy z poszczególnymi rysunkami. Byłem niejednokrotnie świadkiem, jak identyfikacja mikroskopowa trwała kilka tygodni.

W roku 1925, kiedy mieliśmy już szereg publikacji Cushinga i Bayleya o nowej klasyfikacji glejaków, Flatau zaproponował mi opracowanie całego materiału sekcyjnego nowotworów ukł. nerw. za pomocą najnowszej metodyki barwienia mikroskopowego pod kątem widzenia najnowszych poglądów badaczy amerykańskich.

Gdy po kilku latach praca moja posunęła się dość daleko, Flatau zaproponował mi opracowanie tematu o korelacji anatomo - klinicznej glejaków mózgu, co też zostało przeze mnie wykonane i praca została ogłoszona.

Dopiero po upływie 20 lat z pracowni Flatau wyszła odpowiedź na zagadnienie, które interesowało Flatau a bez przerwy.

O udziale Flatau a w badaniach moich nad nowotworami, które trwały 7 lat bez przerwy, aż do ostatnich chwil Jego życia, mógłbym powiedzieć bardzo obszernie, lecz ograniczę się do kilku szczegółów.

Trudno w tej chwili ująć w jakiś system setki rozmów i konferencji, które odbył Flatau ze mną w ciągu tego czasu na tematy ogólne, dotyczące się guzów mózgu lub dotyczące się poszczególnych rozdziałów tego olbrzymiego zagadnienia. Odnosne piśmiennictwo Flatau miał zawsze pod ręką w pracowni i stale Mu nadsyłało odbitki z tej dziedziny z całego świata.

Tematów więc do rozważań i dyskusyj nie brakło nigdy.

Na początku Flatau osobiście studiował każdy preparat, później ograniczał się do badania pola mikroskopowego na ekranie aparatu mikrofotograficznego przed dokonaniem zdjęcia. Każdy dokument naukowy, który wychodził z pracowni Flatau a, musiał być osobiście kontrolowany przez Niego.

W pracowni nie było miejsca dla niedojrzałych i szybkich spostrzeżeń i wniosków. Wszelkie nowe spstrzegane fakty musiały być dowodowo przedstawione, wszelkie poglądy i wnioski musiały być długo dyskutowane.

Zainteresowanie Flatau a z biegiem czasu pracą moją nie tylko nie słabło, lecz stale się potęgowało. Oprócz bieżących zagadnień, które były na moim warsztacie, Flatau zachęcił mnie do wydania monografii, poświęconej sprawom guzów mózgu, i nawet wyjednał u skarbnika T-wa Naukowego sporą sumę pieniędzy na ten cel.

W ostatnim roku Flatau doszedł do wniosku, że monografia nie wystarczy, że stanowczo należy wydać także atlas obrazów mikroskopowych guzów mózgu. Pierwsze rozdziały monografii zostały wręczone przeze mnie Flatau owi, prawie wszystkie zdjęcia mikrofotograficzne do atlasu zostały wykonane, lecz los zrzucił inaczej... Nie sądzonym mi już było zrealizować pod Jego kierownictwem tak szeroko zakrojonych przez Niego planów...

W przedmowie do swego podręcznika anatomii słynny anatom Hirtl opowiada, w jaki sposób powstało muzeum anatomiczne Uniw. Wiedeńskiego.

Otóż podczas rewolucji 1848 r. w Wiedniu było niespokojnie, wyjechał więc młody Hirtl nad jezioro Lublanskie i przez kilka lat badał ryby tego jeziora i zebrał dużą kolekcję szkieletów tych ryb. Gdy rewolucja się skończyła, dano mu znać, że można już wrócić do Wiednia. Hirtl zapakował do skrzyń szkielety tych ryb, wrócił do Wiednia; zawartość tych skrzyń posłużyła jako kamień węgielny pod Muzeum Uniwersytetu Wiedeńskiego...

Latem 1918 r. przyjechałem do Warszawy i, kiedy nazajutrz po moim powrocie odwiedziłem Flatau a w Jego pracowni, zastałem Go przy żmudnej pracy doświadczalnej: zastrzykiwał zawiesiny nowotworów dokręgowo białym myszom i narzekał przy tym, że to diabelnie i kłopotliwa i trudna technicznie praca, bo większa część myszy natychmiast ginie po zabiegu.

Należy sobie uprzytomnić, że był to koniec lata 1918 r., kiedy kataklizm ogarnął cały świat, kiedy runęły trony, a Flatau zupełnie jak Hirtl spokojnie kontynuował sprawę, którą uważał jedynie za ważną,

i to znacznie ważniejszą, niż wszystko, co się działo dookoła na całym świecie.

Jakie to było zagałnienie, które było ważniejsze, niż wszystko na świecie?

Po roku ukazała się ta praca drukiem.

„Guzy przeszczepione stanowią doskonały probierz dla badań teoretycznych, związanych z powstawaniem, rozwojem i leczeniem nowotworów“ — tak pisał Flatau w swej przedmowie do owej pracy. Praca ta zajmuje wszystkiego 89 stronic druku, ale wystarczy przejrzeć tablice statystyczne wyników badań doświadczalnych i protokoły, aby się przekonać, że każdy inny badacz wyzyskałby wyniki tych badań dla kilkudziesięciu publikacji.

Ale Flatau nie znosił t. zw. „wody“ w pracach naukowych, zawsze nas pouczał, że prace muszą być pisane stylem b. zwięzłym, krótkim, telegraficznym.

Aby zilustrować ogrom tej pracy, która została wykonana właśnie podczas lat wielkiej wojny, przytoczę tylko rodzaje: technika szczepień podskórnych guza oraz rezultat tych szczepień, technika szczepień guzów do mózgu i rdzenia oraz rezultaty tych szczepień, leczenie guzów doświadczalnych podskórnych, doświadczenia, w których szczepiono guz i natychmiast lub po upływie pewnego czasu wstrzykiwano dany środek, doświadczenia, w których uprzednio wstrzykiwano dany środek, następnie szczepiono guz i wstrzykiwano w dalszym ciągu ten sam środek, guzy przeszczepione mózdku, guzy przeszczepione rdzenia, guzy przeszczepione rozsiarce w całym ukł. nerw. ośrodkowym, wpływ naświetlań radowych na guzy mózgu, wpływ naświetlań radowych na guzy przeszczepione mózdku, wpływ promieni Roentgena na guzy mózgu i mózdku.

Mamy 12 rozdziałów, ale wiele pracy myślowej i technicznej włożono w każdy rozdział!! Flatau wszystkiego użył do swych badań 1050 zwierząt. Liczba olbrzymia!

Doświadczeń z leczeniem guzów podskórnych dokonano 689!!

Zaiste tytaniczna praca!

Dodamy od siebie, że cały szereg doświadczeń został zainicjowany przez Flatau a po raz pierwszy w piśmiennictwie: dotyczy to szczepień śródokręgowych, Flatau owi pierwszemu udało się wywołać doświadczalnie ogólną rakowatość ośrodkowego ukł. nerw. za pomocą specjalnie przez Niego opracowanej techniki. W pracy tej po raz pierwszy też w piśmiennictwie znajdujemy piękny i skrupulatny opis objawów klinicznych szczepionych guzów mózdku u takich małych zwierząt, jak białe myszy. Należy uważnie i powoli czytać protokoły tych doświadczeń, aby przekonać się, że jak daleko posuniętą ostrożnością Flatau krytycznie odnosił się do wyników swych badań doświadczalnych, jak On sam siebie kontrolował na każdym kroku i z jaką ostrożnością wyciągał wnioski.

Ale rezultat został osiągnięty, Flatau przekonał się, że w pewnych warunkach za pomocą naświetlań można wpłynąć na tkankę nowotworową. To wystarczy; to było zupełnie pewne; Flatau na własne oczy pod mikroskopem widział wpływ ten promieni radowych. Rozumie się, nie pominął przy tej okazji w ogóle zbadania wpływu tych promieni na normalną tkankę nerwową i wyświetlenia niektórych kwestii spornych. Teraz Flatau a mógł spokojnie przejść do stosowania danych tych doświadczeń na ludziach.

„O stosowaniu naświetlań radem na guzy mózgu we u człowieka lub szczepione na mózgach zwierzęcych nie znalazłem w literaturze żadnych danych” — pisze Flatau w powyżej cytowanej pracy.

Doświadczeniem najciekawszym jest nr. 1329, w którym Flatauowi udało się (po raz pierwszy w literaturze) wyleczyć nie na drodze operacyjnej guz mózgu w świecie zwierzęcym. Po 10 naświetlaniach guz znikł, i badanie mikroskopowe nie wykryło guza mózgu (2 tygodnie po szczepieniu stwierdzono już wyraźnie wygórowanie w okolicy ciemieniowej).

Do roku 1914 Flatau ogłasza szereg przypadków guzów ukł. nerw. ujętych z punktu widzenia klinicznego, ew. z p. widz. leczenia operacyjnego. Specjalną uwagę od szeregu lat zwracał Flatau na guzy rdzenia i opracował swój materiał w sposób monograficzny do podręcznika Neurologii Lewandowskiego.

Od roku 1923 Flatau ogłasza już prace, poświęcone leczeniu guzów ukł. nerw. za pomocą prom. R.

Upłynęło 4 lata od chwili ogłoszenia przez Flatau a wyników Jego prac doświadczalnych. Te lata zeszły na spostrzeżenia kliniczne. W r. 1928 ogłasza 3 przypadki guzów rdzenia i kręgosłupa, w których po dokonanym zabiegu operacyjnym oraz następczym naświetlaniu prom. R o e n t g. nastąpiła znakomita poprawa.

Rzecz prosta, że nasuwało się pytanie, czy rolę zasadniczą w poprawie odgrywało również i naświetlanie prom. R o e n t g.? Już po upływie 1 roku Flatau odpowiada na to pytanie — ogłasza 2 przypadki guza rdzenia, w których wyłącznie leczenie prom. R. dało doskonały efekt leczniczy. Od tego czasu byliśmy świadkami entuzjazmu Flatau a w leczeniu guzów ukł. nerw. za pomocą naświetlań prom. R. W następnym roku z polecenia Flatau a ogłosiłem pierwszy przypadek guza mózgu u chłopca lat 12, który przybył do oddziału w stanie ciężkiego soporu i po I serii naświetlań prom. R. wszystkie objawy kliniczne wraz z zastością i t. d. zupełnie znikły. W ostatnich 8 latach pracy oddziałowej Flatau a wszystkie przypadki guzów mózgu poddawał naświetlaniu prom. R. Stosunkowo szybko jednak Flatau przekonał się, że nie wszystkie gatunki guzów mózgu jednakowo reagują dobrze na prom. R. Flatau odróżniał już gatunki guzów, które dają burzliwy odczyn ujemny, od tych, gdzie objawy nowotworowe topnieją pod wpływem prom. R., jak masło na słońcu, oraz przypadki zupełnie odporne na prom. R. Ostatnie kilka lat każdy przypadek kliniczny na zasadzie przebiegu, wieku i t. d. był stale w oddziale omawiany z p. widz. wrażliwości na prom. R., ewent. widoków efektu leczenia zachowawczego.

Widzimy więc, ile pracy myślowej poświęcił Flatau a zagadnieniu nowotworów ukł. nerw., jaką ewolucję przerobił On w swych poglądach, jak głębokie i fundamentalne było Jego biologiczne myślenie; jako klinicysta — był On jednocześnie i stale w każdym calu biologiem. Neurologii nie wyobrażał On sobie inaczej, jak neurobiologię.

Znaczenie Edwarda Flataua dla psychiatrii polskiej.

Wygłosił

Józef HANDELSMAN (Tworki).

Dotychczasowi mówcy przedstawili postać naszego zmarłego Mistrza jako znakomitego neurologa, który odegrał pierwszorzędną rolę w nauce polskiej, stworzył szkołę neurologiczną i w neurologii międzynarodowej zajął poczesne miejsce wśród kierowników i mi-

strzów; bardzo plastycznie opisali Go, jako neurologa, neurologa par excellence, i w ich opisach, zdawałoby się, nie ma danych, wykazujących, jaką rolę odegrał Ed. Flatau w psychiatrii polskiej; powstaje pytanie, czy tak wybitna indywidualność, jak Jego, mogła przejść bez znaczenia dla psychiatrii, dla tej nauki, która leży w najbliższym sąsiedztwie neurologii wśród innych nauk lekarskich, i która nie tylko leży w najbliższym jej sąsiedztwie, ale jeszcze i teraz jest łączona w jedną całość; pomimo słuszności wyodrębniania obu tych dziedzin medycyny w Polsce mamy tylko jedną specjalną katedrę psychiatrii, w czterech przecież pozostałych uniwersytetach katedry neurologii i psychiatrii pozostają połączone pod kierunkiem jednego i tego samego profesora.

Z przemówień moich kolegów słusznie można wyciągnąć wniosek, że nie było bezpośredniego wpływu E. Flatau a na psychiatrię polską, nie wymieniono ani jednej pracy Flatau a ściśle psychiatrycznej, nie pracował nigdy Flatau w szpitalach psychiatrycznych; chciałbym jednak w krótkim swoim przemówieniu przedstawić, że pośrednio Flatau w historii psychiatrii pozostawił poważne ślady.

Jestem tym bardziej upoważniony do omówienia znaczenia Ed. Flatau a dla psychiatrii polskiej, że terminowałem u Niego (1907—1914), a i później aż do końca pracowitego życia E. Flatau a w kwestiach pogranicza neurologiczno-psychiatrycznego pozostawałem z nim stale w kontakcie.

Muszę przede wszystkim przypomnieć, jakie stanowisko zajmowała psychiatria polska w tym czasie, gdy zaczęły ukazywać się jedna za drugą znakomite prace neurologiczne E. Flatau a, t. j. pod koniec XIX stulecia.

R o t h e w pracy swojej w r. 1893 p. t. Rys dziejów psychiatrii w Polsce pisze: „Medycyna i nauki przyrodnicze weszły w nowy okres, świecą niejednym znakomitą nazwiskiem, ciesząc się szerokim po świecie rozgłosem. Psychiatria wszakże, nieliczne wyjątki pomijając, pozostała polem całkiem nieuprawnym. Lecz już w pierwszej połowie XIX wieku spotykamy mężów, poświęcających uwagę chorobom mózgowym i nerwowym i broniących zasad nieróżnych wcale od panujących na oświeconym zachodzie. Tylko niestety liczba ich jest szczupłą”. W innym miejscu mówi znów R o t h e, że psychiatria w XIX stuleciu „jest wciąż jakby pasierbem w medycynie” i stwierdza „rzucmy raz jeszcze okiem na całe nasze dotychczasowe poszukiwania co do śladów naukowych psychiatrii w Polsce, a przekonamy się, że ani w starożytności, ani w wiekach średnich, a nawet i w czasach nowszych psychiatrii jako oddzielnej nauki nie znano u nas wcale”. Reasumując swoje dociekania, R o t h e w rozwoju psychiatrii w Polsce widzi trzy okresy: 1) okres pierwszy od czasów najdawniejszych aż do końca XVI stulecia, 2) okres drugi zaczyna się z początkiem XVII wieku, z wystąpieniem zakonu św. Jana Bożego, w którego szpitalach obłąkani znajdują przytułek jako chorzy: okres ten trwa do r. 1830, wreszcie 3) okres trzeci, kiedy opieka nad chorymi oraz obłąkanymi przechodzi w ręce państwa. W tym trzecim okresie oprócz prób zracjonalizowania opieki nad psychicznie chorymi zaczyna się również piśmiennictwo psychiatryczne naukowe, jednak (cytuję R o t h e g o) „z prac początkowych młodych lekarzy, rozprawy doktorskie były pra-

wie jedynym ich trudem na polu psychiatrii, już później nazwisk tych autorów w literaturze psychiatrycznej albo nie napotykamcy wcale, albo tylko w nader małej liczbie... Najlichniesze i najcenniejsze prace wyszły z pod pióra tych nielicznych psychiatrów praktycznych, którzy mieli sposobność pracowania przy którymkolwiek z zakładów lub oddziałów dla obłąkanych". W pracy swojej poddaje Rothe analizie wszystkie prace psychiatryczne, opublikowane po polsku lub też przez Polaków w innych językach, i z tego zestawienia widać, że pomimo, że medycyna wewnętrzna i chirurgia w Polsce stały już na wysokim poziomie, poziom naukowy psychiatrii był wówczas bardzo niski (pomimo usiłowań pojedynczych jednostek — Mierzejewski, Płaskowski, Janikowski i paru innych).

Obok medycyny wewnętrznej żywo rozwijała się i nauka o chorobach nerwowych, a pod wpływem Charcota wyodrębniła się w całej Europie od medycyny wewnętrznej jako oddzielna dyscyplina lekarska: ten dział wiedzy lekarskiej i w Polsce miał znakomitych przedstawicieli, którzy ściśle i krytycznie wzbogacali kazuistykę neurologiczną i uzupełniali swoimi spostrzeżeniami opisywane jednostki chorobowe. Psychiatria zaś, jako pasierb w rodzinie nauk lekarskich, stoi w Polsce na szarym końcu.

W takim okresie rozwoju nauki psychiatrycznej w Polsce w r. 1899 powraca do kraju Edward Flatau, już wówczas uznany za jednego z najlepszych neurologów młodszego pokolenia, i bodaj, że jednym z pierwszych Jego wystąpień publicznych w Polsce był udział w dyskusji na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie nad porażeniem postępującym. Do dyskusji tej wniósł E. Flatau wszystkie walory, o których mówili poprzedni mówcy, ścisłość, krytycyzm, najlepszą znajomość anatomii i anatomii patologicznej mózgu, i w ten sposób podnosi tu dyskusję na wyższy, niż dotychczasowy, poziom naukowy.

To było u nas pierwsze publiczne wystąpienie Flatau w dziedzinie psychiatrii organicznej.

Objąwszy wkrótce ordynaturę w szpitalu na Czystem i zorganizowawszy już przedtem pracownię neurologiczną początkowo we własnym mieszkaniu, a później w Warszawskim Tow. Naukowym, Flatau wciąga do systematycznej pracy klinicznej i laboratoryjnej lekarzy, którzy pracują u Niego przez szereg lat, jak również chętnie przyjmuje na naukę tych lekarzy, którzy bądź z Warszawy, bądź z prowincji tylko przez krótki czas poświęcić się mogą nauce neurologicznej; w ten sposób placówka naukowa, prowadzona przez Flatau, spełnia rolę kliniki neurologicznej, do chwili powstania kliniki przy Uniwersytecie Warszawskim w Odrodzonej Polsce, jedynej kliniki neurologicznej.

W badaniach, jak to już dwóch poprzednich kolegów powiedział, przestrzegał Flatau ściśle dokładnego, systematycznego kontrolowania wszystkich objawów, zwracał uwagę na drobne objawy, nie pomijając całości badanego przypadku, przeprowadzał różniczkowanie, analizował: Flatau sam tak czynił i przestrzegał, żeby tak czynili Jego uczniowie. Nie było dla Flatau przypadków banalnych, pospolitych; każdy chory musiał być jaknajdokładniej i jaknajbardziej systematycznie zbadany i opisany. W razie jeżeli przypadek kończył się śmiercią, kontrola anatomiczna uzupełniała badanie kliniczne, zakończone

wreszcie badaniem laboratoryjnym. Takie były metody badania, prowadzone pod kierunkiem Mistrza na materiale neurologicznym, i takich metod nauczyli się także ci Jego uczniowie, którzy zajęli się pokrewną neurologii psychiatrią. Sam Flatau pracami ściśle psychiatrycznymi piśmiennictwa nie zasilł, jednak szereg prac, bezpośrednio lub pośrednio pod Jego czujnym okiem w dziedzinie psychiatrii organicznej dokonanych, nosiły znamię szkoły Flatau.

Psychika Flatau a nie była nastawiona na te zagadnienia psychiatryczne, które w tym czasie wysuwały się na czoło psychiatrii, i ustosunkował się krytycznie do szkoły psychoanalitycznej, nie ujawniał jednak w publikacjach naukowych swojego do tej szkoły stosunku.

Z prac, należących częściowo do psychiatrii, należy przede wszystkim przypomnieć monografię Flatau o Migrenie (1912). W monografii znajduje się obszerny rozdział, poświęcony symptomatologii migreny psychicznej. W rozdziale tym Flatau na zasadzie piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń wyraża przypuszczenie, że „migrenie psychicznej należy się równe prawo obywatelstwa, jak i padacze psychicznej, z tym jednak zastrzeżeniem, że ta ostatnia powstaje znacznie częściej, niż pierwsza. Napady zmian psychicznych polegają na tym, że zjawiają się one z początku napadu migreny, stopniowo się zacierają w miarę wyczerpywania się napadu migreny — i dotyczą przede wszystkim życia uczuciowego, bywają również zaburzenia przytomności". Do prac Flatau a, mających znaczenie dla psychiatrii, należy monografia o zespołach pozapiramidowych (1924), praca kliniczno-anatomiczna o „Encephaloleucopathia scleroticans progressiva" (1925), cierpieniu, rzadko spotykanym, które nosi nazwę choroby Schildera, a przede wszystkim praca o rozsianym zapaleniu mózgu, cierpieniu, które w piśmiennictwie francuskim (Konos) określa się jako choroba Flatau a.

Z innych prac, dokonanych w pracowni lub w oddziale Flatau a, wymienić należy pracę anatomiczną o aleksji (Kopczyńskiego), pracę monograficzną o zaburzeniach psychicznych w nowotworach mózgu (Sterlinga), o zmianach anatomicznych w układzie nerwowym w doświadczalnych zatruciach tyreoidyną (Simchowicza).

Liczne prace anatomiczne i kliniczne, dotyczące stwardnienia rozsianego (Flatau a z Koelichenem, Bornsztajna) stanowią podstawę do badań anatomiczno-klinicznych zaburzeń psychicznych organicznych.

Taki jest dorobek naukowy ważny dla psychiatrii, który ukazał się pod kierunkiem Flatau a, jednak ważniejszy jest wpływ Flatau a na uczniów, którzy później, samodzielnie prowadząc oddziały psychiatryczne lub też pisząc prace naukowe, przeniknięci duchem szkoły Flatau a, zastosowują Jego metody badania we własnych dalszych badaniach.

Widzimy więc, że, choć Flatau-neurolog nie był budowniczym rozbudowującego się od końca ubiegłego stulecia gmachu psychiatrii polskiej, tym nie mniej jednak zasługa Jego dla psychiatrii jest wyraźna. Musimy również pamiętać o tym, że do pracowni Flatau a przesyłane były celem badania anatomicznego mózgi zmarłych umyślowo chorych z różnych szpitali psychiatrycznych, stwarzając w ten sposób zaczątek

muzeum anatomiczno-psychiatrycznego: mózgi te poddawane były w miarę możliwości badaniu laboratoryjnemu.

Dalszą zasługą dla psychiatrii polskiej była praca Flatau w „Jahresbericht für Psychiatrie und Neurologie“. Od chwili powstania tego wydawnictwa, tj. od 1897 r. aż do 1916 r. staraniem Flatau, wydawcy i współredaktora tego wydawnictwa, wszystkie prace psychiatryczne polskie były w nim streszczane, i w ten sposób zasługą Flatau było, że wysiłki naukowe polskich psychiatrów były znane w świecie kulturalnym poza Polską, już od początku tego czwartego okresu psychiatrii polskiej, który poziomem naukowym tak bardzo różnił się od 3-go okresu, opisanego przez Rothego.

Nie mogę wreszcie pominąć zasługi Flatau

w pracy społeczno-naukowej. Flatau był twórcą sekcji neurologiczno-psychiatrycznej przy Warszawskim Tow. Lekarskim i kilkakrotnie był wybierany na przewodniczącego tej sekcji, która przed powstaniem Polskiego Tow. Psychiatrycznego była jedynym miejscem, gdzie psychiatrzy warszawscy mogli przedstawiać ciekawsze przypadki, i gdzie poddawane były dyskusji obok zagadnień neurologicznych zagadnienia psychiatryczne.

Był on również jednym z głównych organizatorów i duszą I-go Zjazdu neurologów i psychiatrów polskich w Warszawie w 1903 r., na którym poraz pierwszy w Polsce spotkali się psychiatrzy z całej Polski dla naukowego omówienia teoretycznych i praktycznych zagadnień psychiatrycznych.

Résumé des articles originaux.

M. BORNSTAJN. Edouard Flatau comme homme et médecin.

L'auteur caractérise Ed. Flatau comme un homme de grandes valeurs morales: son dévouement au travail scientifique, son savoir faire d'attirer les plus jeunes collègues et de les apprêter au travaux scientifiques. Ensuite l'auteur parle de la grande modestie de Flatau, de son honnêteté dans les relations avec l'ambiance, de sa capacité de captiver de nombreux malades qui par conséquence avaient pour lui un vrai culte. Flatau était un excellent organisateur ou inspirateur des initiatives sur le terrain médico-social, dont les traces permanentes restent jusqu'aujourd'hui dans la médecine polonaise en général et surtout dans la neurologie. Les dernières aspirations de Flatau tendaient vers la création d'un laboratoire histopathologique et expérimental pour étudier le système nerveux central, et ces aspirations se sont réalisées par la fondation de l'Institut Neurobiologique de son nom par ses élèves et amis.

T. SIMCHOWICZ. Edouard Flatau anatomiste et anatomo-pathologiste.

L'auteur fait l'énumération des travaux anatomiques d'Edouard Flatau. Les premiers travaux ont été effectués à Berlin dans le laboratoire de Mendel et dans l'Institut anatomique de Waldeyer. Ici en une période de 5 ans (1894—1899) apparaissent des travaux qui apportent au jeune Flatau la gloire en Europe et ici-même il a émis la loi sur le parcours de voies longues au sein de la moelle épinière connue généralement comme loi de Flatau. Après son retour en Pologne voici la seconde période du travail scientifique de Flatau (1899—1912). Dans cette période sont créés aussi des importants travaux anatomiques (sur les voies pyramidales) et anatomo-pathologiques (sur les néoplasmes) de la moelle et en collaboration avec Koelichen — sur la sclérose en plaques. Après la fondation en 1912 du laboratoire neurobiologique auprès de la Société des Sciences à Varsovie commence la période des travaux expérimentaux, en outre Flatau publie à cette époque seul et en collaboration avec Sawicki et M-me Zand toute une série de travaux anatomo-cliniques. Les dernières années de sa vie Flatau consacre aux travaux anatomo-cliniques sur l'encephalite épidémique qui d'après l'auteur doit porter le nom de maladie Redlich-Flatau. Pour finir l'auteur donne brièvement l'histoire de la création du Laboratoire neurobiologique qui après la mort de Flatau était transféré et transformé en Institut Neurobiologique de Varsovie fondation Edouard Flatau. A. P.

M-me N. ZAND. Edouard Flatau, comme expérimentateur et pédagogue.

Le travail constitue un aperçu général de tous les tra-

voux expérimentaux d'Edouard Flatau. Les plus anciens (1897) concernaient l'anatomie de la moelle épinière. En se basant sur ses expériences, Flatau a émis la loi sur „la situation excentrique des voies longues dans la moelle“. Les études de la cellule nerveuse ont permis à Flatau de conclure que le tableau histologique ne traduit pas l'état fonctionnel de la cellule. Les travaux relatifs à la clinique sont: „Les méningites expérimentales“, „Le lavage de l'espace sous-arachnoïdien“, „Les tumeurs expérimentales du système nerveux“, „La chromoneuroscopie“ et „La tuberculose du système nerveux“; travail inachevé par suite de la mort prématurée de l'auteur. Comme pédagogue Flatau a su sacrifier largement son temps pour aider ses jeunes disciples et collaborateurs. Les mérites scientifiques et pédagogiques de Flatau ont été de grande importance.

J. KOELICHEN. Edouard Flatau clinicien.

Ce n'est qu'après de longues études théoriques que Flatau a commencé son travail clinique, qui s'est développé largement depuis 1904 après l'obtention du service d'hôpital. Dès lors apparaissent de plus en plus nombreux travaux soit de Flatau lui-même, soit de ses élèves. Après avoir rassemblé un matériel clinique très riche Flatau a commencé à publier des monographies de diverses formes morbides du système nerveux, comme: myélite, sclérose disséminée, néoplasme de la moelle épinière et du cerveau, migraine, méningite cérébro-spinale, troubles moteurs extrapyramidaux. Pendant les dernières années de sa vie Flatau a élaboré en maître la question des encéphalo-myélites.

E. HERMAN. Edouard Flatau — séméiologiste et créateur de nouvelles unités nosologiques.

L'auteur insiste sur les nouveaux signes décrits par Flatau: signe nuco-mydratique, signe d'érection, signe de la fossette sous-patellaire (avec Sterling), signe cornéo-mentonnier. Il rappelle ensuite les mérites de Flatau dans l'étude de nouvelles unités nosologiques à savoir: encéphalo-myélite épidémique disséminée, encéphaloleucopathie sclérotisante progressive (maladie de Schilder), diverses formes de méningite tuberculeuse (avec M-me Zand), méningite séreuse tuberculosigène, tuberculose de la base du crâne, spasme de torsion progressive chez les enfants (avec Sterling), hémorragies sous-arachnoïdiennes, syndrome de la côte du cou, néoplasme à forme aiguë. A. P.

J. MACKIEWICZ. Les recherches d'Edouard Flatau sur les néoplasmes du système nerveux.

L'auteur souligne la grande quantité de tumeurs qui ont été observées dans le service de Flatau (2000 cas environ). Flatau était un des premiers qui a introduit et vulgarisé la neuro-chirurgie en Pologne. Les recherches expérimentales de Flatau sur

les néoplasmes chez la souris sont classiques aussi bien de point de vue de la technique d'inoculation dans le système nerveux que de point de vue des résultats acquis de traitement des tumeurs par le radium. A. P.

J. HANDELSMAN. Le rôle d'Edouard Flatau dans la psychiatrie polonaise.

L'auteur rappelle les mérites d'Edouard Flatau à l'égard de la psychiatrie polonaise, qui été méconnus jusqu'ici parce que Flatau était un neurologue par excellence. Ses mérites con-

sistent en ce que 1) toute une série de travaux scientifiques cliniques et anatomiques d'une grande importance pour la psychiatrie ont été écrits sous sa direction, 2) il a organisé un service de compte-rendus des travaux psychiatriques polonais dans le Jahresbericht für Neurologie u. Psychiatrie (1897—1916), 3) il a été l'initiateur du musée anatomo-psychiatrique, 4) il a formé de futurs psychiatres préparés pour un travail scientifique clinique et anatomique dans le domaine de la psychiatrie organique, 5) il a participé dans l'organisation des Sociétés et des Congrès psychiatriques. A. P.

TREŚĆ: M. BORNSZTAJN. Edward Flatau, jako człowiek i lekarz. — T. SIMCHOWICZ. Edward Flatau jako anatom i anatomo-patolog. — N. ZANDOWA. Edward Flatau jako eksperymentator i pedagog. — J. KOELICHEN Edward Flatau, jako klinicysta. — E. HERMAN. Edward Flatau jako semiolog i twórca nowych jednostek nozologicznych. — J. MACKICZWIECZ. Badania Edwarda Flatau nad nowotworami układu nerwowego. — J. HANDELSMAN. Znaczenie Edwarda Flatau dla psychiatrii polskiej.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BORNSZTAJN. Edouard Flatau comme homme et médecin. — T. SIMCHOWICZ. Edouard Flatau anatomiste et anatomo-pathologiste. — M-me N. ZAND. Edouard Flatau, comme expérimentateur et pédagogue. — J. KOELICHEN. Edouard Flatau clinicien. — E. HERMAN. Edouard Flatau — séméiologiste et créateur de nouvelles unités nosologiques. — J. MACKIEWICZ Les recherches d'Edouard Flatau sur les néoplasmes du système nerveux. — J. HANDELSMAN. Le rôle d'Edouard Flatau dans la psychiatrie polonaise.

PRACE ORYGINALNE.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Kliniki Psychiatrycznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

(Dyrektor: Prof. Dr. J. Mazurkiewicz).

Twórczość literacka w przypadku porażenia postępującego i afazji*).

Podał

Dr. med. Mieczysław KACZYŃSKI (Warszawa).

We wrześniu 1932 roku przybył do Kliniki 46-letni literat J. F. G. (N. ks. oddz. 2543). Otoczenie podało, że pacjent pił zawsze dużo alkoholu, że od kilku lat cierpi na dusznicę bolesną, a ponadto od dwóch lat przejawia zaburzenia pamięci i mowy. Również od dwóch lat nie pracuje. Przed kilku dniami uskarżał się na ból i bezwład prawostronny oraz zaburzenia mowy; lekarz stwierdził dławicę piersiową oraz porażenie postępujące.

Badany przedstawia typ cielesny mieszany, budowy prawidłowej, dość wątłej. Na skórze głowy, szyi, ramienia prawego blizny. Płuca i jama brzuszna bez zmian. Tony serca głuchawe, pierwszy nad koniuszkiem niezupełnie czysty, drugi nad aortą zaakcentowany. Tętno miarowe 76 na minutę, dobrze napięte. Żrenica prawa szersza od lewej, obie niekształtne, nie reagują na światło. Siła k. g. p. nieco osłabiona, odruchy okostnowościęgnowe żywsze po tej stronie. Odruchy kolanowe silnie wzmożone; brak spastycznych i objawów pozapiramidowych. Czucie powierzchowne i głębokie zachowane, Romberg ujemny, chód prawidłowy.

Personalna podaje dobrze, zorientowany w czasie, miejscu, otoczeniu. Uważa, że jest chory na anginę, nerwy ma rozstrzęsione ogromnie i dusznicę, rok był bez pracy. Ojciec chorego był obywatelem ziemskim; był spokojny, opanowany, alkoholu nie nadużywał, zmarł na serce, gdy chory miał lat 19. Matka żyje, alkoholu nie używa; badany nie pamięta, czy były choroby psychiczne w rodzinie; zdaje się, że brat stryjeczny był chory umysłowo. Pacjent jest najstarszy, ma troje rodzeństwa; urodził się i kończył gimnazjum w mieście prowincjonalnym, był uczniem celującym. Następnie studiował przez dwa lata w Getyndze, a potem w kraju polonistykę, psychologię i logikę, francuski, grekę i łacinę. Po ukończeniu uniwersytetu wykładał w kilku szkołach do roku 1922. Następnie został powołany jako dramaturg do teatru i pracował dwa lata, potem był redaktorem pism codziennych i literackich. W wojsku nie służył, walczył jedynie z Ukraińcami o Lwów. Chorób wenerycznych i innych nigdy nie przechodził, od kilku lat ma tylko dolegliwości sercowe. Od czasów gimnazjalnych pije dużo, czasem po dwie butelki dziennie, delirium nigdy nie miał. Blizny na ciele są pochodzenia pojedynkowego, zwykle sam wyzywał innych, choć twierdzi, że na ogół z ludźmi żył dobrze. W roku 1918 podczas walk o Lwów nabawił się malarii, chorował przez miesiąc. Pierwszy raz ożenił się z panną, której nazwiska nie może sobie przypomnieć. Pamięta, że miał syna, który zmarł, mając rok — i niańkę. Wkrótce przestał żyć z żoną, zmienił wyznanie i po kilku latach znów się ożenił. Nie pamięta nazwiska drugiej żony, z którą również, sam nie wie, dlaczego — rozszedł się. Od roku czuje się chory, pamięć traci od miesiąca i źle wymawia wyrazy. Od tygodnia miewa bóle i zawroty głowy. Przypuszcza, że się szybko wyleczy.

W mowie często dyzartria; pismo lekko drżące, bez omyłek. RW. we krwi ujemna, w płynie mózgowo — rdzeniowym

*) Przedstawione wraz z chorym na posiedzeniu Oddz Warsz. Polskiego Tow. Psychiatrycznego w r. 1937.

dotadnia, pleocytoza, koloidy silnie wzmożone. Lange zbliżony do *lues cerebri*. Mocz bez zmian.

W oddziale chory zachowuje się spokojnie, miernie euforyczny, zawsze pogodny i uśmiechnięty; gdy się zdarzy zajęcie z jakimś chorym — dyzartria występuje bardzo wyraźnie. Otrzymał wkrótce leczenie rtęcią, wstrzykiwania mleka, bizmutu. Podkreśla swe obecne doskonałe samopoczucie, czuje się wprost znakomicie, nic nie dolega, mówi b. dobrze. W rzeczywistości wyraźna dyzartria, mowa zamazana, nieco afazii amnestycznej, zaburzenia pamięci i krytycyzmu.

W maju 1933 roku wystąpił nagle ciężki udar mózgowy z utratą przytomności i prawostronnym porażeniem ciała. Chory gorączkował do 38°C, co kilka minut zjawiały się drgawki toniczno-kloniczne całego ciała, które na drugi dzień obejmowały tylko kk. prawe. Objawów spastycznych nie stwierdzono. Na trzeci dzień ciepłota ciała spadała. Chory przy badaniu lekko się uśmiecha, pytań i poleceń nie rozumie, również nie mówi; wieczorem wystąpiły objawy zapalenia odoskrzelowego płuc, ciepłota wzrosła do 39°C. i utrzymywała się na tym poziomie kilka dni, potem spadała, lecz znów się wzniosła i trwała około tygodnia. Stopniowo chory zaczął się poprawiać. Wróciły ruchy kończyn prawych, chory zaczął rozumieć mowę i wypowiadać pojedyncze słowa. W miesiąc po udarze zaczął wstawać, narzekając na drętwienie p. k. g.

Badanie w styczniu 1934 roku:

1) Mówi samorzutnie niewiele z powodu trudności znalezienia słów i ich wypowiedziania, dopomaga sobie gestykulacją i uśmiechem, przy czym mowa jest zamazana i dyzartryczna. Mówi o sobie na prośbę lekarza: „bardzo dobrze... czytam sobie... piszę dobrze... cieszę zdrowiem... bardzo. Hm... hm... nic więcej o sobie... zdrowszy coraz... zęby przeszkadzają mówić... co jeszcze... dobrze na kliniki... bardzo dobrze... czytam sobie... bez błędów... cieszę zdrowiem... bardzo cieszę... doktorzy kochani...” (Mowa bardzo powolna, ledwo zrozumiała, garłowo-skandowana). Słowa wypowiedzane z wysiłkiem.

2) Nazywanie przedmiotów: kałamarz—„szklanka”; atrament... „nie wiem, jak się nazywa... zapomniałem”; zapalki — „paczka zapalków”, skarpetka — „farsetka, fartetka”... sk... sh... myślę dobrze... a... s... starpetka”. Sufit — (pomaga sobie gestykulacją lewej ręki)... „wiem... psiakrew... psiakrew...”; podłoga +; szuflada — „szafeczka... hm... zapomniałem”. Suszka — (bierze do lewej ręki)... „a pisałem powiem... to jest, ach Boże mój...”; kanapa — „anapa, nap... akapa”.

3) Powtarzanie słów: szuflada, kanapa, skarpetka, kałamarz, artyleria +; kaftanik — „aftanik”. Modlitwę zapomniął; „Roty”, „Jeszcze Polska”... nie pamięta.

4) Rozumienie mowy dobre i bezpośrednie. Na szereg pytań, zadawanych bardzo szybko z różnych dziedzin — odpowiada w sposób, dowodzący, że bez wątplenia je rozumie; polecenia, nawet złożone, wykonywa dobrze i chętnie. Nazwisko +, imię +, data urodzenia +, rok wymienia z trudnością, pomaga sobie gestykulacją p. k. g., zakreślając palcem liczbę w powietrzu. Od dawna w szpitalu? — „od... 10... szesnaście... 16... od... pokazuje na palcach 19 ...od dziewiętnasty września 1932... „Nazwa szpitala? — „klinika... Psychiatryczna, oddział piąty”. Oblicza na palcach długość pobytu w Klinice. „Blisko”... pokazuje dwa palce — „blisko... 2 lata”. Na pytanie, kiedy lepiej mówi: rano, w południe, czy wieczorem — odpowiada: „Rano i wieczorem”. Ponowne pytanie: „rano lepiej, ale... zęby przeszkadzają... psują mowę... paskudne zęby... zęby przeszkadzają mówić, chwieją się...”. A czy język przeszkadza w mowie? „nie... tylko zęby”. Kiedy lepiej mówi? „rano... od... 9 do 12... rano lepiej”.

5) Czyta bajkę o osle, skandując i ściskając przy tym rytmicznie obie dłonie. Niektóre wyrazy przekręca, innych w ogóle nie może wymówić: „tymczasem” — zamiast tym razem; grzbiet — „rzbiet”; dźwigał — „dziewigał”; głęboka — „boka”; brzeg — „eg”; część — „szczęść”. Opowiada, demonstrując gestami, jak to było: „osioł... pełne worki soli... widział rzekę... worek soli... woda... widział lekko, sól rozpułnęła się w wodzie, a drugi raz pełno... gąbek, myślał, że sól, a w rzeki worek zamoczył, gąbek często... ciężko było, woda... gąbek”.

6) Pismo dowolne, wykazuje wybitne zaburzenia: drżenie, opuszczanie liter i sylab, używanie niewłaściwych wyrazów, niemożność poprawienia błędów. Pod dyktando pisze zupełnie źle: „czterzysta brada”; „kaflinik”, „kaflik”; flanelowy — nie potrafi w ogóle napisać. Alfabet i cyfry pisze samorzutnie, dobrze. Dyktando liczb +. Przepisywanie pisanego i druku b. powolne, często błędne, opuszcza litery, przekręca. Polecenie pisemne — zupełnie dobrze.

7) Praktyka konstrukcyjna bez zarzutu, nieco powolna.

8) Szereg prób wykonanych: splecenie przedramion, kłaskanie, tasowanie i t. d. wykazuje praworęczność. Jedynie splecenie palców daje lewy kciuk na wierzchu.

Zwróciliśmy uwagę na to, czy istnieje jakaś zależność stopnia zaburzeń mowy od stanów wzruszeniowych chorego. Okazało się, że lekkie zdenerwowanie o charakterze gniewliwym pogarsza mówienie chorego, nastrój smutku zaś ułatwia je, ale bez znaczącej różnicy. Nastrój wesołości również wyraźniejszego wpływu nie wywiera. Chory podaje, że najlepiej mówi, gdy jest smutny.

Somatycznie chory czuje się dobrze, bólu serca od dawna nie było, doskonale chodzi. Podkreśla swe dobre samopoczucie, nawiązał kontakt ze znajomymi na mieście. Energicznie leczony; w r. 35 krew i płyn wykazywały ujemną reakcję Wassermana, również cytochemicznie płyn jest normalny.

Pomijając obserwację stanu chorego w ciągu szeregu dalszych miesięcy, poprzestaniemy na streszczeniu jego stanu we wrześniu 1935 r., to jest po upływie prawie dwóch lat od badania, opisanego w punktach powyżej, gdyż wiąże się to z właściwym tematem naszego referatu.

Stan cielesny ogólny, jak poprzednio. Serce o konfiguracji normalnej w granicach zwykłych. Akcja miarowa, ton pierwszy nad koniuszkiem pokryty subtelnym szmerem; nad aortą ton drugi nieznacznie zaakcentowany. Tętno 76 na minutę, miarowe, dobrze wypełnione. Ciśnienie krwi 190/90. Żrenice obie wąskie, lekko zniekształcone, prawa szersza od lewej, reakcja na światło znikoma, na nastawność i zbieżność dobra. Dno oczu bez zmian. Nerwy czaszkowe inerwują symetrycznie. Uzębienie sztuczne. K. K. G. normalne pod każdym względem. Mijanie 0. Odruchy ok. ścięgnowe p. > 1. Odruchy brzuszne żywe, równe. K. K. D. norma pod każdym względem, o. kolanowe i Achillesa prawie żywsze od lewych. O. spastycznych nie ma. Czucie powierzchowne i głębokie zachowane. Ataksja, chód bez zmian.

Rozmowa z chorym jest trudna. Nawet najszybszą mowę badającego rozumie, ale sam mówi tylko najprostsze zdania, nieudolnie, dyzartrycznie. Zasób słów, używanych przez chorego, zwiększył się, ale jest wciąż ubogi, mówienie jest zawsze ciężkim wysiłkiem dla chorego. Często nie może znaleźć odpowiedniego wyrazu, ale nie używa wyrazów nieodpowiednich. Powtarzanie oddzielnych słów i zdań jest na ogół niezłe, ale chory źle wymawia słowa trudniejsze, gardłowo, drżąc, opuszcza sylaby, przekręca, niektórych wcale nie wymawia; słowa, często używane, powtarza znacznie lepiej od rzadkich; śpiewając, wymawia słowa bardziej prawidłowo, niż w mowie potocznej. Rozumienie mowy i pisma jest doskonałe, polecenia ustne i pisemne wykonywa sprawnie. Czytanie głośne jest zaburzone, podobnie jak mowa; jedynie czytanie wzrokiem, bez wypowiadania czytanego, jest szybkie. Pismo wykazuje nadal nie tylko paralityczne zmiany:

drżenie, nierówność liter, przekręcanie, opuszczanie, ale i agraficzne: zdania są proste, często agramatyczne, często występuje styl telegraficzny: „G... bardzo” — opuszcza „prosi”. Potrafi napisać tylko coś bardzo formalnego, krótkiego i to z wielkim trudem. Pismo pod dyktando zaburzone: łatwiejsze słowa pisze dobrze, zwłaszcza powtarzane w mowie, — trudniejszych, których nie wymawia — w ogóle nie potrafi napisać. Niekiedy nawet dobrze wymawiane słowa pisze źle i odwrotnie: źle wymawiane pisze dobrze. Przepisywanie jest powolne; na ogół jednak poprawiło się, choć jeszcze występuje opuszczanie liter, przekręcanie wyrazów. Dość często chory podaje, że ma w myślach odpowiedź na jakieś pytanie, że w myślach operuje łatwymi słowami, że słyszy wewnętrznie dźwięk słów, ale wypowiedzieć i napisać nie potrafi.

Uważa się za zdrowego, istoty pobytu w Klinice nie przeniknął, nie zainteresował się także ani razu kwestią opłat za szpital. Nie czuje się chorym; „uczy się mówić”, i zdaje mu się, że codzień mówi lepiej — choć po dwóch prawie latach po udarze — nawet wypowiedzenie tych paru słów jest trudne. Owszem, był chory kiedyś, ale nie obecnie. Uważa się za wybitnego literata i lekceważąco traktuje współczesnych poetów, a utworom ich odmawia wręcz wszelkiej wartości. Z pewną wyższością patrzy na innych chorych i nie okazuje im zainteresowania. Wielkość odcień psychiki chorego występuje przez podkreślanie swego profesorskiego tytułu przy zetknięciu się z poznawanymi ludźmi i na przepustkach, czy przepisywanych dawnych utworach. Mimo swego stanu chory w przyszłość patrzy jasno, radośnie, nigdy nie wybiega myślą przed siebie, raczej jest zajęty przeżywaniem chwili bieżącej.

Zaburzenia pamięci pozostają na ogół na tym samym poziomie, jak przed dwoma laty; nie pamięta dat z przeszłości, ich przypominanie wymaga wielkiego, często bezskutecznego wysiłku. Przy podawaniu np. dat zdarzeń życiowych myli się, łatwo ulega błędnym podpowiadeniom i uważa, że powiedział dobrze, choć za chwilę gotów jest znów zmienić kolejność wydarzeń. Zaburzenia pamięci są wyraźnie znaczniejsze w zakresie dat i liczb, aniżeli przeżyć: łatwo potrafi wyliczyć, że pewne zdarzenia następowały w pewnej kolejności, ale miesza daty i lata. Znał doskonale język francuski, którego uczył się od 7 roku życia, a także nabyte później języki niemiecki i włoski. Tłumaczone przezeń z tych języków poematy drukowano w pismach. Po udarze pozostał zaledwie ślad zrozumienia mowy i druku w języku niemieckim, inne natomiast zapomniał. Nawet nie potrafi czytać właściwie w tych językach, o pisaniu zaś nie ma mowy. Stara się zapewnić, że jakiś obcy wyraz rozumie, a w istocie opiera się na brzmieniu fonetycznym: „chat noir” — tłumaczy „szary wieczór” grise — „gryżić; frère — „obcy... nie... nie obcy... nie! zapomniałem”. Za chwile już nie pamięta, jak przed chwilą tłumaczył dany wyraz lub jak mu podpowiedział lekarz. „Atak śmiertelny zabił moją pamięć (udar)” — tłumaczy i usprawiedliwia się. — Rysy twarzy rodziców, znajomych ma doskonale zachowane, „one pozostały nietknięte”; na ulicy poznaje sylwetki i twarze znajomych, wita ich z nadmiernym wzruszeniem, łzami, całowaniem, nie spostrzegając pewnego zdumienia, czy zdziwienia napotkanych osób. Pamięć sytuacji, w których się znajdował, miejsc, na których przebywał lub je widział — została tylko w śladach, zupełnie nie potrafi opisać ich ani słowem, ani piórem. Analiza wspomnień chorego jest trudna i nieścisła. Definicje doskonale rozumie; wydaje się, że rozumie, tylko nie potrafi wypowiedzieć wszystkich przysłów, powiedzeń symbolicznych. Funkcja kategoriowa zdaje się również nie wykazywać zaburzeń. Zmysł geometryczny jest dostateczny, układ, rozmieszczenie, rozdzielanie figur geometrycznych nie wykazuje zaburzeń. Chory nie wykazuje żadnych agnozji, ani apraksji.

W stosunku do otoczenia chory pozostał nie zrównoważony, jak za czasów zdrowia, bezwzględny wobec innych chorych, trudny do współżycia, kłótlivy, despotyczny, niezadowolony z istniejącego porządku. Zachował swą odrębność i obojętność, stara się

zawsze uciec od wszystkich na samotny spacer, myślenie; jeżeli niekiedy garnie się do gromady, to pozostaje raczej widzem, niż współprzeżywającym. Mimo wymienionych cech charakterologicznych chory pozostał na ogół jednak równocześnie subtelny, wrażliwy, ambitny. Nie mając pieniędzy na nieobowiązujące zapłacenie szatni w klinice dentystycznej — bardzo poczerwieniał i nie mógł zapomnieć przez dwa dni; opowiadał o tym lekarzowi, niemal płacząc. Wyczuwa stany nastroju rozmówcy. Wobec osób, postawionych wyżej, uprzejmy, nieraz nawet odgaduje życzenia rozmówcy. Jednak konwenans towarzyski, formy współżycia, umiejętność dostosowania się w towarzystwie — przedstawiają niewątpliwie poziom zmniejszony w porównaniu z dawnym, przedchorobowym; chory podaje, że „zapomniał sposobu zachowania się przy stole“. Również przejawia się pewna beztroskość i lekkomyślność chorego, brak skupienia myśli perspektywicznych, umiejętności pokierowania sobą. Inicjatywa jego jest bardzo ograniczona, prawie nie ma zainteresowań, ani wyższych, ani niższych; zachowuje pewien automatyzm życia, stara się jedynie o punktualność i zewnętrzną formę. Hamulce etyczne chorego są słabe (skłonny do fałszowania rzeczywistości, do uporu, wykrętów), reakcje wzruszeniowe gwałtowne, krótkotrwałe, zmienne: płacz i śmiech występują po sobie, nie wynikają z istoty sytuacji, ale z momentów drugorzędnych, z poszczególnych słów i intonacji. Chory wykazuje brak głębi przeżyć, bezradność, pewien dziecięcy sposób ujmowania sytuacji.

*
* *
*

Konstytucja psychiczna chorego jest złożona. Jako uczeń gimnazjum lubi gromadę, życie towarzyskie, alkohol. Często jednak wybiera się na samotne wędrówki, w okolicy rodzinnych stron, chwile wolne poświęca na przyglądaniu się przyrodzie. Wybitnie wrażliwy na piękno, z punktu widzenia piękna ocenia wartość przeżyć osobistych i wszystko, co go na drodze życia spotyka, ujmuje jako nie to, czegoby pragnęła jego wyobraźnia. W największym szczęściu nawet czuje w sobie „głęboki smutek i wszechwładną tęsknotę“. Nie ma skłonności do rezygnacji; przeciwnie — postanawia — „z pasją zdobywać krok w krok pismo w jego treści i formie technicznej“, bo czuje, że posłuży mu ono za narzędzie do wyrażania swych „wyobrażeń, pragnień i tęsknot“, że za pomocą pisma będzie mógł wyrazić stany swej duszy i ukazywać innym piękno. Gdy spotykają go pierwsze zawody erotyczne, smutek się pogłębia, powoduje zjawienie się w nim podwójnego oblicza: pogodnego i beztroskiego dla ludzi, a pełnego cierpienia w samotności. W obrazach jesieni znajduje podobieństwo do stanu swej osobowości psychicznej.

Kiedyś po gwałtownym wzruszeniu wpada w stan podniecenia, napięcia różnych uczuć, pragnie się wypowiedzieć, zaczyna pisać: Powstała nowela, drukowana w tygodniku literackim, którą pisał jakby pod dyktando, w stanie półsnu. Gdy skończył, jakby się obudził, nie pamiętał, co napisał, i nie poprawiał. Wie, że płakał przy każdym zdaniu, w którym znajdował wyraz swej zbolącej duszy. Oto urywek tej noweli, pisanej przez 16 letniego wówczas chorego:

„Tęsknota skryła się w cieniach zadumanej duszy — łka... Do drzwi moich kołącą wichry orlich wzlotów, szaleństwa życia, wściekłość pędu, szału, radości. — W duszy mojej tak pusto — tak dziwnie pusto...“

Lata następne, burzliwe życie w Getyndze, częste pojedynki, awantury z rodziną, świadczą o rysach psychopatycznych chorego, nie sprzyjają pracy twórczej. Dopiero po powrocie do kraju zaczyna od 1909 roku

pisać wiersze. Nie było nigdy jakiegoś bezpośredniego wpływu przeżyć na zdolność tworzenia. Chory oczekiwał nadejścia stanu podniecenia, niekiedy szukając samotności, jakby przygotowywał grunt pod „natchnienie“. Gdy ono przychodziło, wpadał w „odrętwienie“, w którym pisał, od początku do końca nie czytając, nie zastanawiając się i nie opracowując treści. Przez szereg lat pracował zawodowo i w chwilach wolnych pisał, przy czym najodpowiedniejszą chwilą był zmrok, a najcenniejsze jego utwory powstały jesienią. Chory podaje, że niektóre jego wiersze kipią wprost życiem, a jednak, pisząc je, był zawsze w swej głębi smutny, i tęsknota nie opuszczała go nigdy. Pisał erotyki, bo z tej najbliższej mu dziedziny życia zaczęły wypływać pierwsze refleksje, zawody i pragnienia. Ta dziedzina nie została i nie zostanie dlań nigdy ukojona, taki jest bezmiar jego pragnienia przeżywać, zresztą przeważnie natury uczuciowej, najsubtelniejszej. Gdy pisał — zawsze, bez wyjątku był głęboko wzruszony. Nie tylko wzruszała go sama chwila twórcza, ale wyłaniająca się treść, piękne słowa i nasuwający się sposób wyrażania stanu uczuć. Ostatni wiersz chorego, z kolei 54, powstał w dniach głębokiego smutku; chory podaje, że przeżywał zbliżającą się chorobę. Nie pamięta, który wiersz był przedostatni, ani kiedy napisał ostatni; zdaje się, na kilka miesięcy przed przybyciem do Kliniki. Podaje, że akty pisania nie były od niego zależne, nie miał na nie wpływu. Sam nastrój, wesoły, czy smutny, przygotowanie się, nie wystarczały, by zjawilo się natchnienie. Uważa, że musiało się coś długo przetwarzać w nim i „kłębić i zmieniać“ — nim doszło do takiego napięcia, na które by spłynęło natchnienie. ujawniające całą jego duszę.

Po przybyciu do Kliniki tworzyć już nie mógł. Kilkakrotnie, proszony o wiersz, podawał, że ma go w głowie, ale nie może przenieść jeszcze na papier. Ta niemożność napisania trwała szereg miesięcy aż do udaru, po którym wystąpiły wyraźne objawy, uniemożliwiające pracę twórczą w ogóle. Gdy po udarze chory zaczął się poprawiać, nigdy nie wspominał o napisaniu wiersza; niemożność napisania prostego zdania była tak wyraźna, że chory nie usiłował w ogóle pisać. W kilka miesięcy po ataku, pytany, czy pamięta jakiś swój wiersz, — zaprzeczył i nie mógł sobie przypomnieć.

Na prośbę napisania czegoś napisał powoli, namyślając się bardzo: „Jam jest Człowiek samotny“ Dlaczego? „Tak... mam otoczenie kochane... a jestem samotny człowiek... samotny w duszy... nie wiem dlaczego... samotność... jestem samotny w myślach... nie wiem dlaczego... (łyzy w oczach) jestem człowiek bez nazwiska... zapomnieli o mnie...“ — Smutnego zdarzenia z życia nie mógł sobie przypomnieć; „miałem pyszne życie“. Na prośbę, by powiedział wiersz, podaje, że może napisać, ale wypowiedzieć nie potrafi. „Mam myśl wiersza w głowie do końca... nie mogę powiedzieć — mówił nieudolnie. Tytuł ostatniego wiersza?... „Testament... mój testament... ostatni wiersz... jak szedłem do Kliniki“. W celu zilustrowania stanu twórczego chorego na kilka miesięcy przed przybyciem do Kliniki podajemy urywek ostatniego wiersza chorego p. t. „Mój testament“.

„Gdy mi na wieczną śmierć już zamkniesz oczy,
Gdy ci obeschną na policzkach łzy — —
Wówczas niech radość cię jasną otoczy
I niech wypali wraz przeżyte sny
Bo już na wieczną śmierć me zamkniesz oczy...“

Lecz gdy jesienny ból twą duszę zorze,
Sercem zaś wstrząśnie dawnych wspomnień liść
Wrócę przez wieczną śmierć o jakiejś porze
Aby już odtąd zawsze z tobą iść...
Nawet przez wieczną śmierć o każdej porze..."

Na prośbę o wypowiedzenie tego wiersza:

„Mówię źle... myślę dobrze... Na wieczną śmierć... zamknij me usta... nie pamiętam... gdy na wieczną... zamkniesz oczy... nie pamiętam... mam w myśli ten wiersz... piszę bez błędu... nie pamiętam... na wieczną śmierć zamknę oczy... usta... 3—5 zwrotek... takich zwrotek... nie pamiętam, wiersz napiszę, nie pamiętam o tem". (Przypominanie to trwało 4 i pół minuty.) Na prośbę o opowiedzenie treści wiersza: „Radość niech otoczy... moje... piersi... a przyjdzie czas odnajdziesz mnie... wrócę... pamiętam... wrócę pomimo śmierci... wrócę... (gestykuluje p. k. g.) wrócę pomimo śmierci... (I'22"). Jaka jest myśl istotna tego wiersza?... „Mój testament zawiera treść... daję miłość tej co kochałem... daję uśmiech... oddaj drugiemu... ale gdy przypomnisz sobie o mnie... wrócę do ciebie... aby żyć". (56"). Przy tym wzrusza się i łzy ma w oczach, na twarzy występują zmiany naczynioruchowe. Przy odczytywaniu wiersza przez lekarza i zaleceniu, aby omyłki zaraz poprawił, szybko spostrzega opuszczenie słów, powodujących zaburzenie rytmu, ale nie spostrzega zmiany słów na inne, jeśli nie zaburzają rytmu, i twierdzi, że było przeczytane dobrze; raz tylko zauważył, że zamiast przeczytanych przez lekarza wyrazów „smutną śmierć“ powinno być „wieczną śmierć“. Próba napisania tego wiersza nie udaje się, chory, pisząc, przerywa i mówi: „myśli nie mam“.

*
* *
*

W czwartym roku pobytu chorego w Klinice, a w początku trzeciego po udarze mózgowym, gdy stan psychiczny i cielesny przedstawiał się tak, jak powyżej zostało opisane, chory, czując się bardzo osamotniony, gdyż najlepszy przyjaciel zawiódł jego zaufanie, — zaczął rozmyślać, wychodzić na miasto, na jesienne spacerować i obserwacje. Wracał najczęściej dobrze usposobiony, mówił, że obrazy jesieni, które go otaczały, przypominają pewną jesień jego życia. Często bywał wzruszony do łez, gdy mówił o tym, że starał się motywy jesienne szczególnie podkreślać w swych utworach. Szereg dni spędzał następnie w swym pokoju klinicznym samotnie, patrzył w okno, rozmyślał, dużo palił. Zwierzył się lekarzowi, że chciałby coś stworzyć, ale czuje niemożność skupienia się, pisania, a szczególnie brak natchnienia. Zwykłe próby pisma przy badaniu lekarskim świadczyły o niemożności prawidłowego, nawet ubożego wyrażania się.

Pewnego popołudnia październikowego zażądał od siostry oddziałowej papieru. Siostra podawała, że był jakiś podniecony radośnie, zapowiadał, że będzie pisał. Nazajutrz przedstawił lekarzowi kilka stron rozpoczętej noweli. Pismo bezbłędne, równe, wyrażenia subtelne, finezyjne zmuszały do wątpienia o oryginalności utworu, tak bardzo odbiegały od poziomu zwykłego jego pisma. Chory podał, że przez kilka dni ostatnich, choć o tym nie mówił, daleko silniej, niż zawsze, czuł tęsknotę do wypowiedzenia się epickiego. Czuł, że proza stanowi dlań obecnie najodpowiedniejszy sposób twórczy. Starał się godzinami uspokajać swe myśli powszednie, usuwać je, oddzielać się od wszystkiego i wszystkich. Na miejsce zmartwień zjawiała się przede

wszystkim tęsknotą, a obok niej „kłębowisko gwałtownych wzruszeń“, — bezmiernej radości, to smutku. Wiazały się te uczucia z mglisto przesuwającymi się wspomnieniami przeżyć i z pragnieniem utrwalenia ich w formie innej, poetyckiej. Zapomniał, co się dzieje dokoła niego, popadł w pół sen, w którym życie kliniczne odczuwał blado, zupełnie nie zwracając na nie uwagi. Wiedział, że istnieje sam ze swoim światem wyobrażeń i myśli. Chwytał pióro, patrzył w leżące przed nim czyste kartki i widział zdanie po zdaniu, wprost jakby czytał, przepisywał, to znów widział je w swoich myślach w przestrzeni. Gdy nadchodziły słowa o głębokim znaczeniu, pisał je bez wahania, bez zastanowienia, nawet nie wysłuchując o dziwieniu się, skąd przychodzą, a odczuwając tylko ich sens, który go wzruszał prawie stale do łez. Pisał i płakał. Nie przemyślał akcji; nie wyznaczał ról postaciom utworu. Nie wiedział, co stworzy za chwilę, co zostanie mu przedstawione przed oczyma, co zostanie mu poprostu nakazane. Gdy akcja prowadziła do opisu otoczenia, przyrody, — przed oczyma chorego zjawiał się w dali widok barwny, wyrazisty, i chory, patrząc nań, — opisywał. Były to fragmenty nieznane, układem nie przypominały widzianych, czy podobnych. Były takie, jakie przyniosło natchnienie, a dla chorego zawsze niezwykle piękne. Podaje, że, gdyby trzeba było widzieć szczegóły, napewno by je widział: do opisu stawały przed oczyma tło i najważniejsze obiekty. Reszta była zamglona. Rozmowy, które wynikały z akcji, chory słyszał w umyśle, rzadziej nasuwały mu się, jako napisane, przed oczyma. Przeżywał je, emocjonował się nimi, gniewał, żartował, uśmiechał, tak, jak to czyniły postacie utworu.

Po godzinie, czy dwóch przychodziła chwila pustki, chory drgnął i budził się. Uleciało natchnienie, myśli, obrazy, nie mógł już zupełnie pisać. Ucichło napięcie wzruszeń, przyszło uspokojenie, zjawiał się kontakt z realizmem otoczenia. Czuł się wyładowanym i szczęśliwym. Patrzył na napisane karty, ale ich nie czytał, nie poprawiał; patrzył, jak na coś drogiego, co napawało go zadowoleniem i dumą. Wiedział, że wszystko, co jest napisane, jest napewno dobre; w stanie bez natchnienia omyłek i tak by nie zauważył. Gdy przychodził dzień następny, nie wiedział, co będzie pisał, ani nie pamiętał tego, co zostało napisane wczoraj. Gdy akcja zbliżała się do końca, a lekarz zapytywał, jaki będzie los bohaterów, twierdził, że nie wie, co mu jutro każe napisać natchnienie. W godzinach przerw, a nawet dniach przerw, gdyż chory zapadł na grypę i, mając gorączkę, przez cztery dni nie mógł pisać, — cieszył się ze swego dzieła i pragnął je jaknajszybciej ukończyć. Akcja wiodła do pożegnalnego utworu jednej z postaci powieści. Chory pragnął jeden z jego dawno napisanych wierszy włożyć w pożegnalne słowa bohatera. Ale zupełnie zapomniał ten wiersz, nie potrafił powtórzyć nawet zwrotki, podać w przybliżeniu treści. Gdy przyszedł czas napisania, pamięć wróciła doskonale. Pisał kilkozwrotkowy „Powiew Jesieni“ bez najmniejszego wahania i omyłki, pisał tak, jakby nanowo przeżywał wszystko, co było kiedyś, w chwili tworzenia tego wiersza przed laty, jakby go na nowo pisząc. Gdy akcja powieści zawiodła do gry fortepianowej w salonie, znalazł się myślowo — pisząc — na jednym z koncertów we Lwowie przed wielu laty. Wróciła pamięć słyszanej melodii, którą kochał, pamięć nazwy utworu i autora. Opisywał swoje wrażenia, jakby słuchając koncertu w chwili pisania, jakby przeżywając po raz pierwszy gwałtowne wzruszenia muzyczne. Słyszał „Październik“

Rachmaninowa, który w ogóle zapomniał, jak i inne utwory muzyczne.

Kilkakrotnie obserwowałem chorego w czasie jego pracy twórczej. Gdy zbliżało się natchnienie, wykazywał wzmożoną ruchliwość. Chodził po pokoiku, dużo palił. Nagle siadał odwrócony od drzwi i pochylony pisał. Niekiedy patrzył długo w okno, niekiedy ocierał łzy i płakał. Nie zwracał uwagi na głośne krzyki na korytarzu, ani na uderzanie w drzwi. Gdy lekarz wszedł do pokoiku, przerwał pisanie. Zakłopotany i zafrasowany wizytą, jednocześnie przejawiał i radość i niezadowolony, mówił z trudnością, nieudolnie, że obecnie pisze, odczuwa „coś skłębionego w sobie“, ma natchnienie, — jakby zapraszając do odejścia. Gdy lekarz zostawał dłużej, chory niecierpliwił się, ale zachowywał uprzejmość. Występowały rumieńce, zaczerwienienie uszu, niepokój ruchowy. Rozmawiał i chodził stale po separatce. Mowa nie poprawiała się: wypowiadał źle, zasobem słów ubogim, stylem streszczonym. Pisać do wolnie zupełnie nie zgadzał się. Mówiąc o utworze, zaraz wzruszył się do łez. Nie dlatego, „żeby był tak piękny“, ale dlatego, że go pisze, że tworzy, że „będzie napewno piękny“. Gdy lekarz wychodził, chory siadał i pisał czas pewien, najczęściej w ciągu 1—2 godzin jednego dnia, tworząc 2—3—4 strony maszynowego arkusza. Mając utwór skończony, uważał go za świętość. Składał karty, patrzył w nie i całował. Wyjątki tego utworu:

Fragment pierwszy.

„Mijały dnie i noce, minęły nawet tygodnie pobytu Ryszarda w Lipach. Początkowo pochłaniał wszystko z pełnym artystycznym zainteresowaniem: — i barwy i zapachy, światła i cienie, — jednym słowem żył muzyką i obrazem przyrody. Jego subtelna wyobraźnia umiała pochwycić i podpatrzeć, a przede wszystkim dyskretnie przechować w pamięci najśmielszą wibrację nastrojów i ich najdelikatniejszych odcieni... Najczęściej włóczył się międzami mając przed sobą i wokół siebie rozchwybotane fale zbożowego morza. Oszalałamiło go do nieprzytomności tak, że zdawało mu się, że przestaje być człowiekiem, a rośnie jak kłos pszenicy, lub żyta. Drugą namietnością, która go zabierała na całe godziny — było wielkie, czarne jezioro w dębowym wycinku lasu. Oddalone jakieś dwa kilometry od białego dworka — było codzienną jego wizytą. Zastanawiało go to położenie dużego jeziora w wykuszu dębów, — a nie innych drzew. Pytany przez Zdycha parokrotnie dlaczego tak lubi ten ciemny zakątek odwiedzać, odpowiadał zawsze i jakby tajemniczo, że jezioro ciągnie go nie ciszą, która jest zawsze przypadkiem, — ale swoim milczeniem, a to mówi o duszy. Śmieli się wówczas obaj, ale Ryszard chciał tym uśmiechem jakby pokryć upodobanie jeziora.

Z czasem po zaglądnięciu w każdy zakątek, pośdawał się jakiemuś bytowaniu, które z dnia na dzień przesunęło go jak paciorki różańca. Ten niezwykle dla niego stan poddania się i współzycia z przyrodą od czasu do czasu budził w nim protest — ale tylko myślowy. Rzeczywistość okazała się silniejszą od niego. To też godziny całe zwłaszcza popołudniowe spędzał na tarasie. Były one jak mówił Zdych jego muzyką i lekturą po pracy codziennej. Istotnie któregoś popołudnia siedząc w głębokim wygodnym fotelu na tarasie przypomniał sobie powiedzenie Zdycha i zainteresował się goręcej tą stroną dworu, który stanowił tu szczyt wzgórza spływającego wolno od tej właśnie strony stwarza-

jącej naprawdę ową bajkę inną zawsze w każdej porze roku.

Spadający lekko w dół od tarasu barwisty dywan kwiatowy z sadzawką i wodotryskiem na środku był dla Ryszarda odkryciem. Mówił o nim Zdychowi, że jest — jak najpiękniejszy sonet — zamknięty w nieskazitelną swą formę. Wodotrysk wystrzelał, jakby z rogów smutnego bożka „Pana“, który cały z brązu — siedział i grał smętnie na syrindze. Jego postawa i ten monotoniczny — melancholijny ton kapiących kropeł wodotrysku były odtąd dla Ryszarda jakby lamentem wspomnień. Wszystkie one były w płaczu jego serca. Umiał jednak w milczeniu przeżywać to swoje lato życia. Skurcz tylko czasem chwycił jego wargi i dobywał z nich najcichszy i najgłębszy jęk. Doskonale zdawał sobie sprawę — że minęło wszystko i że nie było nigdy tem, o co modlił się w swojej tęsknocie lata całe.

Tam gdzieś na dnie serca czuł, że tlił się jeszcze jakiś ogarek, — ale go gasił i tłumił z całą rozpaczą gracza w ostatniej stawce. Żelaznym milczeniem zamknął tę trumnę serca, jak się zdaje — na zawsze“.

Fragment drugi.

„...W tym samym momencie ogromne, majestatyczne w swej czerwieni zachodzące słońce. Nie obrócił się nawet, nie spojrzął na nie. Szedł tylko łodzią swoją królewskim we krwi skąpanym, purpurowym szlakiem, rzuconym mu przez słońce do brzegu.

Wysiadłszy z łódki, wszedł w las. Jeszcze było w nim widno. Wciągnął w płuca ten szczególnie zapach lasu w chwili zachodu, kiedy przypomina żywo zupełnie kadzielnicę, z której podczas sumy unosi się kłęb dymu ofiarnego, o narkotycznej, upajającej woni. „To jego modlitwa przed snem“ — pomyślał Ryszard, szukając najkrótszej drogi, aby mógł wyjść na łąkę, a stąd do parku. Nie chciał wejść frontem, chciał się poprostu znaleźć odrazu w domu. Wszedłszy w aleje począł pięć się w górę. Szarość drzew miała w sobie coś spielającego.

Czuł niewyraźnie swój los. Serce załopotano płochliwie. — Przeczucie nie zawiodło. Stał jak wryty na jednym z kątów dwu alej. Krew spłynęła mu do serca, był błąd jak marmur. U wierchołka tych zbiegłych z sobą alej — stanęła naprzeciw — również nagle i równocześnie Jaga. Uderzenie spotkania było jednakowe. Sekunda bez ruchu — była wiecznością. Stali naprzeciw siebie bez thu. Tylko oczy jakby się poznały. Patrzyły na siebie miękko, otchłanną i delikatną smugą.

Ryszard odruchowo zdjął ręką czapkę i powoli najsztelniejszym ruchem głowy pozdrawiał ją i witał bez słowa.

Tym samym rytmem odpowiedziała mu Jaga.

Poderwała się szybciej: —

— Oto jestem...

— ...Pani o najpiękniejszych oczach na świecie, — kończył cichym, najcichszym szeptem Ryszard.

A potem wziął ją miękko za rękę, pocałował i poprowadził bez słowa na tarasę.

Mężczyźni obaj wesoło mówili o czymś.

Tylko „Pan“ grał na syrindze jakiś melancholijny, księżycowy nokturn“.

Fragment trzeci.

„Przejdźmy się wprawdzie może po parku“ — radził Zdych.

Na to Jaga szybko odpowiedziała: — Nie... nie dziś!... Jutro... Dziś park niech zostanie samotny i w milczeniu. —

— Zatem zostajemy na tarasie Jagusiu, łagodnie zgodził się Zdzych.

Tak się złożyło, że po dwa fotele umieszczono po obu stronach szerokich drzwi, Jaga więc usiadła obok Ryszarda, a ojciec jej obok Zdzicha.

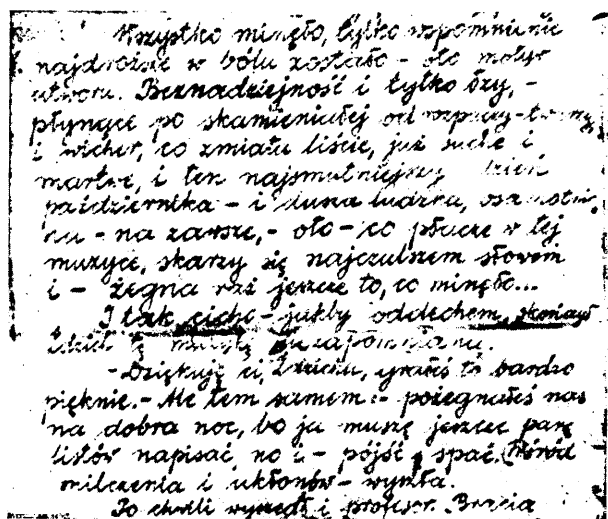
— Przypadek — a miły mówiła do siebie Jaga, siadając w fotelu.

Noc była rozkwiecona gwiazdami na niebie i mozaiką barwistą na ziemi — z okiem świecącym sadzawki. Rozkoszna cisza uciszała i ludzi. Siedzieli milcząc zasłuchani w ćwierk świerszczy, grających namiętną serenadę przy wtórze szklanego dźwięku kropel wody z bezsenego wodotrysku.

Zapach lip i kwiatów był o wiele delikatniejszy — niż w dzień. Czarodziej księżyc, zausznik kochanków, rzucił miękką, srebrną poświatę, — a sny i marzenia ludzkie uprowadzał na drogę mleczną, gdzie na rydwanie tęsknoty — gwiazdy, jak płatki śniegu czepiały się kół.

Drży w takiej ciepłej nocy lipcowej — dusza ludzka jak biały gołąb. Wszystko co ją w dzień na pokuszenie wiedzie, wszystko — w taką noc staje się czemś niepokolonym.

— Co za noc rozkoszna — wyszeptwała Jaga. — Ile w niej czaru i świętości. Siedziała zamknawszy oczy, nieruchomo z ekstatycznym wyrazem twarzy i ust. Kształtne dłonie o subtelnie długich i cienkich palcach położyła na swych kolanach, jak dwa płatki jaśminu“.



Fot. 3. Oryginał utworu.

Fragment czwarty.

„...Czuli obaj, że coś się dokonało, a co musiało przyjść.

Obaj krótko spojrzeli sobie w oczy, aby stwierdzić jeszcze raz braterską miłość i męską odwagę. Obaj pozdrowili się spojrzeniem, jak dżentelmeni po pojedynku.

— Zdzychu, — miękkim głosem prosiła Jaga. Zdzychu zagraj mi dziś „Październik“ — Rachmaninowa.

— Dobrze Jaguś — ale dlaczego to, odpowiedział Zdzych i podszedł do fortepianu ściemniając trochę pokój.

Wszystko minęło, tylko wspomnienie najdroższe w bólu zostało — oto motyw utworu. Beznadziejność i tylko łzy płynące po skamieniałej od rozpacz

rzy i wicher, co zmiata liście już suche i martwe i ten najsmutniejszy dzień października — i dusza ludzka osamotniona na zawsze oto co płacze w tej muzyce, skarży się najczulszym słowem i żegna jeszcze raz to, co minęło...

I tak cicho jakby oddechem skończył Zdzych tę muzykę niezapomnianą“.

Fragment ostatni.

„Pójdiesz już duszo moja, wiem że czas się zbliża,—

Kobiercem zwiedłych i pożółkłych liści...

Dożynek ci się jasny zwid nie ziści...

Dzień twój przygasa i po kres się zbliża.

Wleczesz za sobą gdyby sznur żorawi,

Wspomnień szarawe delikatne nici;

Przeżyte lato zapalonych wici

Cieniem legło za tobą i wciąż krwawi“.

* * *

Utwór, którego fragmenty zostały podane, liczy 63 strony pisma maszynowego rozmiaru. Po skończeniu chory cieszył się bardzo i pragnął, żeby wszyscy go przeczytali. W miesiąc po napisaniu powtarzał, że pamięć wraca mu przez natchnienie. Zapomniał nazwiska Rachmaninowa — potyka się, mówiąc to nazwisko — a natchnienie je wróciło. „W natchnieniu wyrzucam wszystko; zastanawiam się długo, skąd się to wszystko wzięło. Natchnienie bardzo jasne... bardzo piękne. Zacinam się. Mówię niewyraźnie. Pisanie w natchnieniu idzie gładko, piszę wtedy płynnie, bez zastanowienia. Różnica między pisanem zwykłego listu a powieści — jest wielka. List napisać bardzo trudno“. Mówi to, oczywiście, niezrozumiale, afatycznie, długo i dyzatrycznie. Jak z czytaniem? „Czytam wspaniale cicho, a mówię źle“. Czyta: „starcom“ — zamiast stracono, „wyoszę“ — zamiast wynoszą, stasaków — zamiast strażaków. Czyta, wysilając się bardzo, aby wyraźnie wymawiać poszczególne wyrazy. Niektóre słowa wymawia z takim trudem, że występuje rodzaj skandowania, a równocześnie także mimowolna gestykulacja kkg. wyrażająca niepokój ruchowy i bezradność — czyli typowa reakcja katastrofalna według terminologii Goldsteina. Gestykulację wykonywa także często i w sposób rytmiczny z wymawianiem wyrazów. Niekie- dy dłuższy czas poszukuje jakiegoś wyrazu. Sposób wyrażania własnych myśli w rozmowie z lekarzem jest daleki od tej precyzji i finezji, jaką wykazuje w utworze powieściowym, pisanym wyłącznie w chwilach natchnienia.

Na prośbę lekarza, by coś napisał, pisze:

„Czuję się bardzo zdrowy fizycznie, a trochę słaby psychicznie“. Pismo wykazuje wybitne drżenie, nierówność liter, omyłki; przy pisaniu długo namyśla się. Dyktando: wicher co targa zeszlým liściem i łzy płynące po skamieniałej od bólu twarzy. Napisał:

Data	PRZEBIEG CHOROBY	Leczenie
	Wicher & deszcz tamta suchych liści i deszcz płynące po skamieniałej od bólu twarzy	

Fot. 1.

Pismo drżące, także kaligraficznie daleko gorsze od pisma w natchnieniu. Proszony o napisanie „znieru-

chomielei" — (wzięte z noweli) — zastanawia się głęboko. Próbuje je powtórzyć: znie... nie... zł... Po czterokrotnym powtórzeniu przez lekarza pacjent nie może powtórzyć i twierdzi, że nie potrafi. Mówi, że nigdy nie pisał tego wyrazu. Próbuje znów, mówi „z” — „n” — „i” — „r” — „u” — „nie”. Ponownie podkreśla, że pierwszy raz ma do czynienia z tym wyrazem (wyraz wzięty z noweli napisanej w Klinice). Wreszcie napisał „znieruchamiać” — zamiast znieruchomielei. „Przed wszystkim” napisał dobrze, okłamywać — „okłamać”; wstrząsnęło... jest w umyśle każda literka, a nie mogę związać w pisaniu”; napisał: „wstrzec”, pomimo parokrotnego powtórzenia tego wyrazu przez lekarza. Wierchołek powtarza dwa razy prawidłowo, napisał: „wierchołek”. Wzruszenie — zastanawia się, gestykując l. k. g., *per se* *weru* je „wierchołek”. Po przypomnieniu: pisałem wzruszenie kilka razy. Coś przeszkadza pisać mnie. Napisał tylko literę „w.” Nie mam żadnych dolegliwości: pisze dobrze: „nie mam żadnych” mówi „dole”, „żadnych wątpliwości” ale tego nie pisze, lecz stawia kropkę. Proszony, by napisał coś samorzutnie mówi, że nie może, „nie ma treści w umyśle”; po naleganiach pisze samorzutnie „wspomnienie”, potem „przeznaczenie” i „przeciucie”. Po badaniach powiedział, że czuje coś gorzkiego w sobie i niedomówionego. Braki pisma, niezdolność pisania, błędy — wpływają na chorego przygnębiająco. Pociesza się, że przyjdzie natchnienie i wszystko zło usunie.

*
*
*

Po upływie szeregu miesięcy chory zapowiedział lekarzowi, że napisze wiersz. Tymczasem, gdy miał coś zredagować, np. list do rodziny, starał się odosobnić, oddzielić, stworzyć podobne warunki do tych, w których pisał w natchnieniu. Pisanie jednak przedstawiało mu dużą trudność, listy były bardzo krótkie, oficjalne. Oto zdanie pisane do brata:

„Pan doktor życze Ci przede wszystkim zdrowia i podrowienia Widziałem oczy Tadza pełnych łez”. Pismo nierówne, drżące.

Zwierał się, że wobec zbliżających się imienin kierownika Kliniki chciałby napisać wiersz. Znow chodź na spacer, wybierał dni pochmurne i chłodne, rozmyślał. Podawał, że pewnie napisze coś pięknego, wzruszał się na samą myśl. Natchnienie istotnie przyszło, wiersz został napisany w 12 minut bezbłędnie, bez poprawek. Składa się z pięciu zwrotek; oto wyjątki:

„Gdy umrę cicho, cichutko w cudnej jesieni, w której jest woń subtelna purpurowych liści i szara beznadziejność delikatnych cieni”...

Gdy umrę w jesieni to najmiłsza godzina dla mej duszy: jej dobroć i wieczna tęsknota

Wejdz na próg nieba z szeptem: — „to moja wina” — wtedy otworzy Bóg niepokalane wrota...”

Całość obejmuje cztery strofy czterowierszowe i jedną ośmiowierszową, przy tym dwie czterowierszowe mają układ składników akcentowanych i nieakcentowanych taki, że tworzą rytm pięciostopowy, a dwie trzystopowy; ośmiowiersz ma również rytm pięciostopowy. Po napisaniu wiersza w okolicznościach podanych i warunkach podobnych do tych, w czasie których pisał „Fragmenty powieści”, podał lekarzowi, że do napisania wiersza „Kłębowisko uczuć” musiało być jeszcze większe, niż do napisania noweli. Powoli rozmyślał nad tematem, zarysowywała się mglista, treść, stały przed oczyma pojedyncze proste słowa, które sta-

nowiły jakby fundament gmachu, który mogło dopiero stworzyć natchnienie. Bez niego nie mógł między proste słowa włożyć innych, złożonych, finezyjnych, bo po prostu ich nie miał w swym umyśle. Rozmyślając o wierszu i pragnąc bardzo coś napisać, czuł, że ogarnia go podniecenie, „coś wre i burzy się we mnie”, że odczuwa przemijające, lecz znow wracające stany uczuć radości i szczęścia, to znow smutku i zwątpienia. I znow tęsknota pokrywała wszystko, jak zawsze w chwilach twórczych i niosła uspokojenie na tyle, że mógł usiąść i pisać. Ale w głębi nie wygaś „wulkan napięcia”, na który składały się wymienione uczucia i z niego szły bodźce do tworzenia to wyrazu radości, to łez, ale jednak tęsknotą owianych.

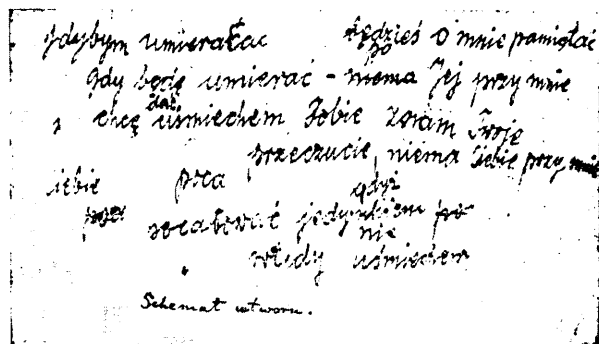
To „kłębowisko uczuć” ma według chorego jedyne źródło w przeżyciach, w ich wracaniu przed umysł, odżywaniu i bezgranicznym pragnieniu chorego, aby je artystycznie utrwalić na zawsze w kolorycie, wybrany przez jego tęsknotę i wyobraźnię. Twierdzi, że ogólny stopień napięcia uczuć przy tworzeniu wiersza był wyższy, aniżeli dawniej przed zachorowaniem, — przed 3—4 laty nie był zdolny do takiego poziomu wewnętrznego podniecenia. Szczególnie nigdy nie było w nim tyle radości i wesela, ile zdarza się w okresie natchnienia ostatnio. Uważa, że po (udarze mózgowym) „ataku śmiertelnym” jest innym wyższym człowiekiem, bezwątpienia ma silniejszy zasób uczucia, niepomahowane porwy. Tylko życie obecne widzi dokoła tak smutne, że zasób jego uczucia niweczy; wspomnienia zaś, przeżycia — trudno mu wracają przed oczy, nie może się nimi nacieszyć, ożywić sytuacji minionych i jeszcze raz przeżyć. Dopiero natchnienie zbliża go do nich. Powstaje w nim wtedy wszystko, co przeżył, i co można jeszcze przeżyć, i wszystko to ma koloryt barw, — radosny, a tęskny. Przygotowane dawniej pojedyncze słowa przemyślanego utworu „wiążą się harmonijnie” z nowymi, pięknymi, i mglisty schemat staje się pełny, wyrazisty, skończony.

Ostatni wiersz „Gdy umrę” pisał, prawie bezustannie płacząc. Widział przed „oczami duszy” jesień, aleje parkowe i zeschłe opadłe liście. Płakał ze smutku, lecz płakał i z radości upojenia „jazdą błękitną”. Gdy skończył, całował kartki tekstu, ale po kilku godzinach popadł w stan smutku. Opowiadał cicho: „myślałem o wyższym pięknie”... „płakałem i byłem wzruszony, a napisałem coś małego... Jedynie piękne to „Bóg otworzy niepokalane wrota...” niepokalane... tak... niepokalane wrota... tak to piękne... mówił, potykając się i z trudem artykułując. To, co napisał, niezupełnie odpowiada jego marzeniom. „Coś brak... natchnienie było, a nie tak pięknie napisałem”. Dlaczego? „Nie wiem”, mówi smutny i zatroskany.

Na prośbę lekarza, by napisał coś w kilka dni potem, podaje, że nie może. Pytany, jak pisze listy do znajomych, twierdzi, że każdy wyraz, który chce napisać, długo musi w umyśle opracować, rozmieścić litery i, gdy utrwali skład, wtedy dopiero pisze. Więc takie pisanie zabiera bardzo dużo czasu i wymaga dużego wysiłku. Trudniejsze słowa i piękne szczególnie wymagają pracy umysłu, bo trzeba je sobie przypominać, a jeszcze potem opracowywać, układać stylistycznie, uczyć się w głos lub szeptem wymawiać i dopiero wtedy przedstawiać przed oczy i pisać. Polecono mu napisać: zdarza się — napisał „zda” poić się — wogóle nie może nawet zacząć pisać (wyraz z wiersza napisanego niedawno w Klinice); zawistnie — „zawsznie”, znieruchomielei — nawet nie usiłuje zacząć pisać: „nie mogę”,

po czym długo źle powtarza ten wyraz i wreszcie odkłada pióro.

Chory przedstawił kartkę, na której budował schemat swego utworu. Wymagał on dużej pracy, rozmyślań, przypominania słów. Oto odbitka:



Fot. 2.

Innego dnia, wezwany na rozmowę, okazywał niechęć do pisania w ogóle. „Źle napiszę”. Lekarz długo usiłował namówić chorego do pisania i starał się o to, by chory powiedział sobie, że dobrze i pewnie pisze, by zupełnie nie zastanawiał się nad dyktowanym słowem, ale jak najprędzej starał się napisać. Gdy chory zaczął pisać, lekarz przynaglał; chory napisał na dyktado:

„Sam otworzy Bóg niepokalane wrota („ane” poprawiane, a- nieproporcjonalnie duże (Natchnienie — napisał: „najs... natchnienie”. Jadę- „ja”

Pół wierszy (tów poprawiał, wierszy- „wieszy”)

Następne zdanie również z wiersza chorego napisał dobrze.

Choć przy naleganiu próba pisma wypadła względnie nieźle, zwłaszcza przy dyktowaniu zdań, w porównaniu do pisma dowolnego—chory nie okazywał zadowolenia, mówił, że dopiero musi uczyć się pisać, a znaczenia wpływu samou pewnienia się, że dobrze pisze, i nakłaniania — nie zrozumiał i nie przyjął za dobre. Wszystko, co chory podawał, było mówione wolno, mową gardłową, potykającą się, z źle wymawianymi wyrazami, głoskami, sylabami, opuszczaniem ich i powtarzaniem. Mowa taka męczyła chorego i niepokoiła.

* *

Przebieg choroby naszego pacjenta możemy streścić w sposób następujący:

Data infekcji nie została ustalona. Pierwsze objawy patologiczne ze strony układu nerwowego wystąpiły na dwa lata przed przybyciem chorego do kliniki. Były to zaburzenia mowy, pamięci, wzmoczone samopoczucie. We wrześniu 1932 r. chory przedstawiał następujący obraz: żrenica prawa szersza od lewej, brak reakcji na światło, obie żrenice niekształtne. Siła k. g. p. nieco osłabiona. Silnie wzmoczone odruchy kolanowe. Płyn wykazuje dodatnią reakcję Wassermanna, odczyn globulinowy, zwiększone białko, pleocytozę, Lange zbliżony do kiły mózgu. Euforia miernego stopnia, zaburzenia pamięci i krytycyzmu, mowa dyzartryczna. Pismo lekko drżące, ale doskonale wyrażające wszystkie myśli chorego.

Udar 13 sierpnia 1933 r. spowodował: porażenie połowicze, które cofnęło się stopniowo, pozostawiając do dziś wzmoczenie odruchów po stronie porażonej, bez objawów spastycznych; początkowo całkowitą niemożność mówienia, przy zachowanym rozumieniu słyszanej mowy ojczystej, potem wybitne ograniczenie zasobu

słów wypowiedzianych, styl telegraficzny, agramatyzm, przy tym dawniejsze zaburzenia mowy natury dyzartrycznej nasiliły się, niekiedy do stopnia anartrii; zaburzenia pisma: wybitne ograniczenie zasobu pisanych wyrazów, agramatyzm, styl telegraficzny, a nadto drżenie, nierówność liter, przekręcanie i opuszczanie sylab. Podkreśliły się rysy psychopatyczne osobowości, narosło wzmoczone samopoczucie. Wzmogła się chwiejność wzruszeniowa, szybkie dostosowywanie się chorego do nastroju i gry mimicznej rozmówcy. Często zaznacza się naiwność, dziecięcość zachowania. Nastąpiła znaczna utrata pamięci i zasobów wiedzy. Utrudnione jest zapamiętywanie obecne. Zupełnie stracił zdolność rozumienia i władania językami obcymi, poza śladem rozumienia niemieckiego, który najlepiej posiadał. Pojmowanie jest upośledzone tam, gdzie wymaga pracy myślowej. Nastąpiła niemożność żywego i bogatego wyobrażania sobie wspomnień i brak fantazji. Obniżył się krytycyzm, orientacja w sytuacji; brak trojski i myśli perspektywicznej o własną przyszłość. Zmniejszyły się zainteresowania chorego, impulsy, zaznacza się pewien automatyzm jego życia. Osłabły hamulce etyczne; obniżyła się głębia przeżyć, poziom ambicji i subtelności.

Obraz kliniczny chorego świadczy o procesie kiłowym ośrodkowego układu nerwowego, rozwijającym się od lat, który mógł ułatwiać alkoholizm przewlekły pacjenta. Proces kiłowy miał początkowo charakter rozlany i klinicznie dawał typowy obraz porażenia postępującego. Udar, który nastąpił w sierpniu roku 1933 spowodował prawostronne porażenie z afazją, do których dołączyła się sprawa zapalna płuc, tak, że chory przeżył osiem wzniesień ciepłoty, dochodzącej do 39 C. Przebieg tego zapalenia odoskrzelowego płuc, jak również leczenie specyficzne, stosowane przed udarem i po udarze, wywarły niewątpliwie wpływ hamujący na dalszy rozwój choroby, który doprowadził z jednej strony do ujemnej RW. we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym, zaś z drugiej strony do częściowej remisji w stanie psychicznym. Ale i obecnie wykazanie objawów porażenia postępującego nie przedstawia żadnych trudności; zarówno euforia, jak i stan dementyny chorego są zupełnie wyraźne. Proces kiłowy ma obecnie charakter dość stacjonarny, możnaby nawet mówić o pewnej poprawie, ale wyraźne polepszenie można stwierdzić raczej w zakresie zaburzeń afatycznych, aniżeli psychiki porażenia. Względna stacjonarność procesu porażeniowego jest ściśle zależna od stałego leczenia, bowiem po kilkumiesięcznej przerwie zjawiają się ślady dodatniej RW. w płynie mózgu. rdzeniowym.

Afazja chorego w świetle różnych poglądów autorów daje się ująć ogólnie jako przede wszystkim ruchowa. Mimo prac francuskich, kwestionujących podział afazji na ruchową i asymboliczną, większość badaczy uznaje ten podział, choć przypadki zupełnie czystych postaci ruchowych, czy zmysłowych są rzadkie, gdyż najczęściej występują obrazy z domieszką ruchową przy afazji agnozyjnej lub zmysłową przy ruchowej. Również wyodrębnianie t. zw. czystych afazji czyli podkorowych nie jest dzisiaj uważane za właściwe, ponieważ poza nielicznymi przypadkami — często wykrywano w przypadkach afazji podkorowych „czystych” zmiany i w korze. Minkowski uważa, że termin „afazji czystej” powinien mieć znaczenie czysto kliniczne, a nie lokalizacyjne, i że w przebiegu zaburzeń afatycznych często ta postać afazji występuje jako epizod przejściowy; to samo twierdzą inni autorowie (Mon-

kow, Bonhöffer). Również wyodrębnianie afazji asocjacyjnej nie ma uzasadnienia. Wilson uważa każdą afazję za transkorykonalną lub asocjacyjną, polegającą na zaburzeniu wewnątrz- i zewnątrzkorowych dróg kojarzeniowych. O istnieniu odrębnej postaci t. zw. „afazji przewodnictwa“ nie można dotychczas, według Binga, napewno mówić. Z wymienionych zatem głównych form afazji znaczenie zasadnicze ma określenie „afazja ruchowa“ czy „zmysłowa“ — inne postacie są najczęściej epizodyczne, związane ze zmieniającym obrazem przebiegu zaburzeń mowy, który zależy od wielu czynników psychicznych i somatycznych: właściwości indywidualnych konstytucjonalnych i nabytych, umiejscowienia i charakteru procesu, stanu mózgu, obiegu krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego, zdolności do przezwyciężenia zaburzeń, wynikających z diaszizy, i innych.

Jeżeli przejrzymy zaburzenia afatyczne naszego chorego, zauważymy, że w obrazie nie ma wspomnianej domieszki afazji zmysłowej, poza utratą zrozumienia mowy i pisma w językach obcych. Rozumienie mowy ojczyściej, druk, pisma, brak śladów parafazji, paragrafii — świadczą o tym wyraźnie. Określenia finezyjne, subtelne, wyraz wielozgłoskowy zjawiają się w jego umyśle rzadko i po długiej pracy wewnętrznej polegającej na wywoływaniu dźwiękowego, czy wzrokowego wspomnienia. „Jeżeli afatyk nie może wymawiać słów, to znaczy, że w chwili żądanej ich nie słyszy, że nie dźwięczą w jego głowie i jego bezsilność pochodzi od zaburzeń wywołania zasadniczych motywów słownych. Gdy mu się podpowiada — i tak nie może wymówić“. (Dumas). Zasób słów, używanych przez chorego, jest ubogi, wyrażenia proste, agramatyczne, często występują persewercje. Te szczegóły potwierdzają teorię dynamiczną afazji Jacksona, jest bowiem w tej mowie chorego czynnik regresji, cofnięcia się do pewnych wcześniejszych okresów rozwoju genetycznej mowy.

Gdy przychodzi wspomnienie słuchowe szukanego wyrazu, zjawia się trudność wyobrażenia go sobie wzrokowego; nie ma objawu Dejèrinea-Lichtheima spotykanego w afazjach czystych. Oto już jest przed oczyma ów wyraz „znieruchomieli“, łatwo go może powtórzyć, a gdy trzeba podać kolejno literę po literze, napisać — cały obraz chwieje się: wypadają litery, przedstawiają się, trzeba je dopiero znów wielokrotnym kontrolowaniem wzroku i słuchu i mowy przywoływać do prawdziwej formy. W ogóle między światem idei chorego a użyciem słowa, jako psychicznego symbolu, stanęła dla chorego niepojęta przeszkoda. Niekiedy jest ona tylko w dziedzinie ruchowej, ekspresyjnej mowy, jako niemożność wypowiedzenia może istniejących w umyśle i uporządkowanych wyrazów, czy zdań. Tak bywa np. w godzinach zbliżającego się natchnienia. Przeważnie jednak nie mogą zostać wzburzone kinestetyczne komponenty mowy razem z czuciowymi, słuchowymi i wzrokowymi. Brak harmonijnej współczynności ośrodków uniemożliwia ujawnianie nazewnątrz zbudzonych kompleksów ideacyjnych wskutek przerywania sieci włókien kojarzeniowych. Afazję naszą możemy ująć jako całkowitą ruchową, ideokinetyczną wg. Minkowskiego, całkowitą ruchową Broca wg. Binga, w stanie powolnego cofania się, dlatego przypominającą dziś obrazy afazji Lichtheima z domieszką afazji amnestycznej (całkowita utrata rozumienia i władania językami obcymi). Zmiany mowy

i pisma, wywołane wskutek porażenia postępującego chorego, zamącają czystość tej afazji.

* * *

Twórczość chorego w klinice mimo zmian organicznych mózgu, rozlanych i ogniskowych, demencji i afazji, jest zjawiskiem, którego w dostępnej nam literaturze nie mogliśmy znaleźć. Dalecy od oceny literackiej jego ostatnich utworów, napisanych w klinice, nie możemy im odmówić wartości artystycznej, skoro już zostały zakwalifikowane do druku, z zastrzeżeniem poprawek, związanych tylko z koniecznością uwzględnienia zasad nowej pisowni. Przedstawione przez nas w tekście niektóre wyjątki z jego utworów świadczą o wysokim poziomie myślenia, o głębokim zasobie uczucia. Widać z treści i budowy zdań, że środków pomocniczych technicznych, interpunkcji, że pisał je człowiek, nie tylko głęboko przeżywający, ale i umiejący wyrazić przeżycia w tej formie artystycznej, która prostotą piękna może na nas działać.

Pacjent od najmłodszych lat szkolnych inaczej reagował na zjawiska życia, niż inni rówieśnicy. Zdolny, bystry, łatwo przyswajał sobie zadawane przedmioty. Był wrażliwy na rytm, muzykę, poezję. Potrafił nocą uczyć się wierszy, zadziwiał swą pamięcią, wrażliwością na treść wiersza, pełną smutku, czy polotu. Od dziecka ambitny, zawzięty, uparty i wyniosły; od dziecka przeczulony. Późniejsze lata szkolne podkreślają wymienione rysy charakterologiczne, a nowe wrażenia, przeżycia, o których mówiliśmy, zwracają go w kierunku poezji. Od dziecka zaczynają się nieporozumienia z otoczeniem rodzinnym i obcym, bo nie uznaje nakazów, krępowania jego swobody i pragnień. Konflikty młodzieńcze są bardzo bolesne wobec jego przewrażliwienia i ambicji. Pierwsze usiłowania poetyckie zawierają opisy piękna przyrody i wzruszeń; późniejsze mają być środkiem wypowiedzenia się, bo czuje się innym człowiekiem, inaczej przeżywa swój los. Czuje swą odrębność i obcość, wie, że to do nieporozumień, których sam jest przyczyną, a które potem, gdy wspomnienie nadejdzie, bolą go bardzo, powodują cierpienie, ucieczkę w świat fantazji. Zwłaszcza konflikty erotyczne mają nań najgłębszy wpływ. Gdy zestawia wartość przeżyć, które jednak wysoko ceni, z ciągłymi nieporozumieniami, czuje tym większą obcość swoją w życiu. Zjawia się „tęsknota do innego świata“, w którym by forma współżycia stała na poziomie jego wygórowanych pragnień. Wszystkie wiersze pacjenta, według jego zdania, zawierają „skrytą tęsknotę“. Im więcej było konfliktów, zawodów, cierpienia — tym większe potem pragnienie twórcze. Było ono bowiem i usprawiedliwieniem się przed sobą, i samooczyszczeniem i wytworzeniem atmosfery, ułatwiającej życie. Chory podkreśla, że od najmłodszych lat aż do dziś pozostał taki sam. Czuje upadek sił, niemożność mówienia, pisania (mówi o tym z uśmiechem), ale zasób tęsknoty i pragnień twórczych zupełnie się nie zmienił. „Pamięć mi umiera“ — pisze w ostatnim swym utworze i nie może z niej czerpać wspomnień, czuje więc w sobie twórczą bezsilność pomimo chęci tworzenia.

Proces chorobowy, oczywiście, zupełnie tłumaczy przyczyny tej bezsilności. Organiczne zmiany mózgowe, powodujące zubożenie pamięci, krytycyzmu, wyobraźni, zaburzenia mowy i pisma, tłumaczą zanik zdolności poetyckich. Udar mózgowy uniemożliwia nawet całkowicie odpowiednie porozumiewanie się z otoczeniem, szczególnie za pomocą pisma. Zwykła uwaga w czasie pisania czegoś obojętnego, poza natchnieniem

nie tylko nie ułatwia pisania, ale je hamuje. Na mowę ma wpływ taki, jak u chorego Charcota: „gdy zaczynam się wahać w zdaniu, jestem stracony, koniec z mą mową“. Nasz chory jest dotknięty porażeniem postępującym i afazją, więc nie można go uważać za zwykłego afatyka. Ani optymistyczne zdanie B e m h e i m a: „żadne słowo nie jest wykreślone z mózgowego słownika ruchowego afatyka, wszystko istnieje, ale tylko chwilami funkcjonuje“ — ani porównanie afatyka do pianisty, który, „mając do dyspozycji dobrą klawiaturę i palce, stracił pamięć melodii i nie umie rozpoznać nut“ — nie może mieć tu zastosowania wobec procesu paralitycznego, który powodował jeszcze przed wystąpieniem afazji zubożenie intelektu, mowy i pisma. D u m a s twierdzi przecież, że „jeżeli zubożenie intelektu nie wystarcza do wywołania afazji ruchowej, to przyczynia się jednak do utrwalenia i potęgowania jej“.

A jednak u chorego wystąpiła twórczość pomimo takich warunków i mimo zmian organicznych, które tłumiły przez kilka lat jego twórczą tęsknotę i twórcze możliwości. Gdy tylko osiągnął elementarny poziom wyrażania swych myśli, — już wróciło gorące pragnienie twórcze. „Pragnę, myślę o tym“ — mówił często, nie mogąc jednak zupełnie zbudować schematu wyobrażeniowego jakiegoś utworu. Była tęsknota, chęć twórcza, wrażliwość, wzruszeniowość, a nie było wyobraźni, odtwarzającej akcję, melodię i słowo.

Wtedy zjawiła się jesień, ta pora roku, która jest choremu szczególnie droga i wiąże się z najważniejszymi faktami jego życia. Częste spacerzy, napięcie uwagi przy obrazach przyrody wzbudzały zachwyty chorego, wzruszenie, nawet gdy opowiadał lekarzowi fragmenty. Myśl o sobie, zestawiona z pięknem natury, zaczęła podsycać tęsknotę twórczą, pragnienie wypowiedzenia się. Różnobarwność przeżyć wycieczkowych wzbudziła różnobarwność dawnych wspomnień i dostarczyła materiału do świadomej koncepcji utworu. „Życie uczuciowe — to ekforya engramów uczuciowych, która zawsze może być tylko terazniejszym podrażnieniem, bez względu na to, czy w wyniku daje przejawy gwałtownego wzruszenia, cichego intelektualnego skupienia uwagi przy pracy, czy też jej rozproszenie wesołej pogawędce. Ta ekforya występuje zgodnie z drugim prawem mnemicznym wtedy, jeżeli częściowo wraca ta sytuacja energetyczna, która w swoim czasie engram stworzyła, a więc może nią być również dobrze wrażenie zmysłowe, które kiedyś wywołało takie uczucie, jak i analogicznie zabarwiony składnik uczuciowy zespołu o zupełnie odmiennej treści gnostycznej, albo wreszcie i oryginalne wrażenie organiczne o podobnym zabarwieniu uczuciowym“ (M a z u r k i e w i c z).

Wśród dnia, w klinice i na wędrownicy, układał powoli plan, do pisania jednak nie czuł się zdolnym. „Na łące dużo pachnących i barwnych kwiatów, a motyl siada nagle na jednym. Tak do mnie przyjdzie natchnienie“ — mówił nieudolnie i dyzartrycznie. Tymczasem zaś myślał, ale i myślenie było trudne, słowa nie zjawiały się, obrazy przeżyć były mgliste lub wygasłe. Pragnienie napisania utworu było głębokie, ale dopiero po szeregu tygodni wzmogło się wewnętrzne napięcie, i wyłonił się wreszcie plan. Zainteresowanie i uwaga, które były przeszkodą przy zwykłym mówieniu i pisaniu — tu — przy pracy myślowej po linii jego artystycznych uczuć, przekształciły się w sposób, umożliwiający proces twórczy. Natchnienie — zupełnie swoisty stan uczuciowy — zjawiało się wraz z uświadomie-

niem skończenia wewnętrznej pracy myślowej. Dynamiczną siłą swoistego uczucia zostały uruchomione dotychczas nieczynne czy gasnące mechanizmy świadomego myślenia, wyobraźni, mowy pisanej. Towarzyszyły temu głębokie wzruszenia, radość, łyż chorego, że to takie wszystko bliskie, takie jego własne i obleczone w bogatą szatę słów po linii jego artystycznych wymagań. Pisał i płakał i całował skończony utwór. „Uwaga, jako dynamiczny motor procesu myślowego, naświetla kolejno cechą żywości różne wrażenia mnemiczne, poszukując takich ich wiązań, które są najwłaściwsze dla danego biegu myślowego, i których znalezieniu towarzyszy uczucie przyjemności, a nawet wielkiej ulgi i ukojenia, jeżeli poszukiwania były żmudne, wymagały wielkiego wysiłku i napięcia, albo doprowadzały nawet do uczucia niepokoju“ (M a z u r k i e w i c z).

Z różnych stanów uczuciowych poza natchnieniem może uczucie smutku w okresie choroby nieco ułatwiać choremu mowę i pismo. Nawet żywe pragnienie powiedzenia czegoś, czy napisania — nie starczało, by coś literackiego zaprodukować, by poprawnie się wyraził słowem, czy pismem. Dopiero, gdy uczucie związało się z dyspozycją twórczą, z nienaruszonym silnym pragnieniem wypowiedzenia poetyckiego swej duszy — wtedy zyskiwało na sile, wzmagalo się do rozmiarów takich, które przewyższały przeszkody organiczne.

Mówiąc o uruchomieniu przez natchnienie nieczynnych, czy gasnących mechanizmów świadomego myślenia, mowy, pisma, pragniemy podkreślić dyspozycję twórczą chorego i jego konsekwentne dążenie do jej jak najlepszego urzeczywistnienia. Pisał w swym życiorysie, że starał się od najmłodszych lat „z pasją zdobywać krok w krok pismo w jego treści i formie technicznej“, że pracował całe życie nad pogłębieniem formy, nad zdobyciem artystycznego sposobu myślenia i wyrażania się. Praca codzienna, zarobkowa była zajęciem ubocznym, główną bowiem dziedziną jego zainteresowań była poezja, jej też poświęcał z całym zamiłowaniem wolny czas, czytając bardzo wiele, poznając wybitniejszych swoich i obcych poetów, a nawet tłumacząc artystycznie ich dzieła. Mówimy o tym dlatego, że ten kierunek pracy chorego stworzył w nim daleko idące wyspecjalizowanie się i wyjątkową biegłość, co mogło mieć niemały wpływ na uruchomienie omawianych mechanizmów. Liepman zwraca uwagę na znaczenie uwzględniania przedchorobowej biegłości pacjenta w mowie i piśmie przy ocenie obrazu klinicznego, „ponieważ większość ludzi, szczególnie niewykształconych, musi przy pisaniu i czytaniu wyraz wewnętrznie sylabizować, inni zaś, szczególnie biegli w czytaniu i pisaniu, mniej potrzebują przy tych czynnościach wyrazu ruchowego, albo nie potrzebują go wcale“, wskutek czego mogą, pomimo istniejącej afazji ruchowej — nie wykazywać aleksji i agrafii przy takich ogniskach choroby, które u ludzi mniej biegłych w sztuce pisanie i czytanie dają obraz nie tylko afazji ruchowej, ale także aleksji i agrafii.

Jeżeli zatem już w zwykłych afatyków ruchowych rozległość zaburzeń afatycznych zależna jest nie tylko od rozległości destrukcji anatomicznej w korze mózgowej, ale i od warunków czynnościowych (mniej lub większej biegłości w sztuce czytania i pisania), to jest rzeczą jasną, że u naszego pacjenta, jako literata z zawodu i z głębokiego zamiłowania, tę biegłość w mowie w ogóle i w mowie pisanej w szczególności należy sobie wyobrażać jako dochodzącą do stopnia mak-

symalnego, stojącego znacznie wyżej ponad normą przeciętną, dzięki wyjątkowej wprawie i wyjątkowemu zainteresowaniu ekspresją wyrazową, a więc dzięki dwóm najbardziej podstawowym czynnikom, działającym przy dobrym utrwalaniu zasobów mnemicznych. Pomimo tak wyjątkowo pomyślnych warunków czynnościowych skutki wylewu krwawego w korze mózgowej pacjenta przez długi czas uniemożliwiały mu zupełnie mówienie i pisanie, które ulegały stopniowej restytucji tylko bardzo stopniowo i powoli, na ogół mniej więcej w jednakowym stopniu, z wyjątkiem pisania w chwilach natchnienia, nie wykazującego żadnych zaburzeń agnacyjnych.

Godne podkreślenia jest to, że chory zachował doskonale poczucie wartości koncepcji, jeśli się zjawiała. Szlachetność i artystyczność linii twórczej, jego krytycyzm literacki, poczucie piękna twórczego, zostały bodaj nienaruszone. Każde zdanie listu wielokrotnie poprawiał, każdą koncepcję poetycką nie na poziomie zniszczył i nigdy nie pokazał nikomu utworu, nie mającego prawdziwie literackiej wartości, jak gdyby ta dziedziną własnej produkcji leżała poza zasięgiem bezkrytycyzmu, związanego z euforią i tak łatwo dającego się wykazać w ogólnym zachowaniu się chorego. Krytycyzm artystyczny pozostał na usługach niezmiennionej ambicji, odrębności, tęsknoty — całej psychopatyczności, która, jak sądzimy, wiąże się z jego twórczością. Gdy napisał wiersz, który wyżej omawialiśmy — przyszedł do lekarza z żalem: „myślałem o wyższym pięknie; miałem natchnienie, a napisałem coś małego“. Te słowa świadczą o jego nienaruszonym samokrytycyzmie artystycznym.

* * *

O roli uczucia w przebiegu afazji i w ogóle patologii mowy wspomina wielu autorów. Bing uważa, że afatycy ruchowi mogą wypowiedzieć w podnieceniu zdanie, którego w stanie zwykłym nie mogą nawet powtórzyć; że często funkcja mowy nie wygasa zupełnie, ale jej pobudliwość jest głęboko obniżona. Dumas podaje, że produkcja, niezależna od woli, a związana z przyzwyczajeniem, okolicznościami lub stanami emocjonalnymi — zachowuje u afatyków względną całość. To samo podają Z. Bychowski, Liepmann. Profesor Mazurkiewicz obserwował przypadek afazji ruchowej u 25-letniej kobiety, która na wszystkie zadawane jej pytania, doskonale przez nią rozumiane, odpowiadała zawsze jednym tylko słowem „Julku“, to jest imieniem jej dwuletniego synka, darzonego przez nią wielkim macierzyńskim uczuciem, które swą siłą dynamiczną umożliwiało w afazji ruchowej całkowitej używanie jedyne słowa — psychicznego symbolu. Minkowski opisał przypadek afazji u poliglota, który, wbrew prawu Pitresa, zaczął najpierw mówić mową obcą, a nie ojczystą. Okazało się, że, posługując się tą mową w obcym kraju, miał silne przeżycia erotyczne, które niby wygasły, a jednak głęboko w nim tkwiły i decydowały nawet po

wielu latach o wystąpieniu obcej mowy w regresji zaburzeń afatycznych. Tenże autor podkreśla, że dyssołucja i reewolucja czynności w uszkodzeniach organicznego układu nerwowego zależą nie tylko od sposobu ewolucji w przebiegu onto- i filogenezy, nie tylko od lokalizacji, rozprzestrzenienia i charakteru urazu, stanu mózgu, ale i od czynników uczuciowych, psychicznych i w ogóle całej osobowości. Monakow cytuje zdanie chorego, obserwowanego przez Gowersa, który daremnie chciał powiedzieć słowo „nie“ — i nagle krzyknął podniecony: „ja nie mogę nawet „nie“ powiedzieć“. Tenże autor stwierdził przy agnozji wzrokowej: „podrażnienie siatkówki nie budzi już z dostateczną żywocią uczuciowej strony psychiki; — chorzy rozpoznawali łatwiej te przedmioty, które przedstawiały dla nich wartość uczuciową“. Pick cytuje Jacksona, który podaje, że emocjonalne myślenie w patologii mowy nie da się zupełnie pominąć. „Działalność umysłowa u człowieka pierwotnego jest za mało zróżnicowana, aby można w niej odróżniać osobno idee albo wyobrażenia przedmiotów niezależnie od uczuć, wzruszeń, namiętności, wywołujących idee lub wyobrażenia“.

Twórczość chorego w klinice na tle nie tylko afazji, lecz i porażenia postępującego, twórczość o wysokim poziomie artystycznym — rozszerza i wzbogaca zebrane z literatury sądy o sile dynamicznej uczucia. Przypadki takie przemawiają przeciwko teorii Broca, ściśle lokalizującej „czynność mówienia“, zaś popierają teorię genetyczną, czynnościową (Jackson), która przesuwa funkcję mowy na niższy, pierwotny poziom rozwoju osobniczego. Twórczość wyobraźni naszego chorego podlega pomiędzy innymi prawom przypominania, a obrazy wyobraźni są obrazami natury pamięciowej. Sądzimy zatem, zgodnie z nowszymi poglądami autorów, że zmiany, które zaszły w mózgu chorego, spowodowały trudność ekforii stanów pamięciowych, a nie ich zanik, czyli, że zasób pamięciowy chorego jest w rzeczywistości nieporównanie większy, niż wykazuje zwykle badanie lekarskie; literacka twórczość naszego chorego jest jednym więcej dowodem, stwierdzającym słuszność tego poglądu. Uczucie jest tą wielką siłą, która przejściowo umożliwia sprawne funkcjonowanie schorzonego narządu mowy i która ślady pamięciowe wykrywa, rozszerza, wywołuje, a przez to stwierdza względność zasad lokalizacyjnych.

PIŚMIENICTWO.

- Aschaffenburg G. Handb. der Psych. Sp. Teil 1928. Bing R. Handb. der inn. Med. t. I. 1925. Bychowski G. Neurologia polska 1932. 46. Kretschmer E. Ludzie genialni. 1934. Goldstein K. Der Aufbau des Organismus. 1934. Liepmann H. Lehrbuch der Nervk. 1917. Mazurkiewicz J. Zarys fizjologicznej teorii uczuć. Mon. Roc. Psych. 1930. Monakow C. Gehirnpathologie. 1905. Pick A. Die Agrammat. Sprachstörungen. 1913. Pötzl. O. Wien. med. Wochens. 1932. I. 783. Prager N. Roc. Psych. X. 1929. Roger S. H., Binet L. Traité de physiologie norm. et pathol. T. X. 1936. Szymoński Z. Polska Gaz. Lek. r. VIII. 396. 21. Weigandt W. Lehrbuch d. N. u. Geistkht. 1935. Witwicki W. Psychologia. 1935. Wize K. Nowiny Psych. r. X. 1933.

Przegląd terapeutyczny.

Z Miejskiego Domu Wychowawczego dla Niemowląt w Łodzi.
(Dyrektor: Dr. Bronisław Knichowiecki).

Nutromalt w przypadkach zaburzeń trawienia i upośledzeń odżywiania u niemowląt.

Podał

Dr. Bronisław KNICHOWIECKI (Łódź).

Cukier odgrywa w sztucznym karmieniu niemowląt bardzo ważną rolę. Ponieważ cukier może ulec zbytnej fermentacji, należy więc używać go bardzo ostrożnie, tym bardziej, że nie wszystkie niemowlęta odznaczają się względem niego jednakową tolerancją.

Mleko kobiece zawiera do 7% cukru, mleko zaś krowie tylko około 4%. Do wszystkich więc mieszanek, sporządzanych z mleka krowiego, rozcieńczonego wodą, czy kleikiem, musimy — w celu dostarczenia niemowlęciu odpowiedniej ilości cukru, niezbędnego źródła energii — dodawać brakującą ilość, tak, aby mieszanka zawierała od 4% do 7% cukru (zależnie od stanu niemowlęcia).

Przy odżywianiu niemowląt używamy zazwyczaj, ze względu na wygodę, zwykłego cukru trzcinowego, a właściwie burakowego. Nie wszystkie niemowlęta znoszą go jednak dobrze, a przynajmniej nie zawsze.

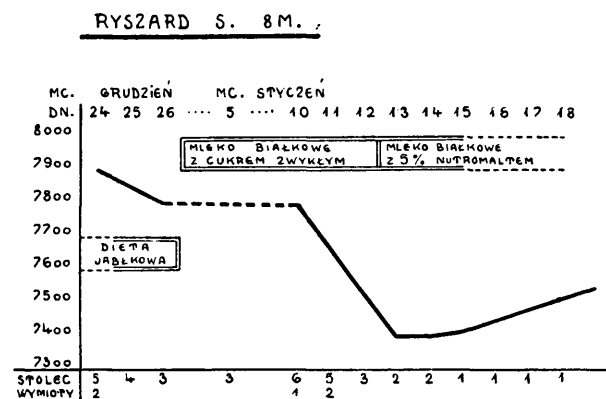
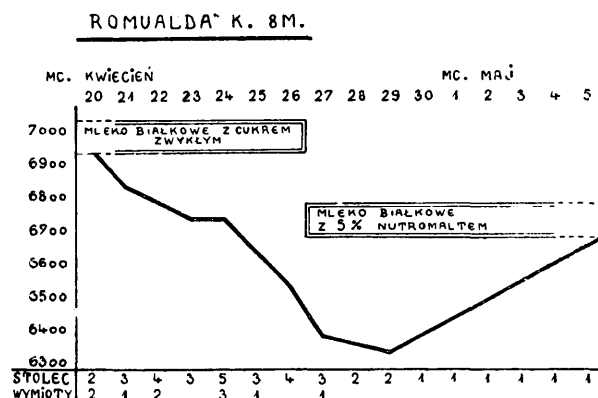
W rozporządzeniu naszym mamy jeszcze dwa gatunki cukru: cukier mleczny i cukier słodowy. Cukier mleczny nie jest odpowiedni dla niemowląt (wbrew dawnym poglądom), gdyż fermentuje zbyt łatwo i prowadzi do zaburzeń jelitowych. Cukier słodowy daje bardzo dobre przybytki na wadze — granica przyswajalności jego jest bardzo wysoka. Czysta maltoza nie nadaje się do odżywiania niemowląt, gdyż działanie jej jest zbyt rozwalniające, natomiast maltoza w połączeniu z dekstryną nie wywołuje prawie wcale fermentacji nawet u najmłodszych niemowląt.

Do rozpowszechnionych w handlu przetworów maltozy i dekstryny należy przede wszystkim znany cukier pożywny Soxhleta, a w ostatnich czasach Nutromalt f-my Dr. A. Wander, Kraków.

Nutromalt zawiera około 31% maltozy, około 67% dekstryny, 1,5% innych węglowodanów i około 0,5% soli kuchennej. Preparat ten nadaje się przede wszystkim dla najmłodszych niemowląt w zaburzeniach trawienia, gdyż nie fermentuje tak łatwo, jak inne gatunki cukrów, i działa wprost hamująco na wszelkiego rodzaju biegunki. Używamy go, naturalnie, w tych przypadkach w mleku białkowym, maślanie, czy też kleiku, zależnie od potrzeby i wskazań, a często nawet wystarcza zamiana cukru zwykłego na Nutromalt w zwykłych mieszankach z mleka krowiego, aby rozpoczynające się zaburzenia jelitowe przerwać. Dla niemowląt zupełnie zdrowych używanie Nutromaltu nie jest konieczne, ale i tutaj daje nam dobre wyniki, szczególnie w przypadkach, kiedy chodzi o dostarczenie niemowlęciu większej ilości cukru, gdyż Nutromalt, dodany do pożywienia w ilości 7% do 10%, nie wywołuje fermentacji, jak to często widzimy przy stosowaniu takich ilości cukru zwykłego.

W domu wychowawczym dla niemowląt w Łodzi od dłuższego czasu stosujemy Nutromalt zamiast cukru Soxhleta do rozmaitych mieszanek przede wszystkim w przypadkach zaburzeń pokarmowych, jak to ilustrują następujące przykłady:

1) Romualda K., osiem miesięcy, wagi 6,950 kg, choruje od 7 dni: wypróżnienia zielone ze śluzem do 5 razy na dobę, wymiotuje 1—3 razy na dobę, — 27.IV. r. b. waży 6.400 kg, tego dnia zaordynowano mleko białkowe Molla z 5% Nutromaltem, — wypróżnienia po 2 dniach stały się żółte bez śluzu, dwa — trzy razy na dobę, a w ciągu następnych 3-ch dni — 1 raz na dobę. Dziecko zaczęło od 29.IV. r. b. stale przybierać na wadze po 50 gr. dziennie.



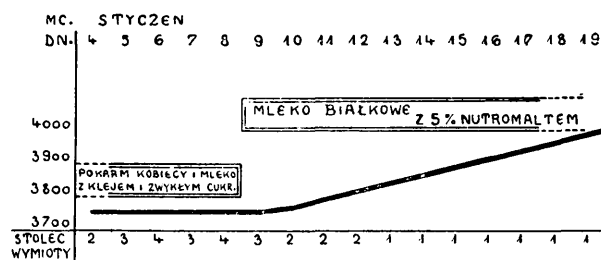
2) Ryszard S., osiem miesięcy, wagi 7,900 kg., zachorował dn. 24.XII.36 r. z wysoką temperaturą na ostry nieżyt jelit z zielonymi, śluzowymi wypróżnieniami 4—5 razy na dobę. Stosowano głodówkę, dietę jabłkową i następnie mleko białkowe ze zwykłym cukrem. W ciągu dwóch tygodni nie było poprawy; wypróżnień było, co prawda, nieco mniej, ale były one zielone ze śluzem, dziecko nie przybierało na wadze. Dnia 10 stycznia r. b. stolce znacznie się pogorszyły, waga dziecka zaczęła spadać. Zastosowano mleko białkowe z 5% Nutromaltem i w ciągu 3-ch dni uzyskano poprawę całkowitą, i dziecko zaczęło przybierać na wadze normalnie.

3) Elżbieta Nr. 892, trzy miesiące, wagi 3,750 kg., przybyła do Zakładu 4.I.37 r. z wolnymi, zielonymi wypróżnieniami. Dziecko otrzymywało dziennie 600 gr. pokarmu kobiecego i 250 gr. kleiku z mlekiem i zwykłym cukrem; — na wadze w I-ym tygodniu nie przybyło. 9 stycznia r. b. zamiast 250 gr. mleka z kleikiem otrzymało 250 gr. mleka białkowego z 5% Nutromaltem. W ciągu dwóch dni nastąpiła poprawa, dziecko zaczęło przybierać na wadze, tak, że 30 stycznia r. b. ważyło już 4.250 gr.

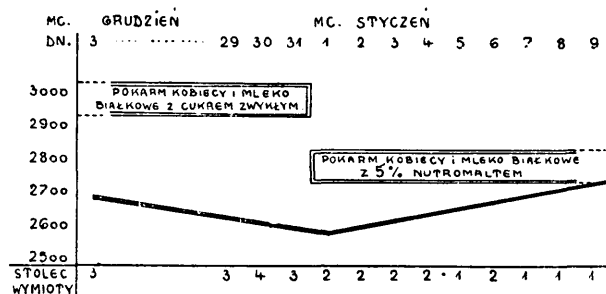
4) Zuzia Nr. 921, jeden miesiąc, przybyła do Zakładu 3.XII.36 r. z wagą 2.700 kg. Wypróżnienia trzy — cztery razy na dobę, zielone ze śluzem; otrzymywała dziennie 250 gr. pokarmu i 400 gr. mleka białkowego ze zwykłym cukrem; — na wadze w ciągu miesiąca nie przybiera, a nawet 1.I.37 r. waży 2.600 kg.; zastosowano do mleka białkowego, zamiast zwykłego cukru, Nutromalt; stolce w ciągu 2ch dni stały się żółte, papko-

wate, i dziecko zaczęło normalnie przybierać na wadze, tak, iż 25.I.37 r. ważyło 3 kg.

ELŻBIETA NR.892. 3M.



ZUZIA NR.924. 1M.



Takich przypadków mamy bardzo wiele, ale te już wystarczą, aby pokazać, iż zamiana cukru zwykłego na Nutromalt w przypadkach fermentacji w jelitach i złego trawienia bardzo szybko poprawia i jakość i liczbę wypróżnień, a co za tym idzie, i ogólny stan niemowlęcia.

A teraz chcemy przytoczyć jeszcze trzy przypadki dzieci niedożywionych, dystrofików, które przy normalnym żywieniu ze zwykłym cukrem nie poprawiały

się, dopiero po podaniu 7—10% Nutromaltu zaczęły na wadze przybierać szybko.

1) Józia K., 11 miesięcy, wagi 6,950 kg, w przeciągu 4-ch tygodni była na diecie mieszanej i nie przybrała na wadze ani jednego grama. Po dodaniu 15.I. 37 r. do zwykłych mlecznych mieszanek 7% Nutromaltu zaczęła przybierać po 150 gr. tygodniowo, tak, iż 21.I.37 r. ważyła 7.100 kg, a 27.I. r. b. — 7.260 kg.

2) Chłopczyk Nr. 958, 3 tygodnie, wagi 3 kg., przybył do zakładu 9.IV.37 r. Z powodu braku pokarmu kobiecego pozostał na sztucznym karmieniu, otrzymując mleko z wodą z 5% zwykłym cukrem. Na wadze przez 6 dni nie przybiera wcale. Po dodaniu 7% Nutromaltu zaczął raptownie przybierać po 25—30 gr. dziennie, tak, iż 5.V.37 r. waży już 4 kg.

3) Krysia Nr. 861, 6 miesięcy, po przejściu koklusu 10.XII.36 r. ważyła 3.200 kg, otrzymywała pokarm w ilości 300 gr., oraz 2/3 mleka z kleikiem ze zwykłym 5% cukrem w ilości 500 gr. Długo nie przybierała wcale na wadze, tak, iż 1.I.37 r. ważyła 3.250 kg; dopiero po dodaniu do poprzedniej mieszanki początkowo 7%, a następnie 10% Nutromaltu zaczęła się poprawiać, tak iż 7.I. r. b. ważyła już 3.400 kg., 14.I. r. b. — 3.600 kg., a 1.II. r. b. — 4 kg.

Na podstawie powyższych przypadków i 36 jeszcze innych, nieprzytoczonych uważamy, iż we wszystkich przypadkach wzmoczonej fermentacji w jelitach u niemowląt wystarczy w zwykłym pożywieniu zamienić cukier burakowy na Nutromalt, aby całkowicie unormować wypróżnienia, a w przypadkach nieżyłtów jelit, zatruc pokarmowych i t. d. Nutromalt przy stosowaniu leczniczych mieszanek, jak mleko białkowe, larosano-we, kleik z plazmonem i t. d. jest cukrem, jedynie wskazanym, jako połączenie maltozy z dekstryną.

W przypadkach niedożywienia i małego przybytku na wadze u niektórych niemowląt wystarczy zwiększyć w pożywieniu procentowość cukru. Ponieważ mieszanki z 7—10% cukru zwykłego często prowadzą do zbytnej fermentacji w jelitach i wolnych wypróżnień, a Nutromalt w ilości nawet 10% objawów tych nie powoduje, uważamy więc ten preparat za odżywkę, bez której obejść się trudno.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 29 kwietnia 1937 r.

Obecnych 27.

Przewodniczył M. Kacprzak.

Dr. Knappe komunikuje, że zarząd Towarzystwa ukonstytuował się w następujący sposób:

prezes: Dr. Marcin Kacprzak,

wiceprezisi: Dr. Jan Adamski, Dr. Maurycy Bornsztajn,

sekretarz: Dr. Kazimierz Bacia,

skarbnik: Dr. Adolf Szwarz,

bibliotekarz: Dr. Adolf Koral,

członkowie: Dr. Ludwik Narkiewicz, Dr. Zygmunt Srebrny, Prof. Dr. Jan Szmurło,

zastępcy: Dr. Stanisław Higier, Dr. Jan Hozer, Dr.

Witold Odrzywolski.

Komisja Rewizyjna: Prof. Dr. Mieczysław Konopacki, Dr. Przemysław Rudzki, Dr. Julian Weisblat.

Sekretarz stały: Dr. Wilhelm Knappe.

Odczyt:

Dr. A. Huszcza. *Sytuacja materialna lekarzy w Polsce a brak polityki zawodowej stanu lekarskiego.*

Prelegent omawia wyniki ankiety, rozpisanej wśród członków Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Na ankietę wpłynęło 1.050 odpowiedzi z całej Polski. Nie otrzymano odpowiedzi od lekarzy wojskowych i urzędowych, pozostających na służbie państwowej. Zarobki lekarzy wojskowych wahają się od 350—1.150 zł., urzędowych od 220—1.100 zł. miesięcznie. W innych grupach lekarzy, zarabiających poniżej 3.000 zł. rocznie, było 7,5%, zarabiających 3.000—6.000 zł., było 33%, od 6.000—12.000

zł. — 47%, powyżej 12.000 zł. rocznie — 12%. Przeciętnie zarobek miesięczny lekarza ze wszystkich źródeł zarobkowania wynosi 675 zł. miesięcznie brutto przy przeciętnie 7 godzinach pracy dziennie. Przeciętna wysokość wynagrodzenia za jedną posadę waha się w granicach od 255 zł. (służba na kolejach) do 451 zł. (praca w Ubezpieczalniach Społecznych), co się znajduje poniżej minimum egzystencji. Nawet najlepsze uposażenie lekarza domowego w Warszawie, wynoszące 900 zł. miesięcznie (wraz z dodatkiem na mieszkanie), nie wystarcza na utrzymanie lekarza żonatego z trojgiem dzieci. 40% ogółu lekarskiego zarabia poniżej średnich potrzeb. Lekarzy, mających jedno źródło zarobkowania, jest 32%, pozostałych 68% kumuluje zajęcia na różnych polach pracy, by uzyskać wystarczające środki do życia. Zaledwie 14% lekarzy utrzymuje się wyłącznie z praktyki prywatnej, zaś 86% lekarzy związkowych jest już dziś wciągnięte w tryby pracy najemnej. Ankieta nie obejmowała najmłodszych świeżo ukończonych lekarzy, nie mogących opłacać składek związkowych, ani nielicznych dobrze usytuowanych lekarzy, nie interesujących się Związkiem i nie należących do niego. Jeżeli porównać obecne warunki bytu lekarzy ze statystyką Cieszyńskiego z przed 12 lat i S. Bronowskiego z r. 1904, stwierdza się stałe zmniejszenie stopy zarobkowej lekarza. Zjawisko to dotyczy zresztą wszystkich sfer warstw pracujących, jest więc zjawiskiem ogólnospołecznym i ogólnopanstwowym. Stan ten, zagrażający naruszeniem równowagi ekonomicznej i kulturalnej stanu lekarskiego, jest wynikiem wyższej pracy lekarskiej, przede wszystkim w instytucjach t. zw. lecznictwa zbiorowego, będącego następstwem przewagi podaży pracy lekarskiej nad popytem na nią i niezdolności lekarzy do walki ekonomicznej o byt. Przyczynia się do tego podporządkowanie się stanu lekarskiego wyższym inte-

resom" zdrowia publicznego w imię wysokich haseł etycznych swojego zawodu. Ta krzywdząca lekarzy sytuacja materialna coraz bardziej się pogłębia w miarę rozrastania się zasięgu medycyny społecznej i lecznictwa masowego, a natomiast kurczenie się praktyki prywatnej, która dawniej kompensowała braki niedostatecznego wynagrodzenia za wykonywanie praktyki zbiorowej. Jest ona również wynikiem biernego ustosunkowania się zarówno pojedynczych lekarzy, jak i zawodowych organizacji lekarskich. Warunki, w których przebiega walka o byt lekarza, są dla niego w wysokim stopniu niekorzystne i znacznie trudniejsze, niż w jakimkolwiek innym mniej „delikatnym” i mniej odpowiedzialnym zawodzie. Walka ekonomiczna lekarzy spotyka się z oburzeniem społeczeństwa i jego instytucji zbiorowego lecznictwa, które mają wówczas za sobą nie tylko przewagę materialną, ale i opinię publiczną. Sprawę wyzysku lekarzy należy postawić wyraźnie i bez ogródek. Należy się upomnieć mocno i jawnie o swe prawo do życia i prawo utrzymania go na odpowiednim poziomie, do którego daje lekarzom prawo ich stanowisko i ciężar gatunkowy ich zawodu. Na widownię walk ekonomicznych, odbywających się w łonie społeczeństwa, muszą wystąpić zbiorowe organizacje lekarskie, których zadaniem jest obrona interesów swych członków. Za powołaną do tego organizację uważa prelegent Związek Lekarzy Państwa Polskiego, zaś za nieodzowny warunek skuteczności walki ekonomicznej — należenie do tej organizacji wszystkich lekarzy, trudniących się pracą zarobkową. Izby Lekarskie ze względu na swój charakter póruczyć nie mogą występować zbyt aktywnie w obronie interesów materialnych lekarzy. Ważne jest opracowanie pewnych wytycznych postępowania na dalszą metę w celu zabezpieczenia praw i interesów stanu lekarskiego. Skoordynowana akcja Izby i Związków Lekarskich, poprowadzona według wspólnie obmyślanego planu, uwzględniająca nie tylko interesy materialne lekarzy, ale także ogólną sytuację gospodarczą Państwa oraz interes zdrowia publicznego, może doprowadzić do pożądanych wyników. Konieczna więc jest przewidująca i mądra polityka własna zawodu lekarskiego, ochraniająca go od spostonowania i upadku pod względem moralnym i materialnym (autoreferat).

Dyskusja:

Prof. Melanowski porusza zagadnienie położenia materialnego lekarzy szpitalnych. Dyrektor Szpitala z czworgiem dzieci otrzymuje 500 zł. miesięcznej pensji, ordynator — 200—300 zł. Cóż dziwnego, że w tych warunkach młodzież lekarska stroni od pracy szpitalnej? Ten, kto pracuje w szpitalu, wie, jak należy cenić pracę wolontariuszy: bez nich można by zamknąć pewne oddziały, a dopływ ich jest coraz mniejszy. Mówca nie może dostrzec różnicy między wymaganiami, stawianymi np. dyrektorowi tramwajów a dyrektorowi szpitala, a przecież różnica w uposażeniach jest olbrzymia. Obecnie lekarz nie ma warunków do pracy dla dobra Państwa.

Dr. A. Szwarz uważa, iż nędza lekarska jest paradyksem, gdyż jesteśmy państwem, mającym zbyt mało lekarzy. Winę za istniejący stan ponoszą czynniki administracyjne i sami lekarze. Jesteśmy obecnie w okresie przejścia z okresu praktyki indywidualnej do okresu praktyki zbiorowej, społecznej. Wina lekarzy polega na tym, że nie umieją walczyć o należne sobie prawa. Powinni się oni pod tym względem wzorować na pracownikach umysłowych, którzy stworzyli potężne organizacje. Obecnie asystent szpitala mniej zarabia niż posługacz. Coraz mniej lekarzy garnie się do pracy szpitalnej. Brak jest obecnie w Polsce 4.000—5.000 lekarzy. Sprawy te należy załatwić, a załatwić je muszą sami lekarze. Przy Izbach Lekarskich istnieją Biura Pracy, które nie powinny pozwalać na przyjmowanie zbyt złe opłacanych posad. Mówca uważa za odpowiedni dla lekarza 5-godzinny dzień pracy, gdyż lekarz musi co najmniej jeszcze 2 godziny dziennie poświęcić na naukę i czytanie pism naukowych. Za swą pracę musi otrzymywać lekarz minimum egzystencji, licząc po 8 złotych za godzinę pracy. Organizacje lekarskie powinny nawiązać kontakt z organizacjami pracowników umysłowych.

Dr. Hozer nie uważa, że Izby Lekarskie nie mogą występować w obronie interesów materialnych lekarzy. Lekarze w walce o swe prawa nie wyszli dotychczas poza okres „biadołnienia”. Uważa, że w walce tej należy kierować się dwiema tezami: pierwsza — wyzyskiwanie w 100% uprawnień Izby, druga — walczyć lub przegrać z honorem (dotąd żadna organizacja lekarska nie umiała tego uczynić). Poza wyzyskiem materialnym zwala się na lekarzy t. zw. pracę społeczną (leczenie rodzin emerytów, badanie dla P. W. i t. d.), t. j. obowiązki, które zasadniczo należą do Państwa, które je powinny spełniać za pomocą opłacanych przez siebie lekarzy. Zarobki lekarskie zaczynają się od 18 zł. miesięcznie, gdyż tyle otrzymuje np. lekarz Ubezpieczalni Społecznej w małym mieście prowincjonalnym, gdzie

czas trwania jego pracy ocenia się na 15 minut dziennie, a wzamian za to wynagrodzenie ma on być całą dobą do dyspozycji ubezpieczonych. Zaniedbanie spraw lekarskich i leczniczych odbija się ujemnie na stanie obronności Państwa. W dzisiejszych metodach prowadzenia wojny każdy powiat powinien mieć swój szpital, a tymczasem ze względów oszczędnościowych likwiduje się małe szpitale, buduje się zaś duże, co nie wytrzymuje krytyki. Odpowiedzialność za istniejący stan rzeczy ponoszą lekarze, kierujący polityką szpitalną. Mówca nie porusza zagadnienia strajku, lecz lekarze powinni być tak zorganizowani, aby lekano się samej możliwości strajku lekarzy. Uważa, że obecna polityka Związku Lekarzy jest niewłaściwa. Porusza też podział kompetencji pomiędzy Izbami Lekarskimi a Związkiem Lekarzy. Uważa, że walki nie należy rozpoczynać od spraw materialnych, gdyż będzie to niepopularne, lecz raczej od spraw natury zasadniczej, mających znaczenie ogólne, społeczne. Lekarze nie mają wglądu w warunki pracy chorych, nie znają bezpieczeństwa i higieny pracy: częstokroć inżynierowie znają je lepiej niż lekarze. Sprawy materialne lekarzy należy łączyć ze sprawami zdrowia publicznego. Dążyć trzeba do przywrócenia Ministerstwa Zdrowia Publicznego, a występować w interesie społeczeństwa, zdrowia publicznego, obronności Państwa.

Dr. Knappe stwierdza, iż od powstania pierwszych szkół lekarskich w Polsce, a mianowicie: Szkoły Wydziału Lekarskiego w r. 1808, Uniwersytetu Królewsko-Warszawskiego, przemianowanego na Aleksandrowski (od 1816—1830 r.), Cesaarsko-Królewskiej Akademii Medyko-Chirurgicznej (od r. 1855—1862) i Szkoły Głównej (r. 1862—1874) adepci medycyny byli wychowywani w zasadach romantyzmu. Medycyna była posłannictwem, lekarz — kapłanem, obowiązany nieść pomoc cierpiącej ludzkości z zapomnieniem o sobie. Lekarz, targujący się o swoje honorarium, był nie do pomyślenia. Wszystkie, co potrafił w swoim zawodzie, powinien był ofiarować ludzkości, a we własnym społeczeństwie miał być filarem, wzorem wszystkich cnót. Było to zrozumiałe w epoce romantyzmu. Zaczynało się zmieniać w okresie pozytywizmu, a zupełnie jest już niezrozumiałe w dobie obecnego realizmu i powszechnej walki o byt. Walczą o byt swój państwa, pomiędzy sobą walczą warstwy społeczne, podzielone na klasy, walczą poszczególne jednostki. „Siła przed prawem” — już dawno stała się zasadą między państwami; rządy stosują tę zasadę względem swoich obywateli. „Zasada mocnej ręki” — oto hasło rządowe powojenne w rządzeniu krajem. Śmieszny jest, kto powoływałby się dziś na jakąś słuszność. Prawa wydaje się dla ratowania zagrożonych finansów skarbu z zupełnym pominięciem zasad sprawiedliwości — i nikt się temu nie dziwi. W tym zamęcie walki, przejawów siły, obłudy, rozpychania się, kroczy chudy, zapatrzonej w swą gwiazdę przewodnią, przyodziany w szmaty stroju romantycznego — Don Kichot — lekarz współczesny. Nikt już w jego romantyzm nie wierzy, ludzie trzeźwi palcami go wytykają, młodzież gwizduje na jego widok, psy chwytają za chude łydki. Daleko lepiej pasuje do obecnego pokolenia gruby Sancho Pansa. On jest uosobieniem równowagi i rozwagi. Socjaliści nigdy nas nie lubili, komuniści tym bardziej. Po wojnie znaleźliśmy się lekarze w niepospolitych opałach. Dostaliśmy straszliwie w skórę. Proletariat przemysłowy i rolny ma swoje prawa socjalne, które go jakoś bronią. Wielcy kapitaliści znaleźli pewien język wspólny z władzami państwowymi. Cały ciężar różnorodnych ofiar powojennych, wynikających z etatyzmu, ze wzmoczonych podatków, ze spadku konsumpcji i niesumiennych operacji kredytowych rządów, spadł przede wszystkim na klasy średnie. Klasy średnie — to my, lekarze, prawnicy, technicy, to kupcy i rzemieślnicy, którzy nam sporządzają ubranie, meble. Zniweczone w Rosji, pogięzione w Niemczech i Włoszech, osłabione we Francji — oto los klasy średniej, która brała główny udział w budowie nowożytnego Państwa, nowożytnej ekonomii i nowożytnej cywilizacji. Jeżeli państwo będzie w dalszym ciągu gnębiło te warstwy ekonomicznie, my — warstwa zagrożona — powinniśmy się organizować w kierunku samoobrony *in articulo mortis*. Klasy średnie nie umieją się zrzeszać, nie widzą węzłów swej solidarności — to ich grzech! Klasy średnie stanowią w gruncie rzeczy większość, ale nie mają poczucia swej siły — to ich niedola. Ktokolwiekby uprzytomnił naszemu pokoleniu szczegółowe powojenne dzieje klas średnich, — ktokolwiekby oddał wiernie ducha niełitościwej eksploatacji finansowej tych klas przez państwo, — ktokolwiekby odmalował stopniowe zubożenie drogą złego prawodawstwa ludzi, stanowiących podporę państwa i rękojmnię równowagi społecznej, — ktokolwiekby dał obraz rozpaczliwej ucieczki klas średnich pod opiekę zasadniczo im wrogich ustrojów — ten uprzytomniłby współczesnym wielkie przewinienia naszej doby i obudziłby w jednych więcej poczucia odpowiedzialności, a w drugich więcej instynktu samozachowawczego. Czy takim obywatelem będzie ekonomista, czy publicysta — wszystko jedno; lekarze mogą dać dużo materiału dowodowego

ze swej nędzy obecnej. Zamiast jednak czekać takiego Mesjasza, daleko lepiej wziąć inicjatywę w swoje ręce chociażby w granicach zawodu lekarskiego. Do tego powołany jest poza Polskim Towarzystwem Medycyny Społecznej przede wszystkim Związek Lekarzy Państwa Polskiego. Obie te instytucje powinny co rychlej przystąpić do pracy aktywnej w obronie interesów zawodu lekarskiego.

Dr. H. J. Landau stwierdza, że, gdyby ankietę przeprowadzano wśród ogółu lekarzy, a nie tylko wśród członków Związku Lekarzy Państwa Polskiego, wyniki jej byłyby jeszcze bardziej opłakane, gdyż ankietę przeprowadzano jednak wśród lekarzy, mających posady i mogących opłacać stosunkowo wysokie składki związkowe. Wszyscy przedmówcy stwierdzali jedynie opłakane położenie obecne stanu lekarskiego w Polsce, nikt jednak nie starał się wnikać głębiej w jego przyczyny. Położenie stanu lekarskiego w Polsce jest gorsze niż w innych krajach. A przecież Polska należy do tych krajów europejskich, w których jest stosunkowo najmniej lekarzy. Jesteśmy wprawdzie państwem ubogim, lecz są kraje uboższe od nas, a jednak lekarzom nigdzie nie jest tak źle, jak w Polsce. Prof. Melanowski biadał nad niskim uposażeniem lekarzy szpitalnych, mówca uważa za jeszcze większe zło i bodaj przyczynę pauperyzacji stanu lekarskiego małą liczbę etatów szpitalnych. W Austrii, kraju niezbyt zamożnym, do pewnego stopnia potworkowicie o olbrzymiej głowie-stolicy (Wiedeń), oddział szpitalny o 80 łóżkach ma prócz ordynatora (prymariusza) 5 lekarzy płatnych: asystenta, 2 sekundariuszy i 2 aspirantów (u nas oddział taki np. 75 łóżek ma prócz ordynatora jednego lekarza płatnego). Nie są oni wprawdzie zbyt wysoko opłacani, lecz nawet aspirant otrzymuje mieszkanie, utrzymanie i około 100 zł. miesięcznie, ma więc minimum egzystencji (jest to zawsze bardzo młody lekarz bez rodziny), nie musi (i nie wolno mu zresztą) zajmować się prywatną praktyką, poza tym dalej się kształci w swym zawodzie, pracuje naukowo. Dzięki dużej liczbie płatnych stanowisk lekarskich każdy lekarz otrzymuje przeciętnie w rok po ukończeniu studiów lekarskich posadę, nie ma potrzeby ubiegania się za wszelką cenę o pacjenta. W Niemczech, posiadających tak dużo lekarzy, jest pod tym względem jeszcze lepiej: czytuje się przecież ciągle w pismach lekarskich dziesiątki ogłoszeń o wakujących posadach nawet dla studentów medycyny. To samo jest we Francji, gdzie stanowiska te są obsadzane na podstawie wyników anonimowego konkursu. U nas przy małej liczbie płatnych posad szpitalnych nieliczni tylko lekarze mają możliwość otrzymania płatnej posady w szpitalu i to często po wieloletnim oczekiwaniu i odpowiedniej protekcji. Wskutek tego młodzi lekarze,

nie mając się z czego utrzymać, wkrótce po ukończeniu studiów zabierają się do praktyki prywatnej, w której napotykać wielu starszych lekarzy, z którymi zaczynają konkurować niskimi cenami. Prowadzi to do powszechnego obniżenia honorariów lekarskich w wolnej praktyce, a w następstwie i w instytucjach leczenia zbiorowego, które wyzyskują tę koniunkturę dla obniżenia uposażenia lekarskiego. Winę za ten stan rzeczy ponoszą również lekarze, kierownicy wydziałów szpitalnictwa, zgadzający się na komasowanie oddziałów i redukowanie stanowisk lekarskich. Akcję uzdrowienia sytuacji stanu lekarskiego należy zacząć od podstaw — od walki o większą liczbę etatów lekarskich w szpitalach, sanatoriach i t. p.

Dr. Rodziejewicz stwierdza, że sprawy bytu lekarzy są omawiane w Polskim Towarzystwie Medycyny Społecznej, a sprawy medycyny społecznej w Związku Lekarzy Państwa Polskiego, gdy właściwie powinno być naodwrot. Pauperyzacja lekarzy jest skutkiem wyzysku lekarzy, a przyczyną wyzysku jest nieżyczliwe stanowisko pracodawców i bierność pracobiorców. Pierwsze jest naturalne i zrozumiałe. Nie zgadza się z wywodami przedmówców co do bierności lekarzy, winą leży po stronie ich przywódców. Należy szukać realnego wyjścia z sytuacji, a nie biadolić. Należy skasować dwutorowość organizacyjnego życia lekarskiego. Izby Lekarskie powinny przekazać wszystkie sprawy materialne Związkowi Lekarzy Państwa Polskiego. Należy zreorganizować Związek, nadając mu wyłącznie charakter zawodowy, a przede wszystkim zreorganizować władze Związku, stawiając na jego czele lekarzy, którzyby się zajmowali wyłącznie jego sprawami. Działalność Związku musi być wszechstronna. Należy stworzyć przy Związku kasę samopomocową, która by zapewniła lekarzom byt w razie bezrobocia lub strajku.

W odpowiedzi stwierdza Dr. Huszcza, że pragnął w swym odczycie szczególnie podkreślić brak wszelkiej polityki zawodowej stanu lekarskiego. Sprawy zawodowe poruszył tylko szkicowo. Doraźne korzyści na poszczególnych odcinkach pracy nie rozwiązują zagadnienia. Należy opracować plan na dłuższą metę. Wszyscy mówcy podnosili bierność, brak czynnej polityki, braki organizacyjne Związku. Przywódcy powinni wykonywać pewien plan, opracowany przez ogół lekarzy. Należy wyzbyć się w dużym stopniu romantyzmu. Strajku jako środka walki nie usuwa się na bok. Jednak uważa, że strajk nie powinien być granicą walki, do której mogą dojść lekarze, gdyż pewien zakres pracy musi być zawsze wykonywany przez lekarzy. Strajk może tylko polegać na nieprzyjmowaniu pracy o nieodpowiednich warunkach lub zawieszeniu wykonywania pewnych czynności. Decyzje należy zawsze zostawiać przywódcom.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 30 maja r. b. odbył się w Druskienikach przy udziale p. Ministra Opieki Społecznej uroczysty obchód 100 rocznicy istnienia zakładu zdrojowego z programem następującym: o godz. 9-ej nabożeństwo, 10 m. 30 akademii: zagajenie — Dyr. W. Abramowicz, Druskieniki w przyszłości — prof. Dr. Ad. Wrzosek, Wartości lecznicze Druskienik — prof. Dr. Al. Januszkiewicz, Powietrze, słońce i ruch jako przyrodne środki lecznicze w Druskienikach — prof. Dr. P. Gantkowski. 12 m. 30. Odsłonięcie pamiątkowej tablicy na domku Marszałka J. Piłsudskiego, 13 — 14 Zwiedzanie zakładu zdrojowego i źródeł, 15. Obiad w Kasynie, 18—19. Zwiedzanie solarium, 20 Raut w Kasynie.

— W dniach 28, 29 i 30 czerwca r. b. odbędą się w Paryżu dni przyjaźni lekarskiej polsko-francuskiej pod wysokim patronatem pana Prezydenta Rzeczypospolitej francuskiej i pana Ambasadora Polski w Paryżu, a pod przewodnictwem prof. A. Charda, sekretarza generalnego Akademii lekarskiej. Manifestacja tej przyjaźni ma być dalszym ciągiem dwóch Zjazdów lekarskich francusko-polskich, odbytych w Warszawie w r. 1920 i w Paryżu w r. 1925 i ma na celu wznowienie łączności kulturalnej i koleżeńskej obu krajów. Komitet organizacyjny dołoży wszelkich starań, aby koledzy polscy wynieśli z Francji i z Paryża jak najmielsze wspomnienia. Program prowizoryczny zapowiada poza uroczystym posiedzeniem Akademii lekarskiej i posiedzeniami Towarzystw Lekarskich liczne przyjęcia i bankiety, zwiedzanie instytutów naukowych i szpitali, zwiedzenie wystawy, koncert Paderewskiego, przedstawienia teatralne i wy-

cieczki. Zapisy przyjmuje: Prof. Chevallier, 241 Boulevard St-Germain. Paris (7-e).

— Program VII Zjazdu Mikrobiologów i Epidemiologów Polskich, który się odbędzie w ramach Sekcji Mikrobiologii i Epidemiologii XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie. 6 lipca (poniedziałek, godz. 8—11. Referat programowy: L. Hirszfild (Warszawa): Rola zakażeń w przyrodzie. Dyskusja. Tematy zgłoszone: A. Kleczkowski (Kraków): O własnościach serologicznych poszczególnych frakcji białka surowicy. L. Dmochowski (Warszawa): Badania nad swoistością serologiczną nowotworów zwierzęcych. T. Kraushar-Taubenfeldowa (Warszawa): Immunobiologia procesów martwiczych. L. Hirszfild—W. Halberówna (Warszawa): Badania nad immunobiologią ropy, zserowaciałej tkanki gruczołowej i nowotworów. Godz. 11—14. (Posiedzenie plenarne). Godz. 16—20. Tematy zgłoszone: D. Jabłońska — R. Zajdlówna (Warszawa): Analiza jadów błoniczych w związku z typami maczugowców błoniczych. J. Seydel (Warszawa): W sprawie stałości typów w obrębie maczugowców błoniczych. J. Zopoth-Jankowska (Lwów): Zachowanie się typów gravis, mitis i intermedius maczugowca błonicy na terenie lwowskim. K. Lachowicz (Warszawa): Nosicielstwo maczugowców błoniczych w zależności od pór roku z uwzględnieniem typów. S. Stetkiewicz (Warszawa): Metabolizm tlenowców i beztlenowców. A. Ławrynów (Warszawa): Metodyka badania bakteriologicznego na obecność laseczek zgorzeli gazowej. Z. Bohdanowiczówna — A. Ławryno-

wicz — J. Szymańska (Warszawa): Spostrzeżenia nad patogenezą zgorzeli gazowej. J. Celarek — B. Fejgin (Warszawa): O powinowactwie antygenowym toksyny gronkowcowej z toksynami beztlenowców zgorzeli gazowej. H. Meisel (Lwów): Budowa antygenowa laseczki flegmony gazowej (*Bac. perfringens*). J. Celarek — S. Statkiewicz (Warszawa): Beztlenowce w zapaleniu wyrostka robaczkowego. J. Jakóbkiewicz (Warszawa): Anatoksyny botulinowe. J. Celarek (Warszawa): Surowica enterokokowa. J. Ratajówna (Kraków): Bakteriologiczne badanie mleka rynkowego w Krakowie. S. Stetkiewicz (Warszawa): Otrzymywanie surowic precipitujących za pomocą białka oczyszczonego. J. Jakóbkiewicz (Warszawa): Miareczkowanie surowicy anti-coli. I. Lipska (Warszawa): O pałeczkach okrężnicowych, wyodrębnionych z przypadków zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych i ich bakteriofagi. I. Lipska (Warszawa): Pałeczki i bakteriofagi okrężnicowe z masła. I. Dworecki (Warszawa): O technice przechowywania szczepów bakteryjnych. J. Pitulanka (Kraków): Zastosowanie samolotu do mikrobiologicznego badania wyższych warstw powietrza. L. Fleck (Lwów): Wpływ surowic prawidłowych na przebieg reakcji serologicznych (Przyczynek do sprawy odróżniania odczynów rzekomych od prawdziwych). Sz. Slopek (Lwów): Odczyn Bordet-Wassermanna a odczyn benzochołowy, citochołowy i zmeńnienia Meinickego (M. T. R.). 6 lipca (wtorek), godz. 8—11. Referat programowy: M. Gieszczykiewicz (Kraków): Morfologia i biologia pałeczek hemofilnych. Dyskusja. Tematy zgłoszone: J. Bogdanowicz — J. Goldberżanka (Warszawa): Zapalenie opon mózgowych, wywołane przez pałeczki koklusu. Z. Przybyłkiewicz (Kraków): Wpływ niektórych związków chemicznych hamujących krzepnięcie krwi na paciorkowce różnego pochodzenia. B. Fejgin — S. Saski (Warszawa): Hemotoksyny i własności proteolityczne gronkowców. W. Mirkowski (Warszawa): Własności biologiczne gronkowców i ich znaczenie w przebiegu zakażeń. Godz. 11—14. (Posiedzenie plenarne). Godz. 16—20. Referat programowy: M. Kacprzak (Warszawa): Czynniki społeczne w powstawaniu chorób zakaźnych. Dyskusja. Tematy zgłoszone: J. Celarek — J. Jakóbkiewiczowa (Warszawa): Spostrzeżenia nad uodparnianiem przeciwko płonicy w zakładzie zamkniętym. J. Jakóbkiewiczowa — R. Zajdlówna (Warszawa): Szczepienia jedno- i dwukrotne u dzieci różnych kategorii wieku. H. Walecki (Warszawa): Epidemiologia duru brzuszego w woj. warszawskim. J. Jakóbkiewicz (Warszawa): Profilaktyka dżumy w Polsce wobec możliwości zawleczenia zarazka drogą morską. L. Anigstein (Warszawa): Z epidemiologii Liberii. A. Kleczkowski (Kraków): O otrzymywaniu surowic anti M i anti N. S. Brzeźński (Warszawa): Normalne przeciwyjady gronkowcowe w surowicach ludności w Polsce. F. Przesmycki — L. Zmigriderowa - Konopka (Warszawa): Próby klasyfikacji pałeczek czerwonej rzekomej. R. Amzelówna (Warszawa): W sprawie antygeny V i pałeczek durowych. T. Goliborska — Z. Milińska - Szwojncka (Warszawa): Odchylenie dopełniacza ze szczepami łańcuszkowców hemolizujących w przypadkach szkarlatyny. W. Głowacka (Warszawa): Badania doświadczalne nad zarazkiem wściekły. W. Głowacka — M. Łabędź (Warszawa): Blokada układu siateczkowo-śródbłonkowego a odporność przeciw wściekły. W. Głowacka — M. Łabędź (Warszawa): Długotrwałość odporności u szczepionych zapobiegawczo psów przeciw wściekły. M. Łabędź (Warszawa): Czy szczepione zapobiegawczo psy przeciw wściekły a następnie zakażone zarazkiem ulicznym są roznosicielami zarazy. St. Legeżyński (Lwów): Badania doświadczalne nad zarazkiem

nosówki (*Febris catarrhalis et nervosa canum*). S. Snieszko — A. G. Norman — J. Kleczkowska (Kraków): Badania nad nowym drobnoustrojem otoczkowym wyosobnionym z gleby. I. Dworecki — M. Bejrak (Warszawa): Z badań nad otoczkowcami rodzaju *Klebsiella*. W. Kuryłowicz — E. Mikulaszek (Lwów): Budowa antygenowa pałeczki twardej i jej odmian. W. Kuryłowicz — E. Mikulaszek (Lwów): Zachowanie się surowic chorych na twardziel wobec frakcji białkowych i węglowodanowych z pałeczki twardej i jej odmian. Sz. Mielnik - Kośmiderski (Lwów): Antyagocytarne działanie wielocukrów pałeczki twardej. N. Gąsiorowski — W. Kuryłowicz — H. Meisel — E. Mikulaszek (Lwów): Z badań nad florą bakteryjną borowiny w Morsynie. 7. lipca (środa), godz. 8—11. Referat programowy: R. Weigl (Lwów): Chorobotwórcze i uodparniające działanie rickettsji ze szczególnym uwzględnieniem duru osutkowego. Dyskusja. Tematy zgłoszone: B. Fejgin (Warszawa): W sprawie istoty zarazka duru plamistego. J. Zwierz (Brześć n. B.): Badania doświadczalne nad zarazkiem duru plamistego u dzikich szczurów. Doniesienie II. H. Mosing (Warszawa): Badania doświadczalne nad drem plamistym. H. Mosing (Warszawa): Badania epidemiologiczne nad tyfusem plamistym. A. Herzig (Lwów): Zachowanie się rickettsji różnych typów tyfusu plamistego w organizmie zwierząt doświadczalnych. J. Starzyk (Lwów): Żywotność zarazka tyfusu plamistego wszy przechowanego poza jej organizmem. E. Mikulaszek (Lwów): Z badań nad mechanizmem odczynu Weil-Felixa. godz. 11—14. — (Posiedzenie plenarne).

SPROSTOWANIE.

W Nr. 19 „Warsz. Cz. Lek.” w dziale Colloquium terminologicum na str. 380 w szpalcie prawej, wierszu 3 od góry, zamiast: ręcawego powinno być: ręcawego.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

10.VI. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Dr. J. Nelken. Humanizacja wojny w świetle zagadnień higieny psychicznej.

Résumé des articles originaux.

M. KACZYŃSKI. L'oeuvre littéraire dans un cas de paralysie générale avec aphasie.

Il s'agit d'un homme de lettres âgé de 46 ans atteint de paralysie générale et ensuite d'aphasie motrice complète à la suite d'une apoplexie cérébrale. Littérateur et poète de grand talent il a écrit des oeuvres très appréciées. L'évolution de la paralysie générale et l'apoplexie cérébrale qui a provoqué l'aphasie et l'agraphie ont rendu impossible toute activité littéraire. En pleine évolution des symptômes morbides sous l'influence d'un vif désir de création, le malade trouve subitement l'inspiration qui a aboli tous les obstacles organiques au point qu'il est en état d'écrire un poème et un vers d'une grande valeur littéraire. En dehors de ses heures d'inspiration la démence et l'impossibilité d'écrire sont très accentuées. L'article a pour but de souligner et de constater l'importance de la force dynamique du sentiment et la relativité des bases de localisation.

A. P.

B. KNICHOWIECKI. Nutromalte dans les troubles de digestion et de nutrition chez les nourrissons.

Nutromalte est un remède nutritif. Il contient 31% de maltose, 67% de dextrine, 1,5% d'autres hydrates de carbone et 0,5% de sel de cuisine. L'auteur a traité plusieurs cas de troubles digestifs et de nutrition insuffisante chez les nourrissons. Les résultats du traitement étaient très satisfaisants.

TREŚĆ: M. KACZYŃSKI: Twórczość literacka w przypadku porażenia postępującego i afazji. — B. KNICHOWIECKI. Nutromalt w przypadkach zaburzeń trawienia i upośledzeń odżywiania u niemowląt. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. KACZYŃSKI. L'oeuvre littéraire dans un cas de paralysie générale avec aphasie. — B. KNICHOWIECKI. Nutromalte dans les troubles de digestion et de nutrition chez les nourrissons.