

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. Doc. W. Nowicki. Badania nad istotą chromochłonną nadnerczy zwierząt i ludzi w schorzeniach nerek. (Dok.). Str. 947. II. A. Pużawski. Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą Graves'a (Basedow'a). (C. d.). Str. 954. III. J. Babiński. W sprawie czynności i zaburzeń w układzie mózdkowym. (C. d.). Str. 958. *Dział sprawozdawczy.* 148. RAYMOND. O zaniku dziedzicznym nerwu wzrokowego. Str. 962. 149. F. REICHE. Starczy typ nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Str. 963. I-y Zjazd Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polskich. Str. 964. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

I. Z INSTYTUTU PATOLOGICZNO-ANATOMICZNEGO UNIwersYTETU WE LWOWIE [PROF. OBRZUT].

Badania nad istotą chromochłonną nadnerczy zwierząt i ludzi w schorzeniach nerek.

Podał

Doc. W. Nowicki.

[Rzecz wygłoszona na I Zjeździe internistów polskich w Krakowie w dniu 21-go lipca 190

(Dokończenie. — Patrz Nr. 42).

II.

Druga część mej pracy polegała na badaniu nadnerczy ludzi, u których znajdowałem zmiany w nerkach i to zmiany głównie przyrody zapalnej.

Ogółem biorąc, zbadałem 40 przypadków, a wchodziły w nie zapalenia ostre i przewlekłe, ropne i nieropne, a wreszcie i skrobiawica nerek. Wobec tego, że w tych badaniach chodziło mi nie tyle o utkanie nadnerczy, ile raczej o stan istoty chromochłonnej, dlatego też największą wartość przedstawiały dla mnie nadnercza brane ze zwłok jeszcze ciepłych lub wzięte przynajmniej w 10 do 12-u godzin po śmierci. Wiadomą bowiem rzeczą, że ta istota traci powinowactwo do soli chromowych, a zatem nie barwi się bronzem, jeżeli nadnercza wzięto ze zwłok w dłuższy czas po śmierci. W bada

niach ludzkiego materiału uwzględniałem bardzo często i zwoje współczulne trzewowe.

Nadnercza i zwoje wyjmowałem w sposób praktykowany w tutejszym instytucie, a więc po wycięciu wątroby, żołądka i nerek razem, odpreparowywałem od strony kręgosłupa w sposób łatwy i dokładny zwoje i nadnercza.

Ze względu na dość duży materiał, aby opisu zbyt nie rozszerzać, nie będę opisywał każdego przypadku z osobna, ale pokrótce, ująwszy przypadki w grupy, podam wyniki otrzymane z badania.

Na 40 przypadków zbadałem 12 ostrego, krwotocznego zapalenia nerek, prawie zawsze jako powikłanie ostrych chorób zakaźnych, najczęściej posocznicowych, 12 przewlekłego zapalenia nerek z przerostem serca, 7 przypadków wielkiej, białej, miękkiej nerki WAGNERA (*nephr. degenerat. subchronica*) ze zmianami tłuszczowymi, 3 zapaleń ropnych, z tego dwie postaci zatworowe, jedna ropna wstępująca, 3 przypadki czystej skrobiawicy i 3, gdzie wykonano wycięcie nerki z powodu jej gruźlicy.

Dla łatwiejszego przeglądu, podaję krótkie zestawienie przeciętnego ciężaru i wymiarów badanych nadnerczy:

Rodzaj zapalenia	Strona	Ciężar nadnerczy w gramach			Wymiary nadnerczy w centim.
		przeciętny	największy	najmniejszy	
Ostre krwotoczne . . .	prawa	6,7	8,4	4,5	5,4×3,4×0,5
	lewa	6,0	8,4	4,5	5,6×2,6×0,7
Przewlekłe	prawa	7,39	10,4	5,5	5,2×3,3×0,6
	lewa	6,97	10,6	4,2	5,8×3,5×0,8
Biała miękka duża nerka	prawa	7,02	7,6	6,5	5,3×3,3×0,6
	lewa	6,7	7,5	5,5	6,2×2,7×0,6

W wymienionym porządku omówię pokrótce badany materiał.

Ciężar i kształt nadnerczy, pochodzących z przypadków krwotocznych postaci ostrego zapalenia nerek, w badanych przeze mnie nadnerczach nie przed-

stawiał nie atypowego. Gdy przeciętny ciężar nadnercza prawego i lewego wynosi według badań na bardzo dużym materiale, przeprowadzonych przeze mnie i HORNOWSKIEGO, 6,2 grm. i 7,3 grm., to w nadnerczach tej grupy wynosił 6,01 grm. i 6,7 grm., przyczem największy ciężar wynosił dla każdego z nadnerczy 8,4 grm., najmniejszy zaś 4,5 grm.

Badanie drobnowidzowe wykazuje w omawianych nadnerczach stale utrzymujące się przekrwienie i to głównie w korze, mianowicie w jej warstwie siatkowej. Nadto spotykamy w korze, mniej w istocie rdzennej wylewy krwi, które jednak nie mają charakteru rozlanych. W niektórych nadnerczach spotykałem wśród istoty rdzennej nieznaczne nacieki drobnokomórkowe. Badanie na obecność kulek lipoidalnych wykazało przeciętnie dość dużą ich liczbę.

Istotę chromochłonną zawsze znajdowałem, zachodziły tylko nieznaczne różnice w jej ilości, jako też w sile barwienia się, co zresztą możnaby odnieść do różnicy czasu, w jakim je brano do badania od chwili śmierci danego osobnika.

Główną zatem zmianą nadnerczy z przypadków krwotocznego ostrego zapalenia nerek—to silne przekrwienie i wybroczyny usadowione głównie w korze.

Większą rozmaitość przedstawiały nadnercza z przypadków przewlekłego zapalenia (*nephritis interstitialis chronica*).

Przeciętny ciężar nadnerczy tej grupy nieco zwiększony, bo prawego 7,39 grm., lewego 6,97 grm., najcięższe prawe 10,4 grm., lewe 10,6 grm.; w wymiarach różnicy niema.

Badanie drobnowidzowe wykazuje zwykle zgrubienie torebki, bardzo często poprzerastanie kory pasemkami tkanki łącznej, idącej od strony torebki; rzadziej widzimy i w istocie rdzennej pomnożenie tej tkanki. Często spotyka się przekrwienie tak w korze, jak i istocie rdzennej, nawet wybroczyny. W jednym przypadku tak w korze, jak i rdzennej duże szkliste masy. Ściany naczyń często i silnie zgrubiały. Kulek lipoidalnych spotykałem dużo, przeważnie więcej, niż w ostrem zapaleniu.

Zachowanie się istoty chromochłonnej przedstawia również dość znaczną rozmaitość.

W tych przypadkach, w których na sekcji znaleziono typowe przewlekłe zapalenie z przerostem serca, gdzie jednak zejście śmiertelne stosownie do całego sekcyjnego obrazu nie było następstwem schorzenia nerek, lecz jakiejś innej choroby, najczęściej o ostrym przebiegu, znajdowałem znaczną ilość istoty chromochłonnej i to zazwyczaj silnie brązowej. W tych zaś przypadkach, gdzie bezpośrednią przyczynę śmierci należało odnieść do schorzenia nerek, tam istoty chromochłonnej było mniej i przedstawiała się zazwyczaj jasno-żółtą.

Owo zmniejszenie się ilości istoty chromochłonnej i jej zblednięcie występowało w nadnerczach szczególnie tych przypadków, w których tak klinicznie, jak i anatomicznie występowało schorzenie nerek na pierwszy plan i było, jak wspominałem, ostateczną przyczyną śmierci.

W trzeciej grupie materiału ludzkiego badałem nadnercza z 7-u przypadków sekcyjnych, w których znaleziono wielką, białą, miękką nerkę. Przeciętny ciężar nadnerczy: prawego 7,02 grm., lewego 6,7 grm., najcięższe 7,6 grm., najlżejsze 5,57 grm. Z tych cyfr widzimy, że mimo nieraz spotykanej w przypadkach tej grupy skrobiawicy, przeciętny ich ciężar nie odbiega od prawidłowego. Ze zmian drobnowidzowych należy i tu podnieść przekrwienie i znaczniejszą w porównaniu z poprzedniemi liczbę kulek lipoidowych. Co się tyczy zachowania istoty chromochłonnej, to było jej prawie zawsze mniej; w jednym przypadku nie znalazłem jej wcale, czemu jednak nie przypisuję znaczenia wobec wyjęcia nadnercza po upływie dłuższego czasu od śmierci.

W trzech przypadkach skrobiawicy nerek, badanie nadnerczy wykazywało również zmiany skrobiawicowe i to tylko w korze, mianowicie w jej warstwie pasmowej i siatkowej; warstwa kłębkowa była wolna. W istocie chromochłonnej zmian nie znalazłem. Również nie spotykałem w niej zmian w przypadkach ropnego zapalenia nerek.

Wśród przypadków przewlekłego zapalenia nerek (*nephritis interstitialis chronica*) miałem 3, z wielką, białą, miękką nerką 1, gdzie niedługo przed śmiercią wystąpiły objawy mocznicy. Badanie nadnerczy tych przypadków mocznicowych wykazywało znaczne przekrwienie, głównie kory, a w jednym z nich liczne ogniska martwicze. Istota rdzenna cechowała się pewną wąskością. Istoty chromochłonnej w porównaniu z innemi przewlekłemi zapaleniami spotykałem znacznie mniej.

W końcu wspomnę jeszcze o 3-ch przypadkach, w których z powodu gruźlicy wycięto jedną nerkę. Badanie nadnerczy nie wykazało zmian w istocie chromochłonnej tam, gdzie już upłynęło kilkanaście dni od wykonania zabiegu operacyjnego, natomiast w trzecim przypadku, gdzie śmierć nastąpiła po niecałych dwu dobach, to istota przedstawiała się bledziej, a po stronie operowanej było jej mniej, niż po stronie wyciętej nerki.

Jeżeli zatem zbierzemy wyniki moich badań nad nadnerczami ludzkiemi przy schorzeniach nerek, w szczególności przy ich stanach zapalnych, to widzimy stale w nich utrzymujące się przekrwienie i to głównie kory, mniej rdzennej, w przypadkach ostrych krwotocznych zapaleń wylewy krwawe, w przypadkach przewlekłych pewne pomnożenie tkanki łącznej podścieliskowej. Istota chromochłonna w postaciach zapaleń ostrych i skrobiawicy jest bez zmian, w postaciach przewlekłych zapaleń nerek jest jej dużo w tych przypadkach, gdzie schorzenia nerek nie można było uważać za przyczynę śmierci; tam zaś, gdzie było ono bezpośrednią przyczyną zejścia, było istoty chromochłonnej znacznie mniej.

Jak należy tłómaczyć wymienione zmiany, znalezione w nadnerczach w niektórych schorzeniach nerek?

Fakt stale spotykanego przekrwienia niezależnie od postaci zapalenia nerek możnaby odnieść do podrażnienia nadnerczy, które w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek łączy się ze wzmożeniem czynności, t. j. produkcji wydzieliny nadnerczy. Objawem tego wzmożenia jest, jak już z in-

nych badań wiemy, pojawianie się we krwi zwiększonej ilości adrenaliny, anatomicznie zaś intensywne nagromadzenie istoty chromochłonnej w nadnerczu. Nadmierna jednak czynność nadnercza wyczerpuje je z czasem, ilość istoty chromochłonnej się zmniejsza i to są te przypadki, gdzie klinicznie i anatomicznie odnosimy przyczynę śmierci do schorzenia nerki; są to zatem przypadki, gdzie między innymi występuje mocznica.

A jeżeli zbierzemy wyniki naszych badań doświadczalnych i badań materiału, otrzymanego na sekcji ludzi, to widzimy między nimi pewną równoległość. W pierwszym rzędzie widzimy pewien związek, jaki zachodzi między nerkami a istotą chromochłonną. Ten związek, jak już wspomniałem, polega na podrażnieniu nadnerczy, które wywołane jest nie tyle składnikami moczu, zatrzymanymi w ustroju, ile raczej jakimiś innymi ciałami, wytworzonymi i nagromadzonymi w ustroju wskutek nieprawidłowego stanu nerek. Wobec spostrzeżenia, że zachowanie się szczególnie istoty chromochłonnej jest do pewnego stopnia zależne od zajęcia nerki tej samej strony, należałoby dalej przypuszczać pewne wpływy przyrody nerkowej.

Pojawianie się zwiększonej ilości adrenaliny we krwi ludzi z przewlekłymi schorzeniami [zapaleniami] nerek jako wyraz podrażnienia i wzmożonej czynności nadnerczy, mógłby nam rozjaśnić genezę zmian w układzie naczyniowym, zmian towarzyszących szczególnie przewlekłym zapaleniom nerek. Wobec znanego działania adrenaliny na naczynia i serca, t. j. na ich pierwociny mięsne, działania stwierdzonego tak wybitnie między innymi przez p. POPIELSKIEGO, prawdopodobną jest rzeczą, że przerosty serca, spotykane w przewlekłych zapaleniach nerek lub innych ich schorzeniach, np. wodonerczu, są właśnie następstwem działania przez czas dłuższy zwiększonej ilości we krwi krążącej wydzieliny stale podrażnionych nadnerczy.

Wnioski:

1. Wycięcie jednej lub obu nerek u królików, względnie u psów powoduje wyczerpywanie się istoty chromochłonnej nadnerczy, większe po stronie nerki wyciętej, przyczem wyczerpywanie się jest tem znaczniejsze, im zwierzę żyło dłużej.

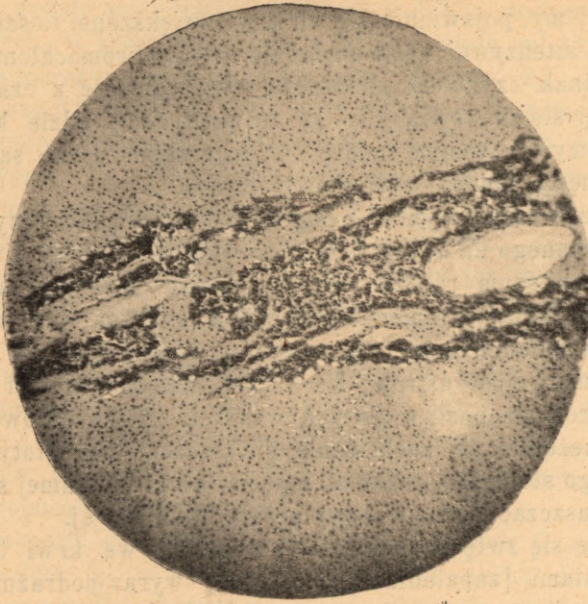
2. Temu wyczerpywaniu towarzyszy pojawianie się we krwi zwiększonej ilości adrenaliny.

3. Adrenalina, surowica krwi królika prawidłowego, pozbawionego nerek, surowica krwi człowieka z mocnicą oraz mocz ludzki z przewlekłego zapalenia nerek, prawdopodobnie także i inne ciała, działają powstrzymująco na wyczerpywanie się istoty chromochłonnej.

4. U ludzi z przewlekłymi schorzeniami [zapaleniami] nerek przychodzi do wzmożonej czynności nadnerczy, tem samem większej produkcji istoty chromochłonnej.

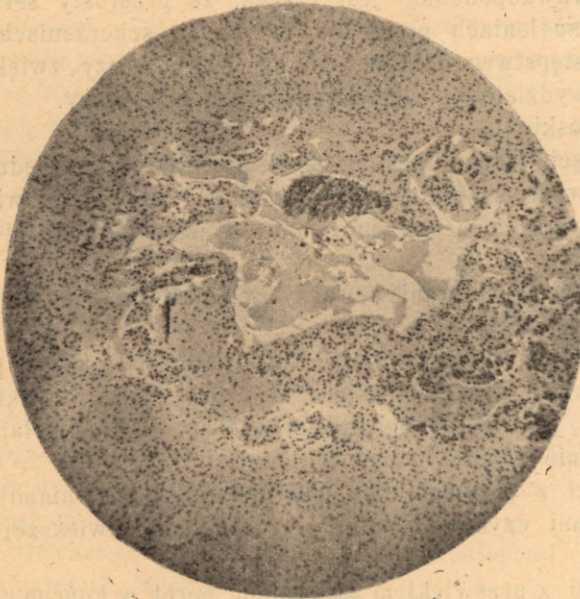
4. U ludzi z przewlekłym zapaleniem nerek w końcowym okresie [przedśmiertnym], a także w mocnicy, przychodzi do osłabienia czynności nadnerczy, a tem samem wyczerpywania się istoty chromochłonnej.

6. Zmiany występujące w nadnerczach, w szczególności w ich schorze-



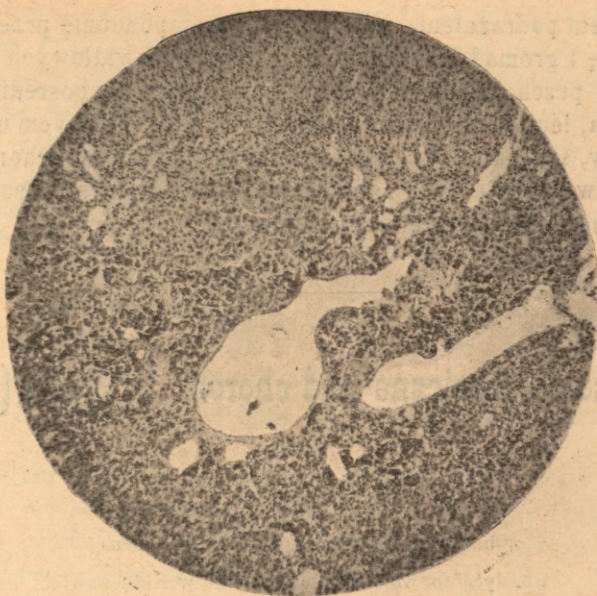
Rys. 1.

Nadnercze prawidłowe królika. Istota rdzenna z ciemną istotą chromochłonną (ilość prawidł.).



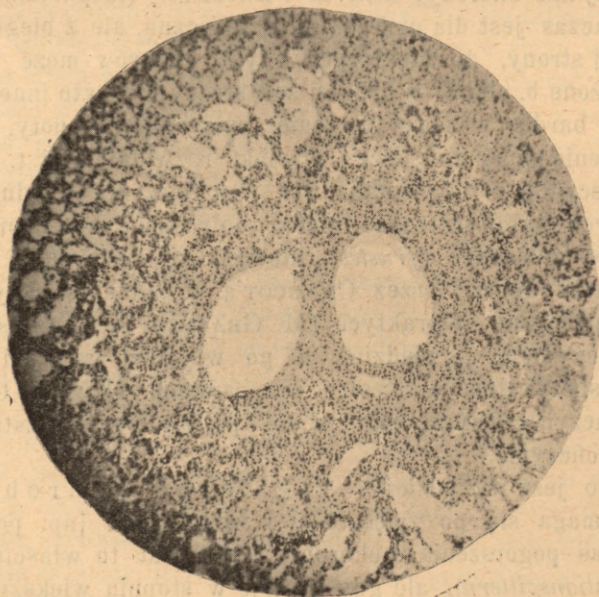
Rys. 2.

Królik 1. Wycięcie nerek. Żył $4\frac{1}{2}$ doby. Istota rdzenna i przestrzenie naczyniowe (w nich masy chromochłonne) znacznie rozszerzone. Istoty chromochłonnej śladzik.



Rys. 3.

Królik 11. Wycięcie obu nerek i wstrzykiwanie adrenaliny. Żył $4\frac{1}{2}$ doby. Rozszerzenie istoty rdzennej i przestrzeni naczyniowych. Nieznaczne zmniejszenie sie (zatrzymanie) istoty chromochłonnej.



Rys. 4.

Królik 15. Wycięcie obu nerek i wstrzykiwanie surowicy krwi. Żył $4\frac{1}{2}$ doby. Istota rdzenna i przestrzenie naczyniowe znacznie rozszerzone. Istoty chromochłonnej mniej (zatrzymanie) i ciemna.

niach są wyrazem podrażnienia nadnerczy prawdopodobnie przez jakieś ciała, wytwarzające się i gromadzące w ustroju przy nieprawidłowych stanach nerek. Podrażnienie to przechodzi do skutku nie tylko drogą bezpośredniego zadziałania na nadnercza, lecz także prawdopodobnie za pośrednictwem nerwów.

7. Zmiany, spotykane w układzie krwionośnym w schorzeniach nerek, w szczególności w przewlekłych zapaleniach, pozostają prawdopodobnie w związku ze wzmożoną pracą wydzielniczą nadnerczy.

II. Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą Graves'a (Basedow'a).

Podał

A. Puławski,

b. ordynator szpitala Dzieciątka Jezus

i b. dyrektor Zakładu leczniczego w Nałęczowie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 41].

Klasyczna trójca objawów, którą podpatrzyli pierwsi obserwatorowie interesującej nas choroby, GRAVES i BASEDOW (*exophthalmus*, *tachycardia*, *struma*) i dotychczas jest dla niej charakterystyczną, ale z biegiem czasu okazało się z jednej strony, że niektórych z tych objawów może brakować albo mogą być wyrażone b. słabo, z drugiej zaś strony wykryto inne objawy bardzo stałe, niektóre bardzo wczesne [drżenie, wychudnięcie, poty, śpieszenie się, ciemne zabarwienie skóry zwłaszcza powiek, rozwolnienie i t. d.], które same przez się nie decydują o rozpoznaniu, ale w połączeniu z jednym z objawów t. zw. klasycznych są dostateczne nieraz do rozpoznania choroby GRAVES'a. Tu należą t. zw. zamazane (*frustes*), niewykształcone postaci choroby GRAVES'a, opisane tak dobrze przez CHARCOT'a w jednej z lekcji wtorkowych, a tak często spotykane w praktyce (M. GRAVESII *incompletus*).

Najstalszym, mogę powiedzieć, a po większej części i najpierwszym objawem, jaki spotykałem w swoich przypadkach choroby GRAVES'a było drżenie kończyn górnych, mianowicie palców przy rozstawieniu tychże i niepodpartej kończynie.

Drżenie to jest szybkie, regularne o drobnych oscylacjach, wzmagą się po zmęczeniu i wzruszeniu [np. podczas badania] i wogóle podczas pogorszenia w chorobie. Nie jest to właściwie drżenie zamierzone (*Intentionszittern*), ale gdy istnieje w stopniu większym, przeszkadza do wykonywania pewnych czynności [np. nawleknięcia igły], a nawet do pisania [drżące pismo, *Zitterschrift*]. Drżenie to jest najbardziej zbliżone do drżenia, jakie spotykamy u ludzi normalnych pod wpływem wzruszenia lub zmęczenia cielesnego, a także u neurasteników. Różni się ono od drżenia alkoholicznego

przez większą prawidłowość rytmu, od starczego — przez szybkość oscylacji. W *scleros. diisem.* drży zwykle cała kończyna, w *paral. agitans* — oscylacje są większe, a palce przyjmują swoiste położenie; drżenie histeryczne zwykle żadnej prawidłowości nie przedstawia. Tylko w jednym przypadku drżenia zupełnie nie było, pomimo wyraźnych innych objawów. W jednym przypadku oprócz drżenia rąk stale istniało drżenie w stopach, raz — w języku, raz drżenie istniało we wszystkich członkach [ręce, nogi, głowa]¹⁾, w jednym przypadku istniał wyraźny oczopląs (*nystagmus oscillatorius*). Należy zwracać uwagę na drżenie i jego charakter, gdyż występuje ono często przed wszystkimi innymi objawami i może mieć znaczenie dla wczesnego rozpoznania choroby, jak to było w przytoczonym wyżej przypadku ROSENBLAT'a. W niektórych przypadkach daje się zauważyć drżenie ust. Raz drżenie to podczas wzruszenia dochodziło do tego stopnia, że chora z trudnością mogła mówić.

Drugim stałym objawem u naszych chorych było przyspieszenie tętna. Tylko w jednym przypadku nie było tego objawu [tętno 72]. Była to t. zw. zatarta postać (*f. fruste*) choroby GRAVES'a. 33-letnia mężatka, żona adwokata, po 2-em dziecku dostała skrzepu w prawej nodze. W tymże czasie pielęgnowała chorą matkę przez czas dłuższy. Wkrótce po śmierci matki zaczęła doznawać silnego osłabienia, przyczem zjawiały się napady omdlenia. Jednocześnie chora zauważyła lekkie obrzmienie szyi i niezwykle wyraz oczu. Chorej dokuczały zjawiające się napadowo rozwolnienia i uczucie gorąca. Przedmiotowo znajdowano małe tętniące wole, zaledwie dostrzegalny wytrzeszcz, objaw GRAEFE'go i STELLWAG'a. Tętno 72. Po kilkotygodniowym leczeniu nastąpiło zupełne wyzdrowienie [bez recydywy w ciągu lat 5]. W 2-gim przypadku chora miała wprawdzie tętno 72 na początku choroby, ale w dalszym rozwoju tętno stało się częstszym, a nawet podczas jednej z recydyw choroby miewała po kilka godzin napady bicia serca, w czasie których ilość uderzeń tętna dochodziła do 200. W 9-u przypadkach ilość uderzeń tętna wahała się od 130 do 180, w 28 od 20 do 130, w 26 od 100 do 120, w 12 od 90 do 100.

W 4-ch przypadkach była nie miarowość tętna [bez wady serca]. Powiększenia tępości serca zwykle nie znajdowałem. Zanotowałem je w 4-ch przypadkach, w którym istniała wada organiczna (*insuff. mitralis*). Zdziwiałąca jest rzeczą, jak chorzy znoszą dobrze tę kolosalnie nieraz wzmożoną działalność serca. Zdarzają się wprawdzie niekiedy napady bicia serca [jak np. wyżej opisany] i pewne nieprzyjemne sensacje w okolicy tegoż, ale naogół więcej dokucza chorym np. uczucie gorąca, niepokój nerwowy, niecierpliwść, śpieszenie się, drżenie, niż „serce“. Częstość tętna nie stoi w ścisłym związku z ciężkością przypadku, tj. że spotykamy ciężkie postaci choroby GRAVES'a z tętnem umiarkowanie szybkim [100—120] i odwrotnie, ale w każdym danym przypadku zwiększenie częstości tętna zwykle idzie w parze z pogorszeniem, zmniejszenie — z polepszeniem.

¹⁾ W przyp. ŁUCZKIEWICZA drżenie było tak silne, że autor uważał je za oddzielną chorobę (*paralysis agitans*).

Powiększenia gruczołu tarczowego nie mogłem się dopatrzeć w 5-u przypadkach, z tych jeden tylko można było uważać za zataroty (*f. fruste*), pozostałe 4 były to zupełnie wykształcone postaci choroby GRAVES'a.

Są autorzy, np. MURRAY, a także KOCHER, po części MOEBIUS, którzy nie pojmują istnienia choroby GRAVES'a bez powiększenia gruczołu tarczowego. Rzeczywiście, trudno jest w danym przypadku bez sekcji lub bez operacji twierdzić na pewno, że gruczoł tarczowy nie jest powiększony. Dlatego też należy przyjmować tego rodzaju spostrzeżenia z pewnem zastrzeżeniem, ale, z drugiej strony, brak „widocznego” powiększenia gruczołu tarczowego nie może być przeszkodą do rozpoznania choroby GRAVES'a.

Wole w większości moich przypadków było niezbyt wielkie, w przypadkach świeżych dość miękkie, powiększone jednostajnie, t.j. we wszystkich rozmiarach. Bardzo charakterystyczne dla wola w chorobie GRAVES'a jest tętnienie tegoż, szmery dające się nie tylko wysłuchać, ale wyczuć palcem [*schwirren*]. Nawet bardzo małe wola posiadają ten szczególny charakter, odróżniający je od wola z wyczajnego, od powiększenia gruczołu tarczowego, spotykanego nierzadko w blednicy. Jest to najczęściej *struma vasculorum*.

Tylko w 6-u przypadkach udało mi się wydobyć z chorych wyraźne przyznanie się, że wole istniało już dawniej, przed wybuchem choroby. Znaczyłoby to, że po większej części mieliśmy do czynienia z tak zwaną przez MOEBIUS'a pierwotną chorobą GRAVES'a (*m. Grav. genuinus*). Naturalnie, że twierdzić tego na pewno nie mogę, gdyż powiększenie gruczołu tarczowego niewielkiego stopnia uchodzi często uwagi chorych. Zdarzało mi się nieraz spotykać osoby z mocno zgrubiałą szyją [z powodu powiększenia gruczołu tarczowego], które absolutnie o tem nie wiedziały, uważając to zgrubienie za objaw naturalny, za wrodzoną jakąś właściwość budowy ciała.

Wielkość wola nie stoi po większej części w związku ze stopniem rozwoju choroby: przypadki ciężkie przechodzą nieraz przy wolu bardzo nieznacznem i na odwrót. Wole, podobnie jak *exophthalmus*, trwa najdłużej ze wszystkich objawów choroby GRAVES'a, przynajmniej w przypadkach leczonych bez operacji. Znam przypadek [zamieszczony w statystyce MALEWSKIEGO] u niemłodego mężczyzny, w którym jedyną pozostałością po dawno przebytej chorobie GRAVES'a było wole [twarde, nietętniące].

Do objawów, które nie tak łatwo ocenić, jakby się zdawało, należy *exophthalmus* [wytrzeszcz]. Wiele osób zupełnie zdrowych, posiada oczy wypukłe, wychodzące z orbit ponad zwykłą normę [odznacza się tem szczególnie u nas rasa semicka].

Ciekawe są pod tym względem pomiary, robione przez KOCHER'a [jun.] na zdrowych ludziach zapomocą odpowiedniego przyrządu (*Exophthalmometr* BIRCH-HIRSCHFELD'a). Badał on w tym celu 250 zdrowych osób i zdziwiony jest rozmaitością i szerokością, w jakich się wahają pomiary w poszczególnych przypadkach. Na większy lub mniejszy stopień wytrzeszczu wpływa, według niego,

nie tyle odległość biegunów gałki od brzegów orbity, ile rozszerzenie szpary ocznej. Nic więc dziwnego, że i ja w 20-u przypadkach byłem w kłopotcie, czy konstatować istnienie wytrzeszczu, czy nie. W każdym razie nie mogę uważać tego objawu za objaw stały i do rozpoznania nieodzowny. Dużo częściej spotykałem się z objawem GRAEFE'go, zwłaszcza przy częstem badaniu jednego i tego samego chorego [gdyż, jak wiadomo, objawu tego często nie można zauważyć przy jednorazowym badaniu]. Jeszcze częściej znajdowałem objaw STELLWAG'a [rozszerzenie szpary ocznej i mała ruchomość powiek]. Ten ostatni objaw nadaje szczególnie charakterystyczny wyraz osobom dotkniętym chorobą GRAVES'a. Te oczy „nieruchomo wytrzeszczone“, jak się wyraził CHAŁUBIŃSKI, ta „*expression sauvage*“, jak ją nazywa TROUSSEAU, wyciska osobliwe piętno na fizyognomii chorych, jest objawem bardzo wczesnym i niezawsze zależnym od *exophthalmus*, którego może wcale nie być. Niedowład konwergencji [objaw MOEBIUS'a] spotykałem bardzo rzadko.

Wychudnienie chorych było bardzo stałym objawem w moich spostrzeżeniach. Nie notowano go tylko w 6-u przypadkach. Wychudnienie to w wielu razach dochodziło do bardzo poważnych rozmiarów, jak np. 80 funtów [z 220 poprzedniej wagi], 68 f. [z 210], 60 [ze 168], 50 [z 216], 46 [z 206]. Utraty 30—20 f. należały do zwykłych. Na stratę wagi nie trzeba długo czekać. U jednej chorej z całą ścisłością można było wykazać, że straciła 15 f. w ciągu 3-ch tygodni. Chory stracił na wadze 50 f. w ciągu 3-ch miesięcy. Utrata na wadze jest jednym z najwcześniejszych objawów choroby GRAVES'a i najpewniejszym sprawdzianem poprawy; dopóki chorzy nie przestają chudnąć, nie może być mowy o poprawie. W okresie chudnięcia nie pomaga nawet bardzo obfite pożywienie: chorzy z jakimś fatalizmem, pomimo dobrego apetytu, chudną. W niektórych razach możnaby słusznie mówić o tak zw. przez HUCHARD'a ¹⁾ *crises d'amaigrissement*, zwłaszcza na początku choroby lub w razie poczynającej się wznowy.

Tak wielkie i tak szybkie straty na wadze spotykamy tylko w charłactwie przy nowotworach, w gorączkach zakaźnych [tyfus, gruźlica] i w cukrówie moczowej. Niektórzy badacze, przez analogię z tą ostatnią chorobą, chcieli nawet odróżniać dwa typy choroby GRAVES'a—tłustą i chudą [*the fat type and lean type*—H. MACKENZIE ²⁾], uważając ten ostatni typ [chudy] za prognostycznie gorszy. Tak jednak w rzeczywistości nie jest. Widziałem przypadki, w których chorzy pokrywali z łatwością bajeczne straty na wadze [$\frac{1}{4}$, $\frac{1}{3}$, nawet połowę wagi pierwotnej] i przychodzili do względnego zdrowia nie gorzej od tych, którzy tracili mało na wadze. O ile chorzy przejdą szczęśliwie „kryzys chudnięcia“, przybierają dość łatwo na wadze, gdyż po większej części nie tracą łaknienia, z łatwością poddają się leczeniu forsownem odżywia-

¹⁾ HUCHARD. Nature et traitement du goître exophthalmique. Journal des praticiens. 1900. cyt. H. SATTLER.

²⁾ H. MACKENZIE. A Lecture on Graves'disease. The British med. Jour. 1905, str. 1077.

niem. Straty, jakie chorzy ponoszą, dotyczą, jak się zdaje, tylko tkanki tłuszczowej. Co mię szczególnie uderżyło, to nierównomierny ubytek tłuszczu w różnych częściach ciała. Według moich spostrzeżeń, największemu wychudnięciu podlegają kończyny górne oraz klatka piersiowa (*mammae* u kobiet), mniej są zwykle wychudzone kończyny dolne i brzuch.

E. Mięrowicz spostrzegł dwa przypadki zaniku mięśni—obydwa w kończynach górnych.

Uderzającym jest fakt, na który już zwrócił uwagę B. MALEWSKI, że chorzy, którzy zostali dotknięci chorobą GRAVES'a, byli albo otyli z natury, albo też nabierali ciała przed samą chorobą. Takich przypadków [nie licząc statystyki MALEWSKIEGO] zanotowałem 30 [40%]. Wyżej wymienione fakty świadczą o jakimś szczególnem zaburzeniu w przemianie materii u chorych na chorobę GRAVES'a. Badań ścisłych istnieje w tym kierunku niewiele. Zebrał je wszystkie wspomniany wyżej prof. H. SATTLER [str. 340] a dają się one streścić w sposób następujący: pierwotnem w chorobie GRAVES'a jest wzmożenie spraw utleniających, czego następstwem jest wzmożona przemiana białka. W przeciwieństwie do gorączki, do charłactwa rakowego, w chorobie tej wzmożony jest więcej rozkład węgla niż białka i wychudzenie dotyka w pierwszej linii tłuszczów [FR. MUELLER ¹⁾]. Przyczyna chorobliwie wzmożonej przemiany materii musi być natury toksycznej. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa gruczoł tarczowy, a raczej zaburzenia w czynności tegoż muszą brać udział w swoistych zaburzeniach przemiany materii, jakie spotykamy w chorobie GRAVES'a. Wszak substancja tego gruczołu [tyreoidyna] w podobny sposób działa na przemianę materii, *resp.* na chudnięcie u osobników zdrowych.

[D. c. n.].

III. W sprawie czynności i zaburzeń w układzie móżdżkowym.

Napisał

Prof. J. Babiński,

lekarz szpitala Pitié w Paryżu.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 41).

Adiadokokcinezya. Adiadokokcinezya jest to zuiesienie, lub zmniejszenie diadokokcinezyi, t. j. własności wykonywania szybkiego następu-

¹⁾ FR. MUELLER. Allgemeine Pathol. der Ernährung w LEYDEN'a Handb. der Ernährungsther. und Diätetik. 1897. Basedow. Krankh. str. 173.

jących po sobie ruchów dowolnych. Przedewszystkiem trzeba zaznaczyć, że o zaburzeniu tem może być mowa tylko wtedy, jeżeli chory zachowuje całkowicie, lub prawie całkowicie siłę mięśniową i jest w stanie z szybkością normalną wykonywać ruchy zasadnicze; nie potrzeba chyba dodawać, że chory, dotknięty osłabieniem mięśni, nie będący w stanie wykonać szybko ruchu odosobnionego, nie może tem bardziej szybko wykonać ruchów po sobie następujących.

Aby oznaczyć tę własność szczególną, którą postaram się objaśnić później, zaproponowałem nazwę utworzoną z dwu terminów, pochodzących od dwu wyrazów greckich, z których pierwszy oznacza „następczy“, drugi „ruch“, słowo „adiadokokcinezya“ jest synonimem ruchu następującego (*successif*) i w uogólnieniu może oznaczać czynność, pozwalającą na wykonanie ruchów po sobie następujących.

Nazwa „adiadokokcinezya“ wprowadzona przez BROUNSA przez dodanie „a“ przeczącego, oznacza utratę lub zaburzenie tej czynności.

Zaburzenie to najwyraźniej występuje w kończynie górnej, a szczególnie przy czynności, polegającej na przekręcaniu ręki z największą szybkością naprzemian to ku wewnątrz (*pronatio*), to ku zewnątrz (*supinatio*).

Dotychczas przynajmniej spostrzegałem adiadokokcinezyę tylko przy zmianach w mózdzku, co nie daje mi jednak prawa do twierdzenia, że objaw ten jest wyłącznie właściwy tego rodzaju zaburzeniom. Spotyka się zazwyczaj w postaci mózgowo-rdzeniowej stwardnienia rdzenia rozsianego (*sclérose en plaques*); w tych przypadkach adiadokokcinezya wskazuje na istnienie ognisk stwardnienia w narządzie mózdkowym, bądź w samym mózdzku, bądź też poza tym narządem, np. w opuszce. Przy tej okazji pozwolę sobie przypomnieć, że zmianom tym przypisywałem dawniej drżenie gałek ocznych (*nystagmus*), mowę skandowaną, drżenie przy ruchach dowolnych, t. j. objawy, towarzyszące zapaleniu rdzenia wielogniskowemu, które niewątpliwie są pochodzenia mózdkowego.

Zaznaczyć należy, że w przypadkach choroby DUCHENNE de BONLOGNE'a, przy których w kończynach górnych występują wybitne zmiany czucia i ataksya, adiadokokcinezya nie zdarza się.

Adiadokokcinezya bywa już to obustronna, już to jednostronna, i wtedy objaw ten i powodujące go zmiany w mózdzku tej samej dotyczą strony. Fakt ten może być spożytkowany z punktu widzenia umiejscowienia nowotworu mózdzku.

Dane te, na które zwróciłem po raz pierwszy uwagę w r. 1902, stwierdzone zostały przez wielu neurologów.

MACFIE CAMPBELL i CROUZON na mocy przeprowadzonych poszukiwań ogłosił pracę [10], z której wyjątki pozwolę sobie przytoczyć.

„Badanie nad tym objawem przeprowadziliśmy na oddziale naszego kierownika PIERRE MARIE'go w szpitalu B i c ê t r e na siedmiu chorych, dotkniętych zapaleniem rdzenia wielogniskowem i na jednym chorym, okazującym zaburzenia ze strony mózdzku, które wystąpiły w następstwie urazu w okolicy potylicowej“.

Wyniki naszych badań są następujące:

„Czterech chorych, dotkniętych zapaleniem rdzenia wieloogniskowem, nie było w stanie wykonywać szybko ruchów odosobnionych tak ksobnych, a tem bardziej odsiebnych. Nie moglibyśmy przypisywać żadnego znaczenia temu objawowi u tych czterech chorych. Trzej inni chorzy przeciwnie wykonywali ruchy odosobnione szybko i dokładnie, lecz nie byli w stanie wykonać szybko naprzemiennych ruchów ksobnych i odsiebnych“.

„Objaw ten występował więc u tych chorych w całej pełni. U dwu tych chorych chód był niemożliwy z powodu zaburzeń w równowadze, trzeci mógł chodzić, o ile był podtrzymywany, lecz chód był chwiejny i przedstawiał typową postać chodu mózdkowego“.

Co się tyczy tego ostatniego, to MACFIE CAMPPEL i CROUZON stwierdzili adiadokokcinezyę lewostronną ze drżeniem przy wykonywaniu ruchów dowolnych i biegnięciem w bok (*lateropulsio*) ku tej samej stronie.

OPPENHEIM opisuje adiadokokcinezyę prawostronną w spostrzeżeniu XII swej pracy o guzach mózdku [11]. Guz mieścił się w prawej półkuli mózdku.

ITALO ROSSI zauważył adiadokokcinezyę w przypadku zaniku mięsca mózdku w jego substancji korowej [12].

SIEMERLING spostrzegał ten objaw wielokrotnie [13]. W przypadku, w którym autor ten obserwował adiadokokcinezyę lewostronną, sekcja wykazała torbiel w półkuli lewej mózdku.

HOMBURGER i BRODNITZ wspominają również o tym objawie u chorego, dotkniętego guzem mózdkowym [14].

GIERLICH [15] obserwował, pomiędzy innymi objawami, adiadokokcinezyę prawostronną, w przypadku, w którym przy sekcji wykryto mięsaka w ślimaku dolnym, uciskającego obie półkule mózdkowe, zwłaszcza prawą.

Objaw ten występował po stronie lewej w przypadku guza półkuli mózdkowej lewej, opisanym przez J. RAIMIST'A [16].

Wreszcie niedawno FLATAU [17] opisał przypadek nowotworu uciskającego stronę lewą mózdku, w którym za życia stwierdzono adiadokokcinezyę w kończynie górnej lewej.

K a t a l e p s y a m ó z d k o w a. Aby mieć o tej o sprawie pojęcie dokładne, pozwolę sobie opisać przebieg choroby, w której objaw ten w najwyższym stopniu swego rozwoju występuje w postaci najwyraźniejszej.

Przedewszystkiem muszę zwrócić uwagę na to, że chory ten chodzić nie może bez podtrzymania z powodu znacznego stopnia asynergii. Warunki, w których katalepsja okazuje się najwidoczniejszą, są następujące: chory leży na wznak, z udami zgiętymi, z goleniami lekko zgiętymi, stopami wykręconymi w odwrotną stronę, [rys. 6]. Gdy chory po położeniu się na wznak podnosi kończyny w celu przybrania pozycyi, o której mowa, natenczas kończyny jego i tułów z początku wykonywają ruchy chwiejne w różnym kierunku, zwłaszcza od strony prawej ku lewej, lub odwrotnie, lecz po kilku chwilach przybierają pozycyę nieruchomą. Ta nieruchomość jest nadzwyczajna. Człowiek normalny nie jest w stanie jej osiągnąć. Jest to nieruchomość maneki-

na, której nie zamacają żadne drgnięcia mięśnia. Przedstawia się zupełnie inaczej, aniżeli u najsilniejszych nawet ludzi, w tej samej pozycji. Utrzymuje się ona długo, w ciągu wielu minut, a chory w przeciwieństwie do tego, co spostrzega się u innych osobników, nie doznaje najsłabszego uczucia zmęczenia.

Przy łaskawej pomocy mego przyjaciela p. HALLION'a w celu skontrolowania moich spostrzeżeń zastosowałem metodę graficzną.

Oto opis sposobu, którym się posiłkowałem i wyniki moich badań.

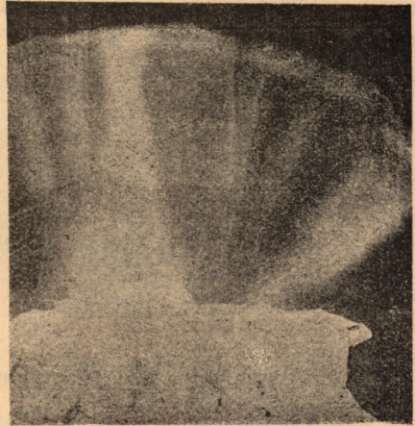
Położywszy chorego na wznak, w pozycji, wskazanej na rys. 6, z jednej strony umieszczaliśmy na udzie prawem miograf, którego guzik opierał się o część środkową powierzchni tylnej w celu zanotowania drgań mięśniowych, z drugiej zaś strony zastosowaliśmy przyrząd do zapisywania drgań stopy; w ten sposób otrzymaliśmy dwie krzywe, czas zapisywał metronom co sekunda.

Dla porównania notowaliśmy ruchy u osób zdrowych, silnych, znajdujących się w tej samej pozycji.



Rys. 6.

Asynergia. Poza w ciągu 15 sekund. Fotografia ta okazuje, że u chorego równowaga statyczna jest zachowana.



Rys. 7.

Poza w ciągu 15 sekund. Fotografia ta okazuje niestalość równowagi kończyn dolnych.

Część tych danych przedstawiają rys. 8-my, 9-ty i 10-ty: Do reprodukcji wybraliśmy umyślnie część końcową grafiku, który odpowiada drugiej minucie i z tego powodu jest mniej prawidłowy ze względu na prawdopodobne zmęczenie. Od osobników zdrowych przedstawiliśmy część środkową, trzecia krzywa przedstawia drżenie prawidłowe.

Stąd okazuje się, że drżenia stopy u osobników zdrowych są bardziej nieprawidłowe, aniżeli u chorych, dotkniętych sprawą mózdkową; takimi są zwłaszcza rysunki miograficzne, które przedstawiają zresztą w różnych miejscach wybitne różnice. U osobników normalnych dostrzedz można, zwłaszcza przy użyciu lupy na krzywej, ząbki nawet w najbardziej regularnych czę-

ściach; ząbki te są niewątpliwie w z wiązku ze wstrząśnieniami, drganiem mięśniowemi, dostrzegalnemi gołym okiem u chorego; natomiast u chorego oprócz bardzo małych ilości ząbków, zależnych prawdopodobnie od ruchów oddechowych, miograf kreśli linię równą.

Nieruchomość tę uważać należy za przejaw nowej własności ustroju chorego, a przynajmniej przesadną własność fizyologiczną. Objaw ten jest ważny sam przez się, pomijając już okoliczności, w których powstaje, i jest tem bardziej znamieny, że stanowi kontrast z niemożnością utrzymania równagi, gdy chory próbuje chodzić. Ważne jest również porównanie tego obrazu z objawami, spostrzeganymi w tych samych warunkach w przebiegu władu rdzenia. Jeżeli tabetyka położyć w tej samej pozycji, natenczas występuje drganie kończyn w różnych kierunkach: kończyny nie mogą utrzymać się w stałej pozycji [rys. 7]. Do tego nie jest niezbędne, aby brak koordynacji i zaburzenia w czuciu głębokiem były bardzo wyraźne. Ten brak równowagi zauważyć można u tabetyków, którzy jeszcze mogą chodzić i którzy przy zamkniętych oczach mają dokładne pojęcie o pozycji swojego ciała; ci chorzy wiedzą dobrze jeszcze w jakim kierunku poruszają kończyny, lecz już nie są w stanie pomimo wysiłków unieruchomić ich, tak przy otwartych, jak też i zamkniętych oczach.

[D. c. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

148. Raymond. O zaniku dziedzicznym nerwu wzrokowego.

Zanik dziedziczny nerwu wzrokowego występuje zazwyczaj u młodzieży między 18-ym a 25-ym rokiem życia, rzadziej około 30-go roku, bardzo rzadko dopiero w 40 ym roku życia.

Początek—osłabienie wzroku nagle, poprzedzone niekiedy bólami głowy; chory nie może rozpoznawać dobrze liter, później przedmiotów i ludzi. Przy badaniu zewnętrznem oczu zmian niema; oftalmoskopowo obraz jest rozmaity, zależnie od okresu rozwoju choroby: 1) okres przekrwienia tarczy, 2) okres *ischaemiae*, w którym tarcza odbarwia się naprzód w swoim odcinku zewnętrznym, a później cała; 3) okres ostateczny, w którym następuje *excavatio papillae*. Charakterystycznym jest to, że objawy subiektywne nie idą równocześnie ze zmianami na dnie oka; bywa tak, że chory widzi lepiej, może pójść do pracy, a tymczasem na dnie oka zmiany wyraźnie postępują. Jeszcze jeden objaw występuje zazwyczaj na początku tej choroby: *nyctalopia*, t. j. chory widzi lepiej przy mniejszym świetle, t. j. przy zachodzie słońca lub przy słabem sztucznem oświetleniu. Przy rozpoznawaniu różniczkowem należy zwrócić uwagę przede wszystkim na trzy choroby: tabes, toksyczne oślepienie i glaukomatyczną *excavatio*.

RAYMOND opisuje parę przypadków tego cierpienia i przychodzi do następujących wniosków: Cierpienie przejawia się zazwyczaj dziedzicznie i przytem

jednocześnie u kilku członków jednej rodziny; dziedziczność może być bądź w prostej linii: dziad, ojciec, wnuk; bądź w bocznej: wuj, siostrzeniec. U członków jednej rodziny objawy są prawie jednakowe. W etyologii nie gra roli ani syfilis, ani zakażenie, nie ma także znaczenia pokrewieństwo rodziców.

Rokowanie zaniku dziedzicznego nerwu wzrokowego jest mniej bez nadziei, niż w innych formach zaniku nerwu [np. przy wrodzonym rdzeniu]. Gdy cierpienie to dojdzie do pewnego stopnia rozwoju, zatrzymuje się; tylko bardzo rzadko następuje zupełne oślepienie: niektórzy chorzy mogą sami chodzić i nawet wykonywać niektóre roboty; wszyscy rozpoznają światło.

RAYMOND twierdzi, że cierpienie to jest zupełnie samoistne i należy wyodrębnić je jako specjalną jednostkę chorobną.

Bull. de l'Académie de médéc. 1909. Nr 9).

J. H.

149. F. Reiche. Starczy typ nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

SCHLESINGER w 1908 roku podał obraz przebiegu t. zw. „drętwy karku” u starców; obraz ten różni się zazwyczaj w zasadniczych punktach od obrazu u młodych osób tak dalece, iż SCHLESINGER uważał za stosowne wyodrębnić tę formę i nazwał ją „typem starczym drętwy karku”; zasadnicze cechy tego typu: powolny początek choroby, skłonność do wymiotów, wreszcie zamroczenie przytomności, bardzo szybkie tętno i zazwyczaj niższa ciepłota, niż w zwykłych przypadkach tej choroby; najważniejszym jest jednak brak sztywności karku, lub też bardzo słaby stopień sztywności, gdy natomiast objaw KERNIGA jest obecny stale. U ludzi starszych, powyżej 60-u lat, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych nagminne spotyka się na ogół rzadko; ze statystyki zbiorowej w czasie wielkiej epidemii na Śląsku w 1905 r. na 3153 przypadki tylko w 9 u przypadkach chorzy mieli więcej niż 60 lat, co stanowi zaledwie 0,3%.

REICHE podaje dwa przypadki starczego typu „drętwy karku”: w jednym chorą była 61-letnia kobieta, u której rozpoznanie choroby było stosunkowo łatwe; w drugim przypadku można było stwierdzić meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych dopiero na sekcji: chory, lat 61, na miesiąc przed przybyciem do szpitala spadł ze schodów, stracił przytomność. Od tego czasu musiał pozostawać w łóżku; mowa była utrudniona. Przy badaniu obiektywnem autor stwierdził bardzo wybitne zamroczenie świadomości; mowa bełkotąca; opadnięcie prawej powieki; nierówność źrenic i brak reakcji na światło; porażenie *musculi recti externi dextr.* Czucie, odruchy normalne; T. od 36° do 38,6°. P=124. Sztywności karku nie było, obecny był natomiast objaw KERNIGA. Po kilku dniach chory umarł i dopiero na sekcji stwierdzono ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; w ropie znajdowały się dwoinki, a mianowicie *meningococcus intracellularis* WEICHSELBAUM'a.

W obu przypadkach R. nie było sztywności karku, nie było *herpes labialis* lub *nasalis*, ciepłota nie była zbyt wysoka; drugi przypadek ciekawszy jest jeszcze ze względu na uraz, poprzedzający bezpośrednio powstanie choroby.

(Münch. med. Woch. 1909. № 36).

J. H.

I-y Zjazd Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polskich

w Warszawie, 11-go, 12-go i 13-go października 1909 r.

SEKCJA NEUROLOGICZNA.

Posiedzenie wtorkowe ranne.

- T R E Ś Ć: 1) BOCHENEK. „Badania nad centralnem zakończeniem nerwów wzrokowych“.
2) NUSBAUM H. „W sprawie wskazań co do stosowania narkotyków w chorobach układu nerwowego“.
3) TUR JAN. „Badanie nad rozwojem potworności platyneurycznej“.
4) CHODŹKO. „O nowym objawie zaburzeń organicznych układu nerwowego“.
5) GOLDFLAM. „Z dziedziny chromania przestankowego“.
6) CHŁAPOWSKI. „Przyczynek do sprawy powstawania napadów stenokardyi i łagodzenia ich“.

1) A. BOCHENEK wygłosił odczyt p. t. „Badania nad centralnem zakończeniem nerwów wzrokowych“.

Mówca najpierw podkreślił, iż zdania różnych badaczy co do przebiegu i zakończeń przeważnej części włókien nerwów wzrokowych są przeważnie zgodne, natomiast co do przebiegu pasm dodatkowych nerwu wzrokowego, jakimi są u zwierząt kręgowych niższych *tractus opticus ad ganglion ectomillare* i *tractus opticus ad ganglion isthmi*, albo nie mamy żadnych wiadomości, albo też wiadomości są bardzo sprzeczne.

Autor zbadał na seryach, barwionych metodami WEIGERT'a, PAHL'a, BIELSCHOWSKY'ego, GOLGI'ego przebieg tych dróg u myszy, królika, kozy, psa, kota. Wykonał też szereg doświadczeń, polegających na zniszczeniu siatkówki i badał zwyrodnienia wtórne metodą MARCHI'ego i GUDDEN'a.

2) H. NUSBAUM. „W sprawie wskazań co do stosowania narkotyków w chorobach układu nerwowego“.

Mówca twierdzi, że obawy lekarzy co do wrzekomo zgubnych następstw stosowania narkotyków, oparte są głównie na mało subtelnych doświadczeniach, dokonywanych na zwierzętach, gdzie dla uwydatnienia wyników, stosować się zwykło dawki większe. Leczenie objawowe często jest wybitną składową częścią leczenia zasadniczego, a nawet przyczynowego.

Leczenie narkotykami przedewszystkiem przynosi bezpośrednio ulgę choremu. Dalej, usuwa szkodliwe następstwa bólu lub bezsenności dla ustroju, znaną jest bowiem rzeczą, że pod wpływem podrażnienia nerwów czuciowych zwiększa się odruchowo ciśnienie krwi w naczyniach. Narkotyki, osiągając na drodze farmakodynamicznej czasową euforyę, przez to samo oddziałują korzystnie na stan psychiczny chorego, zwł. w stanach histeryi i neurastenii. W takich chorobach, jak zaduma, płasawica, nerwobole, narkotyki bezpośrednio współdziałają w leczeniu na równi z innymi zabiegami.

W dyskusyi nad odczytem NUSBAUMA, PAWIŃSKI przypominał, że narkotyki zmniejszają zdolność wydzielniczą i sprzyjają samozatruciu, radził

ostrożność w stosowaniu narkotyków, z których w stenokardyi zalecał morfinę.

HIGIER w nerwicach i psychozach nie widział oł podawania mał owca zmian wyraźnych.

BREGMAN w nerwobolach nie widział skutku od narkotyków, widywał zmniejszenie łaknienia, niekiedy arytmję.

PUŁAWSKI przeczy, jakoby można używać narkotyków jako *vehicula* psychoterapii, ostrzega przed ławem występowaniem morfinizmu u neurasteników, żada uprzystępnienia zakładów specjalnych dla chorych nerwowych.

BIRO zaleca narkotyki w przypadkach nieuleczalnych ciężkich i w przypadkach ostrych.

3) TUR JAN. „Badanie nad rozwojem potworności platyneurycznej“.

Nazwą „*platyneuris*” autor mianuje potworność zawiązków układu nerwowego, spotykaną u kręgowców, a polegającą na nadmiernem rozrastaniu się na płask płytki nerwowej, skutkiem czego utworzenie się rurki nerwowej i pęcherzy mózgowych albo znacznie się opóźnia i odbywa nieprawidłowo, albo zupełnie się wstrzymuje.

Cyklocefalia (*cyklopia*) i tarń dwudzielna (*spina bifida*)—to przypadki szczególne platyneurii, umieszczonej w okolicy mózgu i rdzenia. W wielu przypadkach platyneurii autor spostrzegał rozgałęzienia boczne tej rurki. Jest to wynik nadmiaru zarodkowej masy nerwowej, nagromadzonego w kierunku poprzecznym. Anomaliom układu nerwowego towarzyszą w tych razach korelacyjnie anomalie w zawiązkach mięśni serca i krążenia zarodkowego.

W dyskusyi nad odczytem TURA BOCHENEK zapytuje o zawiązki zwojów międzykręgowych i nerwów obwodowych, przypominając, że komórki SCHWANN’a mają pochodzić ze zwojów międzykręgowych.

CHŁAPOWSKI wspomina o możliwym wpływie zaburzeń platyneurycznych na powstawanie 3-ej nóżki, sterczącej poziomo poza ogonem, a wychodzącej z kości krzyżowej (*pygomelia*).

NOISZEWSKI mówi o koncentrycznym układzie włosów naokoło otworów i o tem, że, być może, ciemiączka głowy są czemś w rodzaju tarcz dwudzielnej tych kręgów, z których powstały kości czaszki.

TUR nie widzi homologii pomiędzy niezamkniętą powierzchnią *spinæ bifidæ* a ciemiączkami. *Pygomelia* a *platyneuria* są to potworności odmienne.

4) CHODŹKO mówił „O nowym objawie zaburzeń organicznych układu nerwowego“, polegającym na tem, że w pewnych przypadkach cierpien organicznych nerwowych, jak *lues cerebri* i innych, autor, uderzając młotkiem w mostek na wysokości górnych żeber, otrzymywał skurcz mięśni szyjnych i barkowych po tej samej stronie.

W dyskusyi nad odczytem CHODŹKI BIRO zwraca uwagę, czy w nowym objawie, podanym przez CHODŹKĘ, nie mamy analogii do skurczu *m. adductoris* przy badaniu odruchu kolanowego strony przeciwniejętej.

CHODŹKO zaznacza, że odruch ten obejmuje rozmaite mięśnie barku.

5) GOLDFLAM. „Z dziedziny chromania przestankowego“.

Mówca rozpatrzył cierpienia pokrewne, zwrócił uwagę na bole, występujące przy chodzeniu z powodu stopy płaskiej, podniósł rolę apokamnozy i objawów przy niej występujących, podkreślił różne postaci natężenia chromania od łagodnej postaci angiospastycznej do groźnej, prowadzącej do zgorzeli stopy, wykazał znaczenie tętnicy grzbietowej stopy, znaczenie zaburzeń naczyńioruchowych w tej i w innej dziedzinie, zwłaszcza przy usposobieniu neu-

ro- i angiopatycznym. W końcu mówca rozpatrzył różne sposoby leczenia tego cierpienia: farmaceutyczne i fizykalne.

W dyskusyi nad odczytem GOLDFLAMA PAWIŃSKI w chromaniu przestankowem widzi analogię do przejściowych objawów stenokardyi.

HIGIER mówił o stosunku akroparestezyi i zaburzeń naczynioruchowych do chromania przestankowego.

TRZEBIŃSKI widział w podobnych przypadkach zaczerwienienie kończyn.

BYCHOWSKI wspomina o możliwości zaburzeń naczynioruchowych w ośrodkach ruchowych [analogia z przejściową niemotą].

6) CHEŁPOWSKI. „Przyczynek do powstawania napadów stenokardyi i łagodzenia ich“.

Mówca spostrzegał u jednego chorego, cierpiącego na zgagę i inne zaburzenia żołądkowe, występowanie napadów stenokardyi co pewien czas po jedzeniu. Użycie magnezyi sprawiało natychmiastową ulgę. Zdaniem mówcy, w leczeniu stenokardyi i innych przypadłości sercowych można skutecznie działać zapomocą środków, zmniejszających kwasność soku żołądkowego na szczycie trawienia.

W dyskusyi nad odczytem CHEŁPOWSKIEGO PAWIŃSKI mówił o zależności stenokardyi od zaburzeń żołądkowych. Wobec możliwości niedokrwistości mięśnia sercowego w przypadkach długotrwałej dusznicy bolesnej, stosowanie pijawek i t. p., zdaniem P., nie jest wskazane.

GOLDFLAM mówił o możliwości istnienia w przypadkach stenokardyi sprawy zapalnej w okolicy aorty i listka osierdza.

BIRO mówił o podniesieniu ciepłoty w przypadkach stenokardyi.

GLUZIŃSKI mówił o roli układu naczynioruchowego we wszystkich podobnych cierpieniach.

Stanisław Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

— Sprawa przedstawicielstwa polskiego na Zjazdach międzynarodowych poruszyła nie tylko prasę lekarską, lecz i periodyczną. Tymczasem przed zapadłą uchwałą odmawiając samoistności Komitetu narodowego polskiego, zaraz dnia 1-go września r. b. zwołał prof. WICHERKIEWICZ wszystkich lekarzy polskich, uczestniczących w Kongresie w Budapeszcie; na tem zebraniu wybrano komisję pod przewodnictwem dra J. JAWORSKIEGO, do której weszli dr KARNICKI (Petersburg), prof. KRYŃSKI, dr RYMZA (Wilno), dr SREBRNY, prof. WICHERKIEWICZ, dr ZIEMBICKI WITOLD (Lwów), w celu zaprojektowania statutu dla uczestnictwa polskich lekarzy w zjazdach międzynarodowych. Na posiedzeniu Komisji dnia 2-go września uchwalono przekazać komitetowi przyszłego zjazdu następujące przepisy, zaprojektowane przez kol. J. JAWORSKIEGO.

Skład komitetu. Do komitetu wchodzi drogą wyboru przedstawiciele Towarzystw Lekarskich w Krakowie, we Lwowie, w Warszawie i Poznaniu [po 3-ch], oraz delegaci od Towarzystw Lekarskich kolonii polskich w Rosyi. Siedzibą komitetu polskiego jest Kraków.

Komitet z pośród siebie obiera: prezesa, 2 wiceprezesów, skarbnika i sekretarza. Biuro Komitetu urzęduje w Krakowie.

Cel i zadania. A) Komitet ma na celu reprezentowanie na zjazdach międzynarodowych medycyny polskiej i zachęcanie do brania udziału w pracach. W tym celu Komitet: a) na rok przed zjazdem wydaje odezwę do lekarzy polaków; b) pośredniczy pomiędzy organizacją centralną zjazdu a oddzielnymi referentami, którzy zgłaszają odczyty. B) Komitet zarówno przed zjazdem jak i podczas niego czyni starania, aby zjednoczyć wszystkich uczestników polaków na zjeździe. W tym celu zwołuje zebrania a) przedzjazdowe członków Komitetu, b) podczas zjazdu uczestników Polaków przez odpowiednie ogłoszenia, c) udziela oznakę lekarzom polakom, uczestnikom zjazdu.

— Przy Nrze 10-ym „Zdrowia“ r. b. wyszedł „Dziennik Zjazdu higienistów i lekarzy w Częstochowie w dniu 19-go i 20-go września 1909 r.,“ z którego przytaczamy uchwały Zjazdu w ostatecznej redakcyi Rady W. T. H.:

I. Zjazd uważa zasadę przymusowego ubezpieczania ludności pracujące, na wypadek choroby, kalectwa i na starość za słuszną i wielce pożądaną.

II. Zjazd uchwała: Utworzyć Komisję z referentów z prawem kooptacyi, w celu sformułowania pożądaných zmian w projekcie rządowym ubezpieczeń ludności pracującej na wypadek choroby i kalectwa, celem opracowania i przedstawienia elaboratu takiego Kołu polskiemu w Petersburgu dla rozpatrzenia i przeprowadzenia w Izbie państwowej, przyczem Komisya rzeczona uwzględnić winna zaakceptowane na Zjeździe jednogłośnie zasady, a mianowicie:

1) że przymus państwowy ubezpieczeń nie powinien krępować sposobów wykonania, przeciwnie, pozostawić szeroką swobodę w organizacyi ubezpieczeń instytucjom społecznym, oraz samorządom miejskim i gminnym,

2) że pomoc ludności pracującej w przypadkach choroby obciążać winna nie wyłącznie właścicieli zakładów przemysłowych, ale i kasy chorych, utrzymywane z udziałem finansowym i administracyjnym ludności pracującej,

3) że przy redakcyi prawa muszą być uwzględnione odrębności przemysłu i potrzeby ludności pracującej kraju naszego.

III. Zjazd uchwała, aby przyszłoroczne narady Towarzystwa Hygienicznego obejmowały w programie swym wycieczkę na wieś celem bliższego zapoznania się na miejscu z warunkami zdrowotności ludu i omówienia ich z udziałem ludu.

IV. Zjazd uchwała, że wszelkie projekty donioślejsze urządzeń sanitarnych winny być roztrząsane publicznie, z udziałem ewentualnie W. T. H. lub jego oddziałów.

V. Zjazd podziela wnioski, wypowiedziane w odczycie dra MARCZEWSKIEGO i rozprawach co do uzdrowotnienia m. Częstochowy, w szczególności zaś podkreśla konieczność urządzenia kąpieli i domu noclegowego dla pątników.

Zjazd podziela większość wniosków, stawianych przez prelegentów na Zjeździe częstochowskim, a wypowiedzianych i formułowanych także na poprzednich zjazdach; wnioski te w miarę możliwości już były i nadal będą wprowadzane w życie.

— Z inicjatywy Towarzystwa opieki nad chorymi nerwowymi i umysłowymi powstaje Zakład dla niezamożnych chorych nerwowych w Karolinie pod Brwinowem na gruncie [20 morgów], ofiarowanym przez b. wiceprezesa tego Towarzystwa ś. p. FELIKSA BOBRÓWSKIEGO, który prócz tego pozostawił pewien fundusz na rozpoczęcie budowy [12500 rubli]. Fundusz ten, powiększony przez zapis ś. p. STASZEWSKIEGO i inne ofiary, dochodzi do wysokości 40-u tysięcy rubli. Kosztorys budowy, którą prowadzi budowniczy DOMANIEWSKI, wynosi 60 tysięcy rubli. Brakującą sumę Komitet ma nadzieję pokryć z ofiarności publicznej. W zakładzie znajdzie pomieszczenie 50 osób, które za opłatą 1 rub.

50 kop. dziennie otrzymają całkowite utrzymanie wraz z leczeniem i opieką lekarską. Plan budowy pomyślany jest nader celowo i skromnie, z uwzględnieniem jednak wszelkich wymagań higieny i lecznictwa. W r. b. Zakład stanie już pod dachem, a w roku przyszłym, o ile pozwolą fundusze, będzie oddany do użytku publicznego. Dnia 17-go b. m., w niedzielę odbyło się poświęcenie już rozpoczętej budowy i wmurowanie aktu erekcyjnego i prasy. Życzymy szczęśliwego ukończenia budowy i jak najprędszego otwarcia tej pożytecznej instytucji, której potrzeba od dawna czuć się dawała u nas, gdzie tyła chorych nerwowych, zwłaszcza wśród niezamożnej inteligencji, po prostu nie ma się gdzie leczyć racjonalnie. Szpitale dla takich chorych są zamknięte, a zakłady prywatne niedostępne ze względu na wysokość opłaty. Tymczasem chorzy tacy są zwykle uleczalni i przy odpowiednim traktowaniu odzyskują najzupełniej zdolność do pracy. Istniejący już od lat 10-u zakład podobny w Zehlendorfie pod Berlinem [z inicjatywy Moebius'a], oddaje społeczeństwu tamtejszemu bardzo dobre usługi i rozwija się nader pomyślnie.

— Przy istniejącym od lat 5-u Zakładzie leczniczym dra KOZERSKIEGO dla chórób skórnych i wenerycznych otwarty został pensjonat dla stałych chorych. Składa on się z 5-u pokoi, urządzonych z komfortem i obok zwykłych pomieszczeń dodatkowych posiada gabinet wodoleczniczy i salę do kąpeli leczniczych, do której z pensjonatu prowadzą ogrzewane schody. Urządzenie takie czyni możliwem w każdej porze roku połączenie stosowania kąpeli mineralnych [słonnych, siarczanowych, jodowych i t. p.] ze zwykłemi metodami leczniczemi, stosowanemi w dermatologii i wenerologii.

Pod względem urządzeń leczniczych zakład kol. KOZERSKIEGO stoi na wysokości zadania: posiada urządzenia do rentgenoterapii i termoterapii, do leczenia chórób skórnych metodą FINSER'a i KROMAYER'a, oraz własną pracownię mikroskopowo-rozbiórową.

Oprócz kierownika w zakładzie pracują koledzy: GÓRKIEWICZ, HIRSZ i JASTRZĘBSKI.

— Towarzystwu Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej w Zakopanem „Bratnia Pomoc“ rząd austriacki odmówił zasiłku z dwumilionowego funduszu, przeznaczzonego na zwalczanie gruźlicy, na tej dziwnej zasadzie, że „Dom Zdrowia“ przeznaczony jest nie dla chorych na gruźlicę, ale dla zagrożonych tą chorobą (!).

— Choroby zakaźne w Warszawie.

W ciągu tygodnia od d. 26-go września do 2-go października r. b. do szpitali warszawskich zgłosiło się 94 osób, dotkniętych chorobami zakaźnemi, mianowicie: ospą 5, odrą 10, płonicą 19, różą 14, tyfusem plamistym 15, tyfusem brzuszny 19, błonicą 3, grypą 5, zimnicą 1, gorączką powrotną 1, kokluszem 1 i biegunką krwawą 1.

W tymże czasie zmarło osób 5, mianowicie: na płonicę 1, różę 1 i tyfus brzuszny 3.

Chorych z zaburzeniami żołądka i kiszek przybyło w ciągu tygodnia 20 osób.