

GAZETA LEKARSKA

T R E Ś Ć. HENRYK NUSBAUM. Ś. p. EDWARD KORNILOWICZ. Str. 1039. I. JAN STUDZIŃSKI. O fizyologicznem działaniu krwi i o własnościach chemicznych ciał czynnych w niej zawartych. Str. 1042. II. A. PUŻAWSKI. Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą GRAVES'a (BASEDOW'a). (C. d.). Str. 1046. III. J. BABIŃSKI. W sprawie czynności zaburzeń w układzie mózdzkowym. (Dok.). Str. 1049. *Dział sprawozdawczy.* 152. W. FALTA. O wpływie na przemianę materii gruczołów z czynnością wydzielniczą wewnętrzną. Str. 1053. I-y Zjazd Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polkich. Str. 1065. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Posiedzenie dnia 1-go czerwca 1909 r. Str. 1058. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

Ś. p. Edward Kornilowicz.

(Notatka biograficzna).

Znowu odszedł od żyjących i to od nielicznego grona żyjących, których duszę przenika na wskroś miłość bliźnich swoich, miłość gorąca kraju rodzinnego i głębokie poczucie obowiązku, jeden z najlepszych, z najzacniejszych, najbardziej obowiązkowych i razem najskromniejszych. Odszedł od żyjących ś. p. EDWARD KORNILOWICZ. Wzorowym był ojcem rodziny, sumiennym, myślącym i wykształconym w całym znaczeniu tych wyrazów lekarzem, najzacniejszym obywatelem kraju, a ponad wszystkimi zaletami temi górowały w niepospolitym człowieku tym nadzwyczajna dobroć serca, iście wyjątkowa prawość i zacność charakteru. Ktokolwiek KORNILOWICZA znał bliżej, musiał go kochać bardzo i czcić wysoko. Urodził się 13-go października 1848 r. aż w Twerze, dokąd obowiązki służby ojca, zaprowadziły rodziców. Uczęszczał do gimnazjum w Kownie, 7-ą klasę ukończył w Warszawie w gimn. V. Wstąpił na wydział lekarski do

Szkoły Głównej 1868 r., ukończył Uniwersytet Warszawski w 1873 r. w stopniu doktoranta. Po skończeniu pracował nad histologią układu nerwowego w pracowni prof. HOYERA, gdzie pomiędzy innemi zajmował się zwłaszcza sprawą unaczynienia mózgu. Prawdziwie misternymi były dokonywane przez niego odlewy całego układu tętniczego mózgu. Miał zamiar na temat ten napisać rozprawę doktorską, pracował długo i sumiennie, zebrał poważny materiał samodzielnych studyów, przyrodzona wszakże nadzwyczajna sumienność i razem skromność powstrzymywały go od, zawsze jeszcze w mniemaniu jego przedwczesnego, publikowania pracy. Późniejsze obowiązki zawodowe i służbowe oraz zmiany zaszczytne w ciele profesorskiem Uniwersytetu Warszawskiego, nie dozwoliły już dokonać pracy laboratoryjnej. W rok po ukończeniu uniwersytetu objął stanowisko ordynatora kliniki psychiatrycznej uniwersyteckiej, na którym pozostawał do r. 1879. Ś. p. KORNIŁOWICZ miał umysł filozoficzny, zajmowała go zawsze wielka zagadka duchowych czynności człowieka i z tego też względu z zamiłowania szczerego oddał się studyom psychiatrycznym. W 1878 roku mianowany lekarzem ordynatorem szpitala Ujazdowskiego, pracował i tam na oddziale psychiatrycznym; w 1880 r. powołany został na wielce odpowiedzialne stanowisko ordynatora tegoż oddziału. Owocem ciągłych jego dociekań psychiatrycznych i głębokiego zastanawiania się nad mechanizmem czynności duchowych, była bardzo pomysłowo wykonana graficzna tablica stosunków zachodzących między wrażeniami, ideami, wolą i oddziaływaniem, wystawiona na widok publiczny na pierwszej higienicznej wystawie w Warszawie 1887 r. Wyjeżdżał też ś. p. KORNIŁOWICZ na dalsze studia specjalne do przedniejszych klinik zagranicznych, najdłużej pracował w Salpêtriêre pod kierunkiem gienialnego neurologa paryskiego prof. CHARCOT'a. Owocem studyów tych była praca jego „O zabarwieniu ciał ziarnistych“, o której poniżej jeszcze wspomnimy.

Dzięki nadzwyczajnej dobroci serca, wrzuszającemu wprost głębokiemu współczuciu dla chorych, którzy pod opiekę jego się dostawali, KORNIŁOWICZ zajmując się raz praktyką lekarską—musiał przedewszystkiem pozostać lekarzem praktykiem. Przez bezprzykładną wprost obowiązkowość tyle poświęcał trudu i czasu licznym chorym swoim, że wprost nie stało już czasu na prace teoretyczne lub literackie. Pamiętamy, iż często bardzo o północy jeszcze jeździł do odległego szpitala Ujazdowskiego, albowiem niepokoił go stan tego lub owego ciężiej chorego. Niemniej wszakże, obok mozolnej swej działalności praktycznej, poczuwał się do obowiązku pracy społecznej w dziedzinie swojego zawodu.

Ś. p. EDWARD KORNIŁOWICZ należał do pierwszego grona odnowicieli Gazety Lekarskiej, którzy w obec zupełnego wyparcia mowy polskiej i sił profesorskich polskich z uniwersytetu, uczuli potrzebę stworzenia ogniska dla rozwoju naukowej literatury lekarskiej polskiej. Zrozumiano, że naród tej miary jak nasz, nie może zrzec się współpracownictwa w wielkich warsztatach wiedzy ogólnoludzkiej i w myśl tę, nowi współwłaściciele Gazety Lekarskiej postanowili jak najbardziej popierać prace samodzielne w dziedzinie nauk lekarskich. Ś. p. KORNIŁOWICZ był jednym z najsumienniejszych i naj-

gorętszych współpracowników ówczesnej Redakcyi gazety i sam wedle możliwości dążył do osiągnięcia pewnych wyników na podstawie postrzeżeń samodzielnych. Ogłosił też szereg prac, z których każda stanowiła pewien przyczynek do wiedzy w dziedzinie neurologii; obserwował długo, bardzo sumiennie i ostrożnie, trzymając się zasady, że lepiej ogłosić prac niewiele, niż mnożyć kompilacje, a co gorsza prace oparte na powierzchownych spostrzeżeniach. Krótkie wzmianki o pracach tych poniżej przytoczymy. Tu jeszcze zaznaczyć musimy, iż głębokiemu swojemu poczuciu obowiązku do działalności społecznej w dziedzinie swojego zawodu ś. p. KORNIEŁOWICZ dał wyraz w nader gorliwej pracy na stanowisku prezesa Zarządu Towarzystwa Opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi, na którym przez szereg lat pozostawał i tylko wzmagające się cierpienia i przedwcześnie skołatane zdrowie, niewątpliwie wskutek nadmiernej pracy i niemal ascetycznego usposobienia, zmusiły go od usunięcia się od pracy i na tem polu gorliwej.

Ogłosił ś. p. KORNIEŁOWICZ następujące prace:

Kilka przypadków w obłąd pijackiego [Medycyna 1880r.]. Autor na podstawie obserwacji ścisłej siedmiu przypadków i analizy objawów dochodzi do następujących wniosków: W mowie będącem cierpieniu, chorzy przeważnie ogarnięci są uczuciem bojaźni; wszyscy chorzy miewają halucynacje i iluzye; uczucie obawy razem z hallucynacjami wytwarzają idee prześladowcze; tętno u chorych na obłąd pijacki jest stale przyspieszone; wszyscy tacy chorzy cierpią na bezsenność; pamięć hallucynacji, iluzji i idei prześladowczych zachowuje się; u wszystkich chorych dają się spostrzegać skurcze pęczków mięśniowych; zatrucie wysokiem, wywołujące obłąd pijacki, jest stanem groźnym dla ustroju.

Przyczynek do wpływu leczniczego ostrych cierpień gorączkowych na choroby umysłowe. [Gazeta Lekarska 1881]. W pracy tej autor zestawia liczne odpowiednie przypadki z literatury i zbogaca je trzema nowymi przez siebie spostrzeganymi, a mianowicie: ciężkiego przypadku obłąd piackiego, *maniae furibundae*, oraz *maniae ambitiosae*, które pod wpływem róży (*erysipelas*) doszczętnie zostały uleczone.

Psychozy powstałe pod wpływem zatrucia jadem tyfusu brzuszego. [Rzecz czytana w Warsz. Tow. Lek. Gazeta Lekarska 1882]. Autor rozbiegając odpowiednią kazuistykę i poglądy KRAEPELIN'a, WINTERA i VUILLEMIN'a i zaznaczając, że psychozy powstawać mogą w okresie zwiastunym tyfusu brzuszego pod wpływem specyficznego jadu tyfusowego, na wysokości choroby pod wpływem wysokiej ciepłoty i zaburzeń w krążeniu i wreszcie w okresie zdrowienia pod wpływem wyczerpania sił i upadku odżywienia, przytacza spostrzegany przez siebie przypadek, w którym objawy manii ostrej wystąpiły w okresie zwiastunym. Ponieważ chory umarł, sekcyja stwierdziła tyfus brzuszny; a że w mózgu żadnych głębszych zmian anatomicznych, prócz przekrwienia opon nie znaleziono, trzeba przyjąć, że w przypadku tym przyczyną psychozy było zakażenie krwi jadem tyfusowym. Przypadki tego rodzaju są w ogóle nader rzadkie.

Dwa przypadki płasawicy połowiczej. [Gazeta Lekarska 1883]. Autor przedstawia w zarysie obecny stan nauki o płasawicy połowiczej, opisuje dwa przez siebie obserwowane przypadki płasawicy połowiczej objawowej, a mianowicie: jeden jako formę posthemiplegiczną, drugi zależny niewątpliwie od częściowego zaniku mózgu.

Przypadek paralyseos agitantis. [Pam. W. T. L. 1883 r.]. Autor przedstawia na posiedzeniu Tow. Lek. chorego, dotkniętego wyż wymienionem cierpieniem, przyczem zestawia poglądy autorów na etyologię i cechy różniczkowe tego cierpienia.

O barwieniu ciał ziarnistych w mózgu i rdzeniu kręgowym. [Ks. pam. prof. HOYERA, 1884]. Przy rozmiękczeniach, zapaleniach przewlekłych, twardzieliach pierwotnych i wtórnych, ograniczonych i rozsianych zarówno w mózgu jak rdzeniu, występują, jak wiadomo, t. zw. ciała ziarniste, których znaczenie anatomopatologiczne było ciemne, a poglądy na nie uczonych bardzo były rozbieżne. Autorowi udało się w czasie studyów swoich w inst. prof. CHARCOT'a w Paryżu znaleźć nową metodę barwienia tych tworów zapomocą fioletu metylanilinowego pikrokarmínu, przyczem ciała w mowie będące, bardzo wybitnie barwią się na kolor fioletowy, gdy reszta preparatu przyjmuje kolor różowy, nowa ta metoda barwienia stanowiła niewątpliwie przyczynek do wyświeatlenia natury i powstawania rzeznaczonych tworów.

W ś. p. EDWARDZIE KORNIŁOWICZU straciła rodzina najtkliwszego opiekuna, koledzy najcenniejszego towarzysza, nauka lekarska sumiennego pracownika, ojczyzna—iście wzorowego obywatela. Była to dusza niepospolicie piękna. Idealizm myśli i uczuć łączył się w ś. p. KORNIŁOWICZU z realizmem stałowego poczucia obowiązku. Wielką, bolesną stratę ponieśliśmy wszyscy. Niechaj światłość Ducha tego pozostanie trwałem dla nas dziedzictwem!

Henryk Nusbaum.

I. Z ZAKŁADU FARMAKOLOGII DOŚWIADCZALNEJ PROF. DRA L. POPIELSKIEGO WE LWOWIE.

O fizyologicznem działaniu krwi i o własnościach chemicznych ciał czynnych w niej zawartych.

[Doniesienie tymczasowe].

Podał

Dr Jan Studziński.

Przelewanie krwi jest niebezpiecznym zabiegiem lekarskim. Przyczyna owego niebezpieczeństwa przelewania krwi pomimo mnogie, już stu-

lecia trwające badania, pozostała dotychczas zagadkową. Śmiało rzec można, że zjawiska, połączone z przelewaniem krwi, są najmniej zbadane. Oprócz tego krew jest tem środowiskiem, w którym zmiany mogą być przyczyną całego szeregu zjawisk patologicznych w ustroju. A tymczasem działanie fizjologiczne krwi jest nam prawie nieznanie, bez czego nie mamy możności uprzedzenia sobie należycie różnych zjawisk, powstających we krwi.

W niniejszej pracy, polegającej na 25-u doświadczeniach na psach, 7—na królikach, 2—na kotach i 1—na świni, poddałem badaniu czynność krwi, przyczem jednocześnie starałem się scharakteryzować ze strony chemicznej czynne we krwi ciała.

1. Jeżeli przelewać krew bezpośrednio z tętnicy psa do żyły psa, to u zwierzęcia, otrzymującego krew, spostrzega się podniesienie ciśnienia krwi, które wszakże stosunkowo prędko powraca do normy bez żadnych innych objawów. Jeżeli zaś w ten sam sposób przelewać krew psu z tętnicy królika lub świni, a także kotowi z tętnicy królika, to u psa, względnie kota, rychło, po upływie 8—10-u sekund szybko spada ciśnienie krwi, zwierzę rzuca się, krzyczy, ślini, oddaje mocz i kał; po 40—60 sekundach objawy podniecenia ustępują i zwierzę przechodzi w stan uspokojenia—depresji, z którego stopniowo powraca do normy w miarę tego, jak ciśnienie krwi podnosi się. Krew, wzięta w okresie obniżonego ciśnienia krwi, nie krzepnie czasami przez 2—3 dni. Słowem przy przelewaniu krwi spostrzegamy te same objawy, jakie opisał POPIELSKI przy wazodilatynie.

Zmiany w ogólnym stanie zwierzęcia zależą od niedokrwistości mózgu, spowodowanej szybkim i znacznym obniżeniem ciśnienia krwi. Niedokrwistość mózgu okazuje się czynnikiem, podniecającym ośrodki mózgowe. Stan depresji jest dalszym skutkiem wpływu braku krwi na ośrodki i przypomina stan omdlenia, często spostrzegany u osób niedokrwistych. Czasami w okresie obniżonego ciśnienia krwi występuje zwolnienie działalności serca i olbrzymie wahanie tętna. Objawy te są pochodzenia ośrodkowego, ponieważ po przecięciu nerwów błędnych na szyi znikają, i przy nowem przelewaniu więcej nie powstają.

Z przytoczonych doświadczeń możnaby było wnioskować, że przy przelewaniu krwi homogennej [zwierzęcia jednego gatunku zwierzęciu tegoż gatunku] otrzymuje się tylko podniesienie ciśnienia krwi bez żadnych obocznych objawów, i że zaburzenia wyżej opisane występują tylko przy przelewaniu krwi heterogennej [zwierzęcia jednego gatunku zwierzęciu drugiego gatunku].

Podobne wnioskowanie atoli okazałoby się mylnem, gdyż przelewanie krwi królika świni wywołuje u niej ogromne i długotrwałe podniesienie ciśnienia krwi; w okresie wysokiego ciśnienia krwi spostrzega się niewielkie podniecenie zwierzęcia. Najprawdopodobniej, wskutek tego podniecenia powstaje zwolnienie tętna z dużemi wahaniami, przyczem ciśnienie krwi powoli obniża się; po przecięciu nerwów błędnych na szyi u świni, zwolnienie ustępuje miejsce przyspieszeniu i ciśnienie krwi znacznie podnosi się. Powstaje więc teraz pytanie, w jaki sposób wytłómaczyć tworzenie się we krwi wazodila-

tyny i od czego zależy podnoszenie się ciśnienia krwi, spostrzegane we wskazanych wyżej przypadkach przelewania krwi.

Przejdziemy obecnie do rozwiązywania tego pytania.

2. Jak widzieliśmy, bezpośrednie przelewanie krwi od psa do psa, wywołuje tylko podniesienie ciśnienia krwi. Jednakże, jeżeli wziąć od psa krew, odwłóknić ją i wprowadzić do żyły psu, to otrzymują się objawy, zupełnie identyczne z tymi, jakie spostrzegamy przy wazodilatynie. Takie same objawy otrzymuje się przy wprowadzeniu do krwi psu odwłóknionej krwi królika, konia, świni, wołu, kota i człowieka. Sposób odwłókniania wywiera wpływ na stopień czynności krwi. Jeżeli odwłóknić krew zapomocą miotelki z cienkich pręcików, to otrzymuje się działanie wyraźne, naogół, jednakże niewielkie. Jeżeli zaś tę samą krew odwłóknić zapomocą wstrząsania z drobnymi granatami [używany do tarowania wag], to otrzymuje się działanie ogromne. Powstaje więc nowe pytanie: z jakich części krwi otrzymuje się wazodilatyna? Jeżeli krew skrzepnie i surowicę otrzymaną wprowadzi się do krwi psu, to otrzymuje się tylko podniesienie ciśnienia krwi. Jeżeli skrzep rozetrzeć z piaskiem, zadziałać wodą i wodny wyciąg wprowadzić do krwi, to otrzymuje się takie samo działanie, co i od krwi odwłóknionej. Ponieważ wazodilatyna rozpuszcza się dobrze w wodzie i roztworach solnych, przeto można myśleć, że krzepnięcie nie wywołuje tworzenia się wazodilatyny, która widocznie otrzymuje się z morfologicznych elementów krwi przy rozcieraniu ich z piaskiem, rozbijaniu przy odwłóknianiu i wogóle przy każdym innym mechanicznym działaniu. W którymże z trzech morfologicznych elementów znajduje się wazodilatyna: w płytkach, w czerwonych ciałkach krwi, czy w białych? W odwłóknionej krwi płytek prawie wcale nie ma, białych zaś ciałek bardzo mało, albowiem jedne i drugie znajdują się w skrzepie razem z włóknikiem, który wszakże przy przemyciu nie daje czynnego roztworu. Wobec tego z wielkim prawdopodobieństwem można przypuszczać, że wazodilatyna znajduje się w czerwonych ciałkach krwi, z których wyłania się przy mechanicznym oddziaływaniu i przechodzi do roztworu. W hemoglobinie, prawdopodobnie, wazodilatyny nie ma, ponieważ wprowadzenie jej do krwi wywołuje tylko nieznaczne zmiany w ciśnieniu krwi. Stąd należy wnosić, że wazodilatyna znajduje się w osnowie (*stromy*) czerwonych ciałek krwi. Przy badaniu drobnowidzowem krwi odwłóknionej jakichś zmian w czerwonych ciałkach zauważyć się nie daje. Należy więc przypuszczać, że podczas mechanicznego oddziaływania niedostrzegalna otoczka czerwonych ciałek krwi zostaje uszkodzoną, wskutek czego łatwo rozpuszczalna w wodzie wazodilatyna wylugowuje się ze stromy czerwonych ciałek. Godnem jest uwagi, że wazodilatyna z różnych narządów ciała otrzymuje się tylko przy ich rozcieraniu, połączonej z uszkodzeniem otoczki komórek tkankowych. Z grubo pokrajanego narządu, np. mózgu, nie można otrzymać czynnego roztworu.

Na podstawie wyżej przytoczonych danych należy wnosić, że przy bezpośrednim przelewaniu krwi ciałka czerwone wyswabdzają zawartą w nich wazodilatynę zupełnie w ten sam sposób, co i przy odwłóknianiu. Atoli, jak

widzieliśmy, owo wyswobadzanie się wazodilatyny jest niemożliwe bez uszkodzenia całości czerwonych ciałek. Jeżeli przy bezpośrednim przelewaniu krwi wziąć krew od zwierzęcia, które ją otrzymuje, to podobnie, jak to spostrzegamy przy wprowadzeniu wyciągów z różnych narządów, nie strącające się osocze krwi po upływie pewnego czasu oddziela się od morfologicznych elementów, które osiadają na dno naczynia w postaci warstwy, nad którą znajduje się osocze, zawsze wszakże mocno zabarwione na kolor czerwony. Jasnym więc jest, że przy takim przelewaniu następuje hemoliza—co wyraźnie wskazuje na rozpad czerwonych ciałek krwi. Z tego wynika, że wskazany szereg objawów [spadek ciśnienia krwi, podniecenie i inne], spostrzeganych u psa przy przelewaniu krwi od królika lub świni, zależy od tworzenia się we krwi zwierzęcia, otrzymującego krew, wazodilatyny wskutek rozpadu czerwonych ciałek krwi. Przyczyna tego rozpadu polega, prawdopodobnie, na różnicy ciśnienia osmotycznego krwi u zwierząt, używanych do doświadczeń i wcale nie jest związana z różnicą w ich gatunku, ponieważ przy przelewaniu krwi od królika do świni otrzymuje się tylko podniesienie ciśnienia krwi, co dowodzi, że krew świni i królika są izotoniczne. Podniesienie ciśnienia krwi zależy od ciała, znajdującego się w stanie gotowym we krwi, a mianowicie w surowicy, gdyż wprowadzenie tej właśnie wywołuje podniesienie ciśnienia krwi.

O tem, że przy przelewaniu krwi tworzy się wazodilatyna u zwierzęcia, otrzymującego krew, przekonywamy się przez następujące, nadzwyczaj interesujące doświadczenia. Z doświadczeń POPIELSKIEGO wiadomo, że wazodilatyna łatwo wywołuje zjawisko uodpornienia [immunizacji], polegające na tem, że po pierwszym wprowadzeniu wazodilatyny do krwi, powtórne jej wprowadzenie nie wywołuje żadnych objawów, lub bardzo nieznaczne. W moich doświadczeniach zjawiska uodpornienia dawały się spostrzegać w postaci następującej. Gdy pierwsze przelewanie krwi wywoływało wyżej opisane objawy, drugie przelewanie nie wywoływało żadnego obniżenia ciśnienia krwi lub bardzo nieznaczne, ledwo dostrzegalne obniżenie; nadto zaś nie spostrzegało się żadnych innych objawów. Żeby dowieść tożsamości wazodilatyny, tworzącej się we krwi, z wazodilatyną np. peptonu WITTE'go, wykonaliśmy następujące doświadczenie. Wprowadzenie psu 1 ctm. sz. 5%-owego peptonu WITTE'go na 1 klg. zwierzęcia wywołało u niego nadzwyczaj wybitne działanie wazodilatyny ze wszystkimi towarzyszącymi jej objawami, zbadanymi przez POPIELSKIEGO. Gdy teraz po upływie pewnego czasu przelano psu krew od królika, nie otrzymaliśmy żadnego obniżenia ciśnienia, a także żadnych innych objawów, zwykle spostrzeganych przy takim przelewaniu krwi. Jednem słowem, widzimy, że zapomocą gotowej wazodilatyny lub zapomocą pierwotnego przelewania krwi można wywołać u zwierzęcia odporność względem powtórnego przelewania krwi.

[D. n.].

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

Podał

A. Puławski,

b. ordynator szpitala Dzieciątka Jezus

i b. dyrektor Zakładu leczniczego w Nałęczowie.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 46].

Tak np. ROBINSON ¹⁾ obserwował przypadek choroby GRAVES'a, leczony bezskutecznie przez pół roku. Osoba ta [18-letnia panna] zapadła na reumatyzm stawowy, leżała 4 tyg. w łóżku i brała przez ten czas salicylan sodu. Wszystkie objawy ch. G. przeszły (*struma, exophth., tremor*), pozostała tylko lekka tachykardia. W *Guy's Hospital* autor zebrał 127 przyp. choroby G. [1888—1904], z których w 24-ch [18,4%] chorzy przechodzili reumatyzm, w 12-u [9,45%] w rodzinie był reumatyzm, w 25-u przyp. sporadyczne przypadłości reumatyczne. I przedtem jeszcze inni autorzy zwracali uwagę na skuteczność salicylu w chorobie G., a między innymi J. BABIŃSKI ²⁾ widział dobre skutki tegoż w 3-ch przypadkach. Tak samo E. SERGENT ³⁾, GUINON ⁴⁾, VINCENT ⁵⁾. Osobiście nie znajdowałem nigdy związku ch. G. z reumatyzmem w moich przypadkach i salicylu nie stosowałem.

KOCHER, opierając się na tem, że chorzy na chorobę G. tracą dużo fosforu w moczu, w każdym przypadku, jako przygotowawcze leczenie do operacji, zaleca podawanie dużych dawek fosforanu sodu. Nie mogę powiedzieć, abym widział szczególne skutki od podawania tego środka [w 4-ch przypadkach]. Tak samo nie widział ich GŁUZIŃSKI [dyskusja na odczycie GREKA podczas X Zjazdu lek. i przyrod. polsk. we Lwowie].

Jeszcze dziwniejszem wydaje się zalecane przez amerykańskich autorów podawanie bromku chininy. JACKSON i MEAD z Bostonu ⁶⁾ stosowali ten lek systematycznie w 85-u przypadkach [3 razy dziennie po 0,30]: w 42-u przypadkach otrzymali zupełne wyleczenie [od 2-u lat żadnych objawów], w reszcie przypadków polepszenie. Z objawów najprędzej znika ta-

¹⁾ W. E. ROBINSON. On the relationship between Graves'disease and acute rheumatism. The Lancet. 1906. kwiecień 14.

²⁾ BABIŃSKI. Du traitement de la maladie de Basedow par le salicylate de soude. Revue neurologique, 1901, str. 265.

³⁾ E. SERGENT. Syndrome de Basedow consecutif à une crise de rheumatisme articulaire aigu. prolongé. Gaz. des Hop. 1907, Nr. 135.

⁴⁾ GUINON. Les rapports du rheum. aigu. avec la mal. de Basedow. Ib. Nr. 138.

⁵⁾ VINCENT. Rapports de la mal. de Bas. avec le rheum. aigu. Ib. Nr. 135.

⁶⁾ Publications of the Massachusetts Gener. Hosp. Boston. 1908, t. II. Moje streszczenie w Gaz. Lek. 1909, Nr. 15.

chykardia, później poty, wole, a na samym końcu dopiero wytrzeszcz i drżenie. Chininę nieraz podawałem w chorobie G., jak i inni lekarze, ale jakiegoś swoistego wpływu nie zauważyłem.

Jaką drogę ma wybrać lekarz-praktyk wobec danego przypadku choroby GRAVES'a? Przedewszystkiem trzeba sobie powiedzieć jedno. Pomimo uroszczeń niektórych autorów, którzy w zapale operacyjnym uważali, że choroba GRAVES'a należy do chirurgów ¹⁾, będzie ona jeszcze długo, przynajmniej w pierwszych okresach swego rozwoju, należała do internistów. O interwencji chirurgicznej pomówimy obszerniej na innem miejscu. Tu tylko muszę zaznaczyć, że ani chory, ani lekarz nie zdecydują się tak łatwo na operację, która jest zabiegiem bądź co bądź poważnym, dającym pewną odsetkę śmiertelności, a nie jest znów metodą matematycznie pewną. Chorzy więc tacy, na co się zgadza KOCHER, rozpoczynać będą leczenie pod okiem internistów.

Jakiego rodzaju leczenie należy stosować u takich chorych? Przeszło półwiekowe doświadczenie, zawarte w niezmiernie bogatej literaturze choroby GRAVES'a, dłuższe obcowanie lekarskie ze znaczną liczbą takich chorych, doprowadziło mnie do wniosku, jak zresztą i innych autorów [np. MURRAY'a, MOEBIUS'a, OPPENHEIM'a i in.], że najlepsze stosunkowo wyniki dało dotychczas traktowanie choroby GRAVES'a jako nerwicy. Podstawą, a przynajmniej głównem tłem leczenia chorych na chorobę GRAVES'a musi być jak najszerzej pojęta psychoterapia. Świadomie, czy nieświadomie każdy ją lekarz w tej chorobie stosuje. To, co uderza, co dominuje u chorych na chorobę GRAVES'a, to—nienormalny stan nerwowy. Niepokój, podniecenie, śpieszenie się, drżenie, bezsenność, przyspieszone tętno, bicie serca, uczucie gorąca i poty, a przytem łatwe wyczerpywanie się, prawdziwa słabość z pobudliwością (*reizbare Schwäche*) wymagają przedewszystkiem spokoju i oszczędzania, zwłaszcza, że chorzy tacy są najczęściej wychudzeni i małokrwiści. Warunki takie, możliwe niekiedy do urzeczywistnienia w domu prywatnym, najłatwiej dają się osiągnąć w odpowiednio urządzonym zakładzie, przez co zyskujemy jeszcze i to, że usuwamy chorego od zgiełku codziennego życia, od wpływów otoczenia, najczęściej niekorzystnych.

Pamiętajmy o tem, że większość takich chorych doprowadzona jest do swego stanu przez pielęgnowanie chorej rodziny, przez dłuższe przebywanie w atmosferze przygnębienia i smutku, przez nieodpowiednią i wykonywaną

¹⁾ F. LEMKE (z Hamburga) w artykule „Ueber Diagnose und Theorie des Morbus Basedowii“ (Deut. Med. Woch. 1894, Nr. 51) występuje z ostrą krytyką neurologów. Ponieważ „ci panowie“ nie dają żadnych wyjaśnień co do patogenezy choroby B., przeto: „*Kann sich auch ein Nichtneurologe daran machen den Augiastall zu reinigen!*“ Jako gorący stronnik teorii MOEBIUS'a, uważa wycięcie gruczołu tarczowego za j e d y n y sposób leczenia choroby GRAVES'a. „*Der Morbus Basedowii gehört nicht auf die inneren sondern auf chirurgischen Stationen*“.

w złych warunkach pracę. Chory musi się znaleźć pod nadzorem i kierunkiem znajdującego się na rzeczy lekarza, który potrafi natchnąć go wiarą w wyleczenie, dodać otuchy w chwilach pogorszenia, jakie nieraz się zdarzają w przebiegu tej choroby. Chorzy tacy są zwykle w wysokim stopniu suggestyjni. Ten lub inny wynik leczenia zależy u nich w znacznym stopniu od lekarza i wpływów otoczenia. Dlatego też uważam za błąd nie do darowania wysyłanie takich chorych choćby do najbardziej renomowanych miejscowości klimatycznych, ale z pozostawieniem ich bez dozoru lekarskiego i opieki. Leżenie, zwłaszcza na świeżem powietrzu [byle w miejscu zacienionem] po kilka godzin dziennie, regularne i obfite pożywienie, nawet tuczenie daje zawsze dobre wyniki w leczeniu chorych tej kategorii. Klasyczna kuracja WEIR-MITCHELL'a [całodzienne leżenie, zupełna izolacja] nie jest tu na miejscu, gdyż chorych trapi gorąco i chęć częstej zmiany miejsca. Zdarzające się nieraz rozwolnienia, jak już powiedziałem wyżej, nie powinny stanowić przeszkody do żywienia chorych.

Na tem tle ogólnem, które nieraz samo przez się wystarcza do uzyskania poprawy w przypadkach nawet ciężkich, dopiero można stosować pewne metody i środki, których skuteczność wykazała zdrowa empirya. Tu na pierwszym miejscu postawiłbym arszenik, który zwłaszcza w postaci zastrzykiwania pod skórę jego przetworów organicznych [kakodylatów] daje wyniki bardzo dobre, jak o tem świadczą wszyscy lekarze, którzy mieli okazję spostrzegania większej liczby chorych [u nas GAJKIEWICZ, GLUZIŃSKI, GREK i in.] Od żelaza nie widziałem żadnego skutku; niektórzy je wprost potępiają, jak również wszelkie środki sercowe. Co do tych ostatnich zrobiłbym wyjątek w takich razach, kiedy na pierwszy plan występują objawy niedomogi serca: powiększenie wątroby, obrzęki [zwyczajne—nie charakterystyczne dla choroby G!], zmniejszone wydzielanie moczu. Wtedy upieranie się co do nerwowego pochodzenia tych objawów i zapominanie o tych środkach przynosi chorym wyraźną szkodę, jak to miałem sposobność przekonać się w jednym przypadku¹⁾. Z narkotyków b r o m cieszy się słusznem uznaniem wszystkich prawie klinicystów, co mogą również potwierdzić, uważając za zbyt częste stosowanie innych narkotyków i całej plejady środków przeciwnerwowych starych i nowych.

Ośmieszana przez niektórych autorów [MOEBIUS], przeceniana przez innych [VIGOUROUX—faradyzacja szyi] elektryzacja, zwłaszcza też galwanizacja szyi ma stanowczo dobry wpływ na przebieg choroby. Dość jest policyć tętno przed i po każdym posiedzeniu, aby się o tem przekonać. Zwrócił na to uwagę przed laty CHOMętowski [1866], ale przeczy temu GLU-

¹⁾ Chora w przebiegu choroby G. podczas jednej z recydów dostała wyraźnych objawów niedomogi serca (duszność, powiększenie i bolesność wątroby, obrzęki, nawet *ascites*). Lekarz, zapatrzonny w główne cierpienie, nie przestawał podawać arszeniku, bromu i t. d. Tymczasem napaśtnica, leżenie, dyeta mleczna objawy te usunęła.

ZIŃSKI [1880], który takich dobrych skutków od elektryzacji nie widział. Gdyby nawet część tego wpływu odliczyć na sugestię, to i tak w metodzie tej posiadamy czynnik bardzo wygodny, co wyraźnie zaznacza OPPENHEIM w najnowszym wydaniu swego podręcznika [l. c.]. Galwanizację należy wykonywać *lege artis* według pewnej metody z reostatem i galwanometrem [słabe prądy!]. Obok galwanizacji dobre wyniki daje faradyzacja dość silnymi prądami samego gruczołu. Wszelkie „amatorskie” znęcanie się nad chorym [w imię sugestyjnego działania elektryzacji!] może spowodować pogorszenie.

Hydroterapia święci poniekąd tryumfy w leczeniu choroby GRAVES’a. Chorzy, którym jest wiecznie gorąco, znoszą chętnie choćby najzwyklejsze zabiegi w postaci zmywań, półkąpiei, okładów LEITER’a i t. d. Żle znoszą zabiegi gwałtownie—oblewania, natryski, które ich drażnią przez wywoływanie zbyt silnego odczynu. Z tej racji znoszą źle i niechętnie tak chwalone przez niektórych autorów kąpiele, które powiększają i tak dla nich nieznosne poty, wywołują uderzenia do głowy i t. d. Tego mię przynajmniej nauczyło własne doświadczenie. Nie wydaje mi się zresztą odpowiedniemi pobudzanie, i to w sposób tak nieprzyjemny, przemiany materii u osobników wychudzonych i spalających samych siebie.

W razach złego znoszenia hydroterapii [tu stoją czasem na przeszkodzie wysypki skórne, bezsenność], stosowałem kąpiele obojętne lub kwasowęgłane. Te zwłaszcza nieraz wpływają dodatnio na objawy ze strony krążenia. Podstawą wszystkich tych zabiegów—ich siły i liczby, powinna być zasada o s z c z ę d z a n i a, nie męczenia chorych. „*Lieber viel zu wenig, als ein wenig zu viel*”, jak się wyraził kiedyś EULENBURG, mówiąc o elektroterapii.

(D. c. n.)

III. W sprawie czynności i zaburzeń w układzie mózdkowym.

Napisał

Prof. J. Babiński,

lekarz szpitala Pitié w Paryżu.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 46).

Zwracałem już dostatecznie uwagę na chód właściwy chorym, dotkniętym asynergią. Ruchy niemiarowe w obu przypadkach posiadają cechy charakterystyczne, o których wspominałem wyżej.

Wreszcie wypada mi zaznaczyć, że w ataksji równowaga statyczna bardziej bywa uposledzona niż równowaga kinetyczna, gdy tymczasem przy zaburzeniach mózdkowych głębokie zmiany w równowadze kinetycznej idą w parze z równowagą statyczną normalną lub nawet większą niż w stanie prawidłowym.

To też właściwem jest posiłkowanie się terminami różnymi w celu określenia stanów, pomiędzy którymi niema podobieństwa: ataksji tabetycznej z jednej strony, z drugiej zaś titubacji mózdkowej i asynergii.

Nazwa „ataksya mózdkowa“, stosowana do zboczeń chodu, zależna od zmian w mózdku o tyle jest wadliwa, że prowadzić może do pomieszania pojęć chodu chwiejnego (*titubation*) i chodu asynergicznego, które pomimo pokrewieństwa posiadają cechy swoiste.

Jeżeli w przypadkach typowych odróżnienie dwu postaci ataksji jest łatwe, to jednak w przypadkach poronnych wiad rdzenia i choroby mózdku mogą dać analogiczne nieomal objawy ruchowe.

Niewątpliwie zdarzają się przypadki zaburzeń mózdkowych, w których ruchy, aczkolwiek nieprawidłowe i niedokładne, są mało charakterystyczne, nie posiadają cech odrębnych, powyżej zaznaczonych; z drugiej zaś strony nazwa ataksji tak samo nie jest właściwa w tych razach, jak i nazwa asynergii. Lecz często przy rozbiorze dokładnym okazuje się, że zaburzenia ruchowe pochodzenia mózdkowego składają się ze zbioru w różnych stosunkach wielu objawów, jak oto: ruchów niemiarowych, ruchów asynergicznych, drżenia przy ruchach dowolnych i t. d. Zbiór ten różni się od ataksji; to też niema żadnej racji do nadawania mu tej nazwy.

Wreszcie prawdopodobnie dzięki tylko tradycji, wielu autorów mówi o ataksji mózdkowej. Często w opisanych obserwacjach brak dokładniejszych wskazówek, to też nieraz trudno zdać sobie sprawę z istoty nieprawidłowych objawów w sferze ruchowej.

Przystępuję obecnie do ostatniej kwestyi, mianowicie do tłómaczenia ruchów niemiarowych i adiadokokinezyi.

Jakże wytłómaczyć ruchy niemiarowe? A przedewszystkiem jakie są warunki do dokonania ruchu miarowego i do dowolnego zatrzymania jęgo w chwili odpowiedniej?

Przypuszczać należy, że z czynności najzwyczajszych człowiek może regulować te, do których jest przyzwyczajony, może dawkować ilość energii potrzebnej i nadać ręce bodziec niezbędny do osiągnięcia pożądanego rezultatu. Jest to czynność regulacyjna. Przypuśćmy jednak, że bodziec był nadmierny, co zdarza się przedewszystkiem w czynnościach, do których dany osobnik nie był przyzwyczajony, oraz przy wykonywaniu ruchów nagłych; aby je znieść lub też skutek ograniczyć, wstępują w grę antagonisty tych mięśni, których czynność winna być ograniczona.

Ruchy niemiarowo, o ile się zdaje, są następstwem bodźców nadmiernych, których następstwa nie mogą być ograniczone w braku dostatecznej czynności hamującej; ponieważ tego rodzaju ruchy występują w chorobach mózdku, doszedłem do wniosku, że mózdek jest narządem regulującym ruch i że

może odgrywać rolę hamulca. Ta czynność hamująca jest związana z własnością mózdzku wywierania działania ruchowego, którego następstwem jest ograniczenie czasu, upływającego pomiędzy impulsem woli a pojawieniem się skurczu mięśniowego. Przypomnieć tutaj winienem, że różne zaburzenia ruchowe pochodzenia mózdkowego mogą wystąpić przy zupełnym braku osłabienia mięśniowego zwłaszcza wtedy, gdy najbardziej są widoczne.

Wreszcie aby pojąć znaczenie adiadokokcinezyi należy zastanowić się nad diadokokcinezyą. Aby ruchy naprzemienne ksiebne i odsiebne mogły następować szybko, każdy z tych ruchów powinien być dobrze regulowany, nie powinien przekraczać miary, nadto czas pomiędzy tymi ruchami powinien być ograniczony do *minimum*. Warunki te urzeczywistniają się dzięki czynności regulacyjnej, połączonej z czynnością ekscytomotoryjną, o której już była mowa wyżej. Adiadokokcinezya jest więc następstwem zboczeń w tych czynnościach ¹⁾.

Pod tym względem doszedłem do tych samych wniosków, które wyprowadzili BERGHERINI i GALLERANI [l. c.] ze swoich doświadczeń. Według zdania tych fizyologów, po usunięciu mózdzku, zwierzę nie może miarkować, zawiesić ani wywołać w odpowiednim czasie bodźców ruchowych.

Praca ta obok pewnych hipotez, nadających się do dyskusyi, zawiera fakty niewątpliwie ciekawe. Przy metodycznym badaniu klinicznym osobnika, podejrzanego o cierpienie mózdkowe, w przyszłości należałoby poszukiwać wśród innych objawów ruchów niemiarowych, różnych zaburzeń, które nazwałem asynergicznymi, porównać równowagę dowolną kinetyczną z równowagą dowolną statyczną, a w tym celu nadawać choremu pozycję wskazaną.

¹⁾ Doszedłem do przypuszczenia, że wzgórek wzrokowy, który zresztą jest ściśle związany z mózdzkiem za pośrednictwem odnóg mózdkowych górnych, wywiera również pewien wpływ na miarkowanie ruchów i posiada własności ekscytomotoryjne na podstawie następującej:

Przedewszystkiem winienem zaznaczyć, że skłaniam się do zdania jeszcze dostatecznie nie udowodnionego, że płasawica połowicza, skurcz połowiczy, towarzyszący porażeniu połowiczemu dziecięcemu, są następstwem zmian we wzgórku wzrokowym.

Po tem założeniu pozwolę sobie przypomnieć, że przy opisie przypadku skurczu połowiczego (*Hémiplégie spasmodique infantile; paralysie post-spasmodique*. J. BABIŃSKI. *Revue Neurologique*, 1904, p. 1212 i nast.) zaznaczyłem, iż w ruchach czas pomiędzy impulsem woli a ruchem jest dłuższy niż w stanie normalnym, jak gdyby impuls miał do przewyżczenia pewną przeszkodę. Ten sam objaw stwierdził później LEWANDOWSKI w przypadku płasawicy połowicznej (*Revue Neurol.*, 1905, str. 252 i nast.). Autor ten pisze: „Przypadek opisany podobny jest do obserwacji BABIŃSKIEGO, opisaney pod nazwą porażenia następczego spastycznego pod względem cech ruchów dowolnych jako też ze względu na znaczne opóźnienie ruchu”.

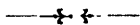
Można powiedzieć, że w obu przypadkach czynność ekscytomotoryjna jest niedostateczna.

Zastanówmy się teraz nad ruchami mimowolnymi, hemichoreą, hemispazmem, których natężenie i uporczywość są nieraz znaczne. Trudno przypuścić, aby te zaburzenia zależały od podrażnienia wzgórka wzrokowego; ich uporczywość sprzeciwia się podobnemu przypuszczeniu, które nie zgadza się z wynikami fizjologii doświadczalnej. To też sądzę, że wzgórek wzrokowy w inny sposób niż mózdzek przyczynia się do regulowania czynności psychomotoryjnych, które w braku czynnika regulacyjnego, tego hamulca, są przyczyną powstawania pod wpływem nieraz bardzo nawet nieznacznych wpływów ekscytomotoryjnych ruchów bezładnych i niemiarowych.

L I T E R A T U R A.

- 1) J. BABINSKI. De l'asynergie cérébelleuse (Société de Neurologie, 9 listopadd 1899).
- 2) J. BABINSKI i NAGEOTTE. Hémiasynergie, latéropulsion et myosis bulbaires, avec hémianesthésie et hémiplegie croisées. (Id., 17 kwiecień 1902; et Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1902, Nr. 6).
- 3) J. BABINSKI. De l'équilibre volitionnel statique et de l'équilibre volitionnel cinétique. (Société de Neurologie, 1902, 15 maja).
- 4) Tenze. Sur le rôle du cervelet dans les actes volitionnels nécessitant une succession rapide de mouvements (Diadococinésie). (Société de Neurologie, 1902, 2 listopada).
- 5) Tenze. Asynergie et inertie cérébelleuse. (Id., 1906, 5 lipca).
- 6) VIGOUROUX et LAIGNEL-LAVASTINE. Un cas d'hémiasynergie cérébelleuse avec autopsie. (Revue Neurologique, 1902, str. 131).
- 7) RAYMOND et CESTVN. Sur un cas d'endothéliome épithélioïde du noyau rouge. (Revue Neurologique, 1902, str. 463).
- 8) PELNAB. Hémiasynergie cérébelleuse. (Časopis lek. čes, 1904, str. 11).
- 9) SCHERR. Sclérose en plaques frustes, ou syndrome cérébelleux de BABINSKI. (Nouv. Iconographie de la Salpêtrière, 1905, Nr. 1).
- 10) MACFIE CAMPBELL et CROUZON. Etude de la diadococinésie chez les cérébelleux. (Revue Neurologique, 1902, str. 1186).
- 11) OPPENHEIM. Beitrage zur Diagnostik und Therapie der Geschwülsten im Bereiche der centralen Nervensystems, 1907.
- 12) ROSSI. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1907, str. 64.
- 13) SIEMERLING. Zur Symptomatologie und Therapie der Kleinhirntumoren. (Berliner klin. Woch. 1908, Nr. 13, 14).
- 14) HOMBURGER et BRODNITZ. Zur Diagnose, chirurgische Behandlung und Symptomatologie der Kleinhirngeschwülste. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie, 1908, t. 19, zes. 2, str. 191).
- 15) GIERLICH. Tumor des Kleinhirns und des Kleinhirnbrückenwinkels. (Neurol. Centralblatt, 1908, str. 651).
- 16) RAIMIST. Zur Kasuistik der Kleinhirntumoren. (Neurologisches Centralblatt, 1908, str. 672 i nast.).
- 17) FLATEAU. Neurol. Centralblatt, 1909, str. 399.
- 18) LATRON. Des états cataleptiques dans les infections et les intoxications. (Thèse de Paris 1901).
- 19) LÉOPOLD-LÉVY. Société anatomique 1904, str. 166.
- 20) LUCIANI. Linee generali della fisiologia del cervelletto. (Rivista sper. di Med. leg., 1884). Fisiologia de l'Uomo, 1905.
- 21) THOMAS. Le cervelet, étude anatomique, clinique et physiologique, 1907).
- 22) GREGGIO. Interno alla compressione unilaterale del cervelletto. (La Clinica chirurgica, 1908, Nr. 7, 8 i 9). Travail de l'Institut de Chirurgie clinique expérimentale de l'Université Royale de Padoue.
- 23) BORGHERINI et GALLERANI. Contribuzione allo studio dell'attività funzionali del cervelletto. (Rivista sperimentale di Freniatria et Med. legale, 1891).
- 24) DEJERINE et EGGER. Contribution à l'étude de la physiologie pathologique de l'incoordination motrice (Ataxie d'origine périphérique et ataxie d'origine centrale). (Revue Neurol., 1903, p. 397).
- 25) DUCHENNE de BOULOGNE. De l'électrisation localisée, 1872, p. 749.
- 26) BRUNS. Die Geschwülste der Nervensystems, 164.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



152. W. Falta. O wpływie na przemianę materii gruczołów z czynnością wydzielniczą wewnętrzną.

Na podstawie prac własnych i obcych autor podaje szereg wniosków o znaczeniu wspomnianych gruczołów dla przemiany materii, oraz ich wpływu na niektóre narządy ustroju. Obserwacje własne przeprowadza głównie na psach, karmiąc je substancją gruczołową, wstrzykując odpowiedni wyciąg, lub operując. Wyniki badań są następujące: z jednej strony mamy grupę gruczołów, które wogóle wzmagają przemianę (*akceleratorisch*), jak oto: gruczoł tarczowy, ustrój chromafinowy, część lejkowata przydatku mózgowego; z drugiej strony grupę zwalniającą (*retardativ*), do której należą: trzustka i ciała nabłonkowe (*Epitelkörperchen*). W szczegółach przedstawiciele każdej grupy różnią się pomiędzy sobą. I tak, w stosunku do przemiany białka: tyreoidyna i adrenalina podnoszą przemianę białkową u psów w stanie głodu. Nie okazują działania, lub też bardzo mało w stanie równowagi azotowej (*Stickstoffgleichgewicht*). Jeżeli więc chorym na obrzęk śluzowaty będziemy podawali tereoidynę i jednocześnie dużo białka, to skutek będzie również mały, jak w stanie normalnym. Z drugiej strony, lecząc otluszczenie tyreoidyną, unikamy utraty białka, podając go w odpowiednich ilościach (NOORDEN). Infundibulina podnosi przemianę białkową bezwzględnie, nawet przy żywieniu wyłącznie białkiem.

Trzustka i ciała nabłonkowe zatrzymują przemianę białkową, gdy usunięcie tych gruczołów działa odwrotnie (STACHELIN, GROTE, FALTA, RUDINGER). W stosunku do węglowodanów: adrenalina nie tylko posiada własność uruchomienia (*Kohlehydratmobilisierung*) węglowodanów wątroby, ale także pobudza tworzenie się nowych zapasów. Że ta czynność odbywa się w wątrobie, dowodzi fakt, że po wyłączeniu wątroby z krążenia, wstrzykiwania adrenaliny nie są w stanie podnieść ilości cukru. Znane jest również cukropędne działanie tereoidyny. Psy, którym podawano infundibulinę, potem adrenalinę, wydzielali nadzwyczajnie dużą ilość cukru. Ostatnie zjawisko stawia autor w związku z moczopędnym działaniem infundibuliny. Doświadczenia PRIESTLEY'a z królikami wykazały zupełną niezdolność infundibuliny do powiększania ilości cukru krwi. Na powstawanie gorączki adrenalina często działa znacznie, tyreoidyna słabiej, infundibulina wcale nie okazuje działania. Grupa 2-ga, szczególnie trzustka (LOEVI), działa na przemianę cukrową hamująco. W stosunku do przemiany tłuszczów znane jest pobudzające działanie tyreoidyny, oszczędzające—trzustki. W stosunku do soli należy oczekiwać, że substancje zwiększające przemianę białka, podobnie zachowują się względem soli, i odwrotnie. Autora więc zajmuje jedynie pytanie, czy nieda się tu wykazać jakiego szczególnego powinowactwa. Przytoczywszy w tem miejscu szereg doświadczeń (SCHOLZ, SCHIFF, v. NOORDEN, WHITNEY, v. MAC CULLUM, VÖGTLIN, FALTA), autor przychodzi do wniosku [z pewnem zastrzeżeniem, gdyż niektóre doświadczenia są w toku], że z 1-ej grupy tyreoidyna i infundibulina, z 2-ej ciała nabłonkowe szczególne mają powinowactwo do soli wapiennych [pierwsze zwiększając, drugie wstrzymując przemianę]; także powinowactwo w stosunku do tkanek bogatych w alkalia i fosfor posiadają: ustrój chromafinowy [1-a grupa] i trzustka [2-a grupa]. CARRARO dowiódł, że długotrwałe podanie tyreoidyny i infundibuliny nie prowadzi do zmian miażdżycowych w aor-

cie, gdy adrenalina wpływa na tworzenie się licznych złogów. Na wydzielanie chloru, które w czasie głodu prawie ustaje, 1-a grupa nie okazuje widocznego wpływu.

Po usunięciu gruczołów 2-ej grupy wydzielanie chloru w stanie głodu znacznie się podnosi. Wydzielanie kwasu moczowego pod wpływem infundibuliny zwiększa się, ale ponieważ w równej mierze spada wydalanie azotu ciał allantoinowych, więc, zdaniem autora, można tu myśleć o wpływie diurezy, która staje na przeszkodzie dalszemu utlenianiu kwasu moczowego. Adrenalina podnosi wydzielanie kwasu moczowego oraz allantoiny w znacznej mierze. Wpływ na krew adrenaliny wyraża się przez wystąpienie leukocytozy, która na początku dotyczy głównie neutrofilów wielojądrowych. Duże dawki adrenaliny mogą doprowadzić prawie do zupełnego zniknięcia eozynofików we krwi psów [z 12% do 0,3%]. Autor wskazuje na antagonizm pomiędzy adrenaliną a pilokarpiną. Ostatnia wywołuje leukocytozę; zwłaszcza zwiększa się liczba leukocytów, eozynofików. Tyreoidyna działa podobnie jak adrenalina, ale wolniej. Infundibulina nie wywiera żadnego działania na skład krwi. Po usunięciu (*extirpation*) gruczołów 2-ej grupy eozynofile również znikają. Tu jednak może być nie bez wpływu dłużej trwająca operacja. Napad astmy bronchialnej, której stale towarzyszy eozynofilia, może być wstrzymany przez wstrzyknięcie adrenaliny [JAGIC]. Adrenalina i infundibulina zwiększają ciśnienie krwi. Pierwsza działa prędko i krótko, druga wolno i dłużej. Obie zwalniają tętno: pierwsza w silnym stopniu, druga nieznacznie. Po przecięciu nerwu błędnego przy adrenalinie występuje przyspieszenie akcji serca; przy infundibulinie – nie. Obie zwężają źrenicę oka żaby. Adrenalina rozszerza *arter. coronariae*, infundibulina zwęża. Adrenalina zwęża, przynajmniej na początku, naczynia w nerkach, infundibulina rozszerza i działa silnie moczopędnie (PAL). Tyreoidyna przyspiesza tętno i nie podnosi ciśnienia krwi. Adrenalina i tyreoidyna działają na ustrój wybitnie trująco [w odpowiednich warunkach], infundibulina jest zupełnie nieszkodliwa. W stosunku do ustroju nerwowego usunięcie ciał nabłonkowych zwiększa pobudliwość nerwową na prąd galwaniczny. Z gruczołem tarczowym rzecz ma się odwrotnie. Wogóle szereg doświadczeń z wycięciem gruczołu tarczowego daje prawo patrzeć na tyreopłazwę jako na chorobę, której cechą charakterystyczną jest przytępienie [*hemmungen*] różnych czynności ustroju [EPPINGER i RUDINGER, BERTELLI i FALTA, LAZARUS, DALE, RUDINGER].

Omawiając w końcu stosunek zajmujących nas gruczołów do ustroju nerwowego wegetacyjnego, autor zwraca uwagę na specjalne powinowactwo adrenaliny do ustroju nerwu współczulnego. Tej specyficzności nie posiada ani tyreoidyna, ani infundibulina, które obok działania na nerwy sympatyczne, działają i na inne (*vagus*). Tu dużo światła rzucają zjawiska z zakresu przemiany cukrowej. Autor przytacza szereg ciekawych doświadczeń [CLAUD. BERNARDI, ECKHARD, PRIESTLEY i inni] i ostatecznie tak formułuje swój wniosek: zarówno jak oddychanie i czynność serca, tak też zaopatrywanie w cukier mięśni, serca i ustroju nerwowego jest uregulowane przez jeden znajdujący się w rdzeniu przedłużonym ośrodek, który za pośrednictwem nerwów współczulnych i nadnerczy wyrabia (*mobilisirt*) cukier w wątrobie, a przez inne nerwy autonomiczne i trzustkę tę produkcję powstrzymuje, zachowując równowagę cukrową.

(Wiener. klin. Woch. Nr. 30).

M. Gliński.

I-y Zjazd Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polskich

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

SEKCJA PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie poniedziałkowe ranne.

- T R E Ś Ć:** 1) Prof. HALBAN. „Remisyje i leczenie bezładu postępującego“.
2) MIKULSKI A. „Wyniki badania inteligencji umysłowców chorych zapomocą kwestyionariusza i metod EBBINGHAUSA, HEILBRONNER'a i innych“.
3) PRZYCHODZKI. „Obłąkani przestępcy pod sądem“.
4) ŁAPIŃSKI. „Uraz a choroby umysłowe“.
5) STERLING WŁ. „O zaburzenia psychiczne w nowotworach mózgu“.

1. Prof. HALBAN. „Remisyje i leczenie bezładu postępującego“.

W przebiegu porażenia postępującego, niekiedy następują okresy, kiedy większość objawów umysłowych znika zupełnie, inne zaś zaledwie dają się dostrzedz. Przerwy takie trwają po lat kilka, niekiedy kilkanaście. Jeżeli chory umrze w tym czasie na chorobę przypadkową, mówi się o wyleczeniu chorego. Podobny przypadek opisuje mówca. W drugim przypadku, chory od lat kilkunastu pracuje zawodowo. Badania i obserwacje wykazały, że przerwy dłuższe w bezładzie postępującym, występują zwłaszcza po rozmaitych powikłaniach, a szczególnie po chorobach gorączkowych, jak róża, posocznica, płonica, dur i t. p. Opierając się na tem, niektórzy badacze usiłowali leczyć porażenie postępujące szczepieniem rozmaitych chorób zakaźnych, zastrzykując tuberkulinę, lecytynę, roztwór soli i t. p. Aczkolwiek wyniki tych prób nie są jeszcze zadowalające, to jednak dają pewne wskazówki i punkty wytyczne do dalszych prób walki z chorobą, uważaną dotychczas za nieuleczalną.

W dyskusyi RYCHLIŃSKI zaznaczył, że nie każdy przypadek, rozpoznany jako bezład postępujący, był nim w istocie rzeczy. Zdarzają się nieraz ostre psychozy w przebiegu władu rdzenia, które dają zejście pomyślne. Próby wywołania zwolnienia w przebiegu bezładu postępującego drogą wprowadzenia sztucznego zakażenia, dotychczas nie dały pomyślnych wyników. Dopóki nie wynajdziemy zaradka syfilitycznego i swoistej surowicy, dopóty próby te pozostaną bezowocnymi.

WIZEL podkreśla chaos, jaki panuje w sferze stosowania różnych metod leczniczych w bezładzie postępującym. Należy badać przemianę materyi i toksyczność krwi w tej chorobie, jak również stale robić próbę WASSERMANN'a.

ŁAPIŃSKI T. uważa przypadek mówcy raczej za syfilis mózgu, niż bezład postępujący. W okresach początkowych tej choroby remisye są częstsze.

TRZEBIŃSKI przestrzega przed zastrzykiwaniem lecytyny; w dwu przypadkach władu, leczonych lecytyną, widział zakażenie z zejściem śmiertelnem.

CHODZKO podkreśla konieczność zwrócenia bacniejszej uwagi na bakteriologię omawianego cierpienia.

SPRINGER twierdzi, iż odczyn WASSERMANN'a nie znika podczas remisyi nawet długotrwałych.

Prof. HALBAN odpowiedział oponentom, iż w przypadkach, o których mó-

wił, rozpoznanie bezładu postępującego nie ulegało wątpliwości. Najwięcej polepszeń daje początkowy okres choroby.

2. MIKULSKI A. „Wyniki badania intelligencji umysłowej u chorych zapomocą kwestyonaryusza i metod EBBINGHAUS'a, HEILBRONNER'a i innych“.

Mówca zapomocą wspomnianych w nagłówku metod zbadał 127 osób [52 zdrowych i 75 chorych]. Metoda mówcy polegała na składaniu rozciętych rysunków zwierząt. Liczba trafnych rozwiązań w związku z czasem, użytym na doświadczenie, umożliwia przedstawienie wyników zapomocą wskaźników liczbowych. Wysokość wskaźników jest różna dla różnych osób; najgorsze wyniki daje bezład postępujący. Przy stosowaniu poszczególnych metod znajdujemy, że najwyższe liczby, osiąmane przez chorych, nie osiągają przeciętnej dla zdrowych, chory z upośledzeniem intelligencji nigdy nie jest w stanie osiągnąć najniższej nawet normy dla zdrowych. Metody powyższe zdolne są wykryć dość nawet nieznaczne upośledzenie intelligencji i z tego względu odpowiadają wymaganiom klinicznym.

W dyskusji STERLING kwestyonaryusz prelegenta uznaje za mniej stosowny od innych metod. Za najbardziej ścisłą i prawidłową uważa metodę HEILBRONNER'a, która uwzględnia głównie czynność postrzegania.

WIZEL: Dawniej rozpoznawano otępienie umysłowe na mocy wrażenia, jakie chory sprawiał na lekarzu, dziś stosujemy ściśle obiektywne metody badania klinicznego. Kwestyonaryusz mówcy grzeszy brakiem jednolitości: inna powinna być metoda do badania pamięci, inna do badania zdolności kombinacyjnych. WIZEL powołuje się na ogłoszoną przez niego metodę rzeczy, czasu i przestrzeni. Metoda ta nadaje się bardzo do badania upadku intelligencji u chorych.

ŁUNIEWSKI: Fałszywe opowiedzi chorych na pytania egzaminacyjne niezawsze są wyrazem osłabienia ich władz umysłowych. Chorzy np. na otępienie przedwczesne mogą przy bardzo dobrze zachowanym stanie intelligencji dawać odpowiedzi opaczne w skutek chorobliwej skłonności do skojarzeń dziwacznych, dowiepu, a nawet bredzeń.

ŁAPIŃSKI: Zabarwienie wzruszeniowe [uczuciowe] najwięcej i najwcześniej bywa upośledzone w otępieniu wczesnem.

BORNSTEJN uważa kwestyonaryusz za niedostateczny, gdyż w rozmaitych chorobach na rozmaite pytania chorzy mogą dawać odpowiedzi dobre, przedstawiać jednak objawy otępienia.

W odpowiedzi MIKULSKI przypomniał, że mówił o brakach swej metody; uważa ją jednak za najlepszą. Kwestyonaryusz nie służy do badania intelligencji, lecz do określenia zasobu wiadomości, których brak jednakże świadczy o upośledzeniu intelligencji.

3. PRZYCHODZKI. „O błąkani przestępcy przed sądem“.

Wadliwe stosowanie przez sądy artykułów kodeksu karnego względem przestępców umysłowo chorych przy umieszczaniu ich w specjalnych zakładach, jak również zbyt utrudnione wyzwalanie z zakładów ozdrowieńców po przebytem cierpieniu umysłowym dopiero po terminie dwuletnim, powodują często nieporozumienia pomiędzy ekspertyzą psychiatryczną a sądem. Wpływa to ujemnie na stan zdrowia psychicznych ozdrowieńców, wyrządzając szkodę nie tylko im, lecz i ich rodzinie, państwu i społeczeństwu. Dwuletni termin przebywania ozdrowieńców w specjalnych zakładach przed ich wyzwoleniem należy z kodeksu karnego usunąć. W podobnych razach często opieka rodziny lub opiekunów, prawnie odpowiedzialnych, powinna wystarczyć.

W dyskusji H. A. KONN zaznaczył, że prelegent pominął sprawę wykroczenia, popełnianego przez psychopatę w początkach represyi karnej. Od-

powiedzialności prawnej osób, dozoruujących psychopatę, prawodawstwo nie może określać.

Prof HALBAN przestrzegał przed zbyt daleko idącą pod tym względem humanitarnością. W Austrii jest inaczej, i zdaniem prof. H. źle. Często dyrektor zakładu zbyt wcześniej uwalnia psychopatę przestępcę.

ŁUNIEWSKI: Zjazd nasz nie jest w stanie wpływać na prawodawstwo ogólnorozyjskie.

RYCHLIŃSKI: Los biegłego wobec sądu bywa często bardzo przykry. Biegli w różnych instancjach zapatrują się różnie na dane cierpienie. Pojęcia anormalnych stanów psychicznych należy rozszerzyć. Niezbędna jest reforma opieki nad umysłowo chorymi. Lekarz wypisując chorego z zakładu, nie może brać odpowiedzialności za niego na siebie.

PRZYCHODZKI w odpowiedzi zaznacza, że poruszoną sprawę psychiatrzy wspólnie z kryminalistami powinni wziąć pod obrady i żądać następnie zmian w prawodawstwie karnym.

4. ŁAPIŃSKI T. „Uraz a choroby umysłowe“.

Wnioski swe autor oparł na danych z literatury i na własnych 25-u spostrzeżeniach. Ł. analizuje znaczenie wieku, siły urazu, obarczenia nabytego lub odziedziczonego przy powstawaniu psychoz urazowych. Dalej mówca rozpatruje objawy nerwowe i umysłowe, obserwowane u podobnych chorych, wreszcie przytacza dane anatomo-patologiczne, spostrzegane w tych razach. Zdaniem Ł. niema dostatecznych danych do omawiania t. zw. psychozy urazowej za oddzielną jednostkę chorobną. Uraz sam przez się rzadko może spowodować psychozę.

W dyskusji WIZEL mówił o wpływie urazu na przebieg istniejących chorób umysłowych. Uraz wtedy: 1) albo działa leczniczo, 2) albo jest obojętny, 3) albo pogarsza przebieg psychozy [cytuje przykłady].

5. STERLING WŁADYSŁAW. „O zaburzeniach psychicznych w nowotworach mózgu“.

Rozmaitość stosunku procentowego zaburzeń psychicznych w przebiegu nowotworów mózgowia zależy od różnorodności materiału, z jakiego statystyki odpowiednie powstały. Do objawów najczęstszych mówca zalicza apatię, upadek pamięci. Wbrew pogładowi innych autorów, mówca nie uważa zamroczenia świadomości za na bardziej znamienny objaw nowotworów mózgu. Apatya w tych chorobach zależy od braku zainteresowania się wrażeniami, nie tylko płynącymi ze świata otaczającego, lecz własną chorobą [bierność psychiczną]. Grają tu rolę pierwotnie zaburzenia zdolności zapamiętywania, głównie apercepcji. Są to ogólne objawy psychiczne nowotworów mózgowia. Specjalne objawy, różne psychozy, występują niezależnie od umiejscowienia nowotworu. Klasyfikować je zawcześnie. Mówca nie zgadza się z tymi, co utrzymują, że specjalnym postaciom zaburzeń psychicznych odpowiadają umiejscowienia nowotworów w pewnych terytoryach. W końcu autor rozpatrzył rozmaite teorie powstawania zmian psychicznych w przebiegu nowotworów, podniósł możliwość zmian histopatologicznych nawet w oddzielnych od nowotworów miejscach mózgu.

W dyskusji ROSENAL A. zaznaczał, iż nieraz na sekcji trupów, dotkniętych za życia chorobami umysłowymi, znajdował nowotwory. Opisuje przypadek, rozpozuany za życia jako syfilis mózgu, przebiegający z drgawkami, z porażeniem, z niemotą, gdzie sekcya wykazała oprócz zmian, właściwych syfilisowi, nowotwór duży w obu zrazach czołowych.

ŁAPIŃSKI podkreśla niemożność ścisłych umiejscowień nowotworów w mózgowiu na mocy zaburzeń psychicznych.

Stanisław Kopczyński.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie dnia 1-go czerwca 1909 r.

1) A. TUCHENDLER przedstawił obraz rektoskopowy u chorego z *proctitis ulcerosa* oraz chorego z polipem odbytnicy.

2) S. KOPCZYŃSKI przedstawił przypadek *haematomyeliae centralis*.

P. M., lat 32, włościanin, przybył do szpitala Św. Ducha ze skargami na nieustanny ból w dole brzucha i w krzyżu [zwł. przy wstawaniu i nagniataniu], na utrudnione oddawanie stolca oraz na osłabienie ogólne, szczególnie zaś osłabienie w prawem ręku i w prawej stopie. Początek choroby nagły, po upadku i potłuczeniu się z utratą przytomności. Jako objawy początkowe— zupełny bezwład kończyn i zatrzymanie moczu i stolca. Ruchy w palcach rąk i nóg zaczęły wracać dopiero po kilku tygodniach od wypadku, siadać chory zaczął po 10-u tygodniach. Wstawać i chodzić z trudnością mógł zaledwie po 4-ch miesiącach. Młodości i mroczenia. Brak erekcji i *libidin. sex.* Skłonności do krwawień chory dawniej nie okazywał.

Przy badaniu—bolesność dolnych kręgów grzbietowych i górnych lędźwiowych. Chód paretyczno-spastyczny, z powłóceniem i drżeniem prawej nogi. Lekkie ścienczenie i zwiotczenie prawego mięśnia mostkowo-obojętkowego oraz kapturowego, bez odnośnych zaburzeń ruchowych. Dół nad- i podgrzebieniowy po prawej stronie nieco zagłębiony. Mięsień równoległoboczny prawy nieco cieńszy, mięsień piersiowy duży po stronie prawej, działa słabiej niż lewy. Obwód ramienia pod pachą przez *acromion* po stronie prawej 42 ctm., po lewej—46 ctm. Podnoszenie rąk ku górze, ku przodowi i ku tyłowi słabsze po stronie prawej; mięsień naramienny prawy zwiotczały. *Pronatio et supinatio* z prawej strony słabsze i mięśnie odnośnie zwiotczały. Również osłabienie ruchów kiści i palców obu rąk, zwłaszcza prawej; przytem wygładzenie powierzchni wyprostnej kiści i pogłębienie przestrzeni międzykostnych. Typ oddychania—piersiowo-brzuszny. Siła mięśni tułowia i brzucha znaczna. Obie nogi, zwłaszcza prawą, w pozycji poziomej chory podnosi słabo i utrzymuje w powietrzu krótko. Ruchy poszczególnych grup mięśniowych po stronie prawej słabsze. Obwód uda w odległości 25 u ctm. od kolana po stronie prawej 47 ctm., po lewej 49 ctm. W mięśniach obu kończyn prawych drganie włókienkowe. Pobudliwość elektryczna w mięśniach znikłych zmniejszona [bez odczynu zwyrodnienia]. Tylko w mięśniu naramiennym prawym KSZ=ASZ. Odruchy z m. trójgłowego oraz dwugłowego po stronie prawej słabsze, brzuszne i z *cremaster* zniesione, kolanowe i Achillesa mocno żywe (prawostronny *Fussclonus*). Odruchy podeszwowe żywe, obustronny wyraźny objaw BABIŃSKIEGO. Czucie dotykowe zachowane; bolowe osłabione, a ciepłe zniesione na obu połowach ciała od stóp do l. sutkowej z przodu i do wysokości ostatniego wyrostka ciernistego szyjnego z tyłu; wyżej stopniowo staje się normalnem. Takie same zaburzenia czucia na prawej kości do stawu napiętkowego. Szpary oczne zwężone. Prawa źrenica węższa; oddziaływanie prawidłowe.

K. rozpoznał wylew krwi do rdzenia rurkowaty w obu rogach tylnych, częścią zachodzący w rogi przednie, zlekka uciskający piramidy boczne. Wylew ten ciągnie się od stożka rdzeniowego (znieczulenie na *penis, scrotum*) do dolnych odcinków szyjnych i rozległej po stronie prawej [zanik mięśni i znieczulenie na prawej kiści, zwężenie prawej szpary ocznej i źrenicy wskutek zajęcia ośrodką rdzenkowo-rdzeniowego].

Rozległość zmian anatomicznych. K. objaśnił na rysunkach i uzupełnił opis danymi z dziedziny anatomii i fizjologii rdzenia. Rodzajem ukrwienia rdzenia tŁomaczył, dlaczego krwotoki podobne drążą ku górze lub ku dołowi wyłącznie w obrębie szarej istoty rdzenia.

3) W dyskusji nad odczytem LUBLINERA [patrz Nr. 38 Gazety, str. 845] sekretarz stały A. SOKOŁOWSKI potwierdza na zasadzie swego doświadczenia ciężki i szybki przebieg gruźlicy krtani u ciężarnych. Zaznacza jednakże, że obok licznych przypadków nieszczęśliwych, wyjątkowo zdarzają się przypadki o przebiegu gruźlicy krtani łagodnym, przy odpowiednim zachowaniu, kończące się wyzdrowieniem. Dwa takie przypadki, leczzone pomyślnie w Otwocku, S. cytuje obszerniej. Doniosłe znaczenie dla terapii ma tu, oczywiście, wczesne rozpoznanie; dlatego chrypka i utrudnione łykanie u ciężarnych, nawet bez kaszlu, skłaniać winny zawsze akuszerów do poddania chorych natychmiastowemu dokładnemu badaniu laryngoskopowemu. W początkowym okresie ciąży, w razie dość wczesnego stwierdzenia powikłania krtaniowego, wskazane będzie przerwanie ciąży z następczem leczeniem klimaoycznym. W ciąży daleko posuniętej przerwanie jej zazwyczaj nie przynosi pożytku, a często nawet pogarsza sprawę; w tych przypadkach ograniczyć się więc należy do leczenia symptomatycznego, wysłać chorą do pobliskiego sanatorium [nie, jak to często się zdarza—na południe].

Co się tyczy sprawy traktowania ciąży w przebiegu gruźlicy płuc wogóle, to, zdaniem S., punkt sporny tej kwestyi najczęściej dotyczy tylko początkowych okresów gruźlicy i jej t. zw. postaci włóknistej. Chore gorączkujące w dalszych okresach gruźlicy rzadko zachodzą w ciążę, a jeżeli zajądą—to najczęściej ronią samodzielnie. Po stwierdzeniu dość wczesnem ciąży u tej kategorii chorych. S. zaleca bądź co bądź jej przewanie. W wyjątkowych tylko razach ciąża u takich nawet chorych gruźliczych przebiega pomyślnie, nie wpływając na pogorszenie sprawy płucnej. W przypadkach gruźlicy początkowej S. nie jest zwolennikiem bezwzględnym opinii MARAGLIANO'ą, zalecającego w każdym razie przerwanie ciąży, i sądzi, że wskazana tu jest ścisła indywidualizacya. Przy przebiegu bezgorączkowym i dobrym stanie ogólnym chorej, S. radzi nie przerywać ciąży, i poprzestaje na ścisłej obserwacji chorej, wysyła ją na wieś lub na południe. W klasie biedniejszej, o ile ciąża i poród ma się odbywać w warunkach niepomyślnych, wczesne poronienie częściej bywa wskazanem. Lichy stan ogólny i stała, choćby niewielka gorączka w początkującej gruźlicy stanowią zawsze wskazanie do przerwania ciąży. To samo dotyczy chorych z włóknistą postacią gruźlicy płuc, gdyż chore te naogół źle znoszą ciążę, doznają w jej przebiegu ciężkiej duszności i niedomogi serca. Wreszcie S. zastrzega, że przerwanie ciąży w początkowej gruźlicy niezawsze powstrzymuje rozwój sprawy płucnej, a nieraz nawet ją pogarsza. Znajomość teoryi MARAGLIANO'ą w dzisiejszych czasach przeszła już do publiczności; nieraz też zdarza się, że ciężarne tendencyjnie podają lekarzowi błędne dane o swoim zdrowiu [krwiopłucie, kaszel], byle wymóżyć legalne przerwanie ciąży. Dlatego lekarz zawsze powinien winien swoje zdanie nie na anamnezie, a na dokładnie spostrzeganych zaburzeniach podmiotowych.

Wiceprezes HEWELKE zaznacza, że prelegent wbrew nagłóvkowi swojej pracy rozbiera właściwie, nie cechy odrębne przebiegu gruźlicy krtani u ciężarnych, lecz tylko wpływ ciąży na suchotnice.

Każde ciężkie powikłanie, nie tylko gruźlicze [kiszki, nerki], wpływa niepomyślnie na stan chorej ciężarnej. Odnosnie wpływu ciąży na przebieg suchot płucnych, obok autorów, cytowanych przez prelegenta, byli inni, zwłaszcza dawniejsi [BREHMER, H. WEBER], którzy zastanawiali się nawet, dlaczego suchoty u ciężarnych przebiegają łagodniej. Zdarzają się suchotnice,

które rodzą szczęśliwie po kilkoro dzieci. To też wskazania ogólnego odnośnie przerywania ciąży stawiać nie podobna, a należy zawsze ściśle indywidualizować. Nie można też opierać ogólnej decyzji na takiej przesłance, że płód poświęcić należy, jako niezdolny do życia. Prawodawstwo, przytoczone przez L., nie dotyczy omawianej kwestyi.

Zdaniem ENDELMANA, przypadki przytoczone przez LUBLINERA, zaliczyć należy do wyjątkowo ciężkich. E. na 2500 porodów, w 11-u przypadkach rozpoznał powikłanie gruźlicą płuc. Z tych 11-u, w 6-u nastąpił poród czasowy, 3 cięższe zakończyły się porodem przedwczesnym, w 1-y E. wykonał *abortum artif.* i w 1-y—poród przedwczesny w 7-m miesiącu ciąży. Ten ostatni przypadek zakończył się niepomyślnie [ciężkie zmiany w płucach, powikłanie krztaniowe, stan asfityczny]. E. trzyma się zdania, że w ciężkich przypadkach gruźlicy zawsze należy możliwie wcześniej ciążę przerwać; w lżejszych, zwłaszcza kiedy matka gorąco pragnie potomstwa, lepiej zachować się wyczekująco i sztuczne poronienie wywoływać tylko wraz z niepomyślnego przebiegu gruźlicy, przytem tylko w pierwszych 4-ch miesiącach ciąży.

Poród przedwczesny, jako niewiele różniący się od porodu czasowego, nie jest wskazanym, chyba w ostateczności, np. w razie grożącej asfiksji. Co się tyczy techniki sztucznego poronienia, E. jest stanowczym przeciwnikiem metody FREUND'a, opróżniającego macicę na jednym posiedzeniu, i trzyma się zasad FRITSCH'a [w ciągu trzech dni—rozszerzanie szyjki macicznej zapomocą laminaryi, tamponada macicy i pochwy, usunięcie płodu], jako mniej narażających chore na krwawienia następce.

SREBRNY sądzi, że wnioski w omawianej sprawie wyprowadzać można tylko na zasadzie dłuższej obserwacji chorych. Przypadki LUBLINERA były na tyle ciężkie, że i bez ciąży niezawodnie zakończyłyby się wkrótce fatalnie. Gruźlica w ciąży niewątpliwie często ulega pogorszeniu; czasem przychodzi, lecz zato wybucha z tem większą siłą po rozwiązaniu. Obostrzenia poporodowe niedawno usiłowano tłómaczyć wtargnięciem zarazków swoistych do krwiobiegu z ognisk gruźliczych *dacryduae*. Decydować o potrzebie przerywania ciąży w poszczególnych przypadkach bywa niezmiernie trudno. S. cytuje dwa przypadki, z których w jednym chora uboga, z ciężkimi zmianami w krtań, rodziła pomyślnie wielokrotnie i dożyła późnego wieku, w drugim—chora młoda, w najlepszych warunkach życiowych i bez zmian wyraźnych w narządach oddechowych, po porodzie podległa ostrej gruźlicy i zmarła. Częstość samoistnych poronień u suchotnic, sięgająca u LUBLINERA 10%, w spostrzeżeniach SREBRNEGO była, przeciwnie, b. nieznaczna. Co się tyczy chrypki u ciężarnych, to tę częstokroć powoduje t. zw. suche zapalenie krtań, nie mające nic wspólnego z gruźlicą.

JAWORSKI przed 8-u laty szczegółowo rozbiierał omawianą kwestyę w pracy p. t. „Gruźlica a małżeństwo“. Ciężkie obostrzenia gruźlicy występują najczęściej dopiero w okresie porodowym. Rozwiązanie przedwczesne u suchotnic ciężarnych przed ich śmiercią jest pospolite; wyjątki pod tym względem J. uważa za rzadkość. Z 30-u przeszło takich przypadków J-go w dwu tylko suchotnice zmarły przed urodzeniem dziecka. Wogóle przedwczesny poród następuje w 30% przypadków ciężkiej gruźlicy płuc i krtań, a 60% dzieci, urodzonych w takich warunkach, żyje zaledwie kilka dni. Obok najczęstszego ujemnego wpływu ciąży na gruźlicę, J. w rzadkich przypadkach notował i dodatnie jej działanie.

Przy wnioskowaniu o istnieniu gruźlicy u ciężarnych należy brać pod uwagę fakt, że według licznych badań, ciepłota ciężarnych częstokroć bywa podniesiona o 0,2°—0,3° bez żadnych zaburzeń chorobnych, najprawdopodobniej tylko wskutek wzmożenia się przemiany materii. Na rokowanie w gruźli-

cy płuc i krtani ciężarnych wpływa rozległość charakter zmian gruźliczych, okres ciąży, w którym powikłanie wystąpiło [pod koniec ciąży, *ceteris paribus*, lepsze]; zachowanie się wagi chorej [przyrost jej, według Verr'a, ma pomyślne znaczenie; normalny przyrost w 3-ch ostatnich miesiącach wynosi 1500—2500 grm].

Odnośnie leczenia, J. popiera potrzebę indywidualizowania; przerwanie ciąży doradza tylko w przypadkach widocznie ujemnego wpływu jej na gruźlicę [lecz nie ostrą i szybko postępującą], i tylko w pewnych miesiącach ciąży. Wskazania MARAGLIANO'a są przeciwne nowoczesnej etyce i cywilizacji. Również zakazy małżeństw między gruźliczymi są niewłaściwe; sprawę tę, lepiej, niż prawodawstwo, regulowaćby mogła odpowiednio wytworzona opinia publiczna.

Z powodu przemówienia SREBRNEGO, J. zaznacza, że możność przechodzenia laseczników *tbc.* z łożyska na płód stwierdzono doświadczalnie. Za taką możliwością u ludzi przemawiają analogiczne przypadki zarażenia się płodu od matki ospą, różą. W *tbc. miliaris* stwierdzono laseczki gruźlicze w łożysku.

ZABOROWSKI podnosi potrzebę obszerniejszej statystyki odnośnej. W decydowaniu o konieczności przerwania ciąży pierwszy głos mają interniści. Nie jest właściwem przerywanie ciąży w późniejszych jej okresach, kiedy miną już wymioty, osłabienie i t. p. Należy ją przerywać tylko w tym czasie, kiedy jeszcze można usunąć płód na jednym posiedzeniu bez obawy znacniejszego krwawienia i wtórnych zakażeń, t. j. w pierwszych dwu miesiącach ciąży.

JAWORSKI cytuje licznych autorów akuszerów, którzy opracowywali kwestię stosunku gruźlicy do ciąży, i wyraża przekonanie, że w decydowaniu o potrzebie jej przerwania, akuszerom należy się głos pierwszorzędny.

W odpowiedzi LUBLINER zaznacza, że opinie BREHMER'a i in., cytowane przez HEWELKEGO, przytoczył w odczycie. Ratowania przedewszystkiem matki domagał się już NAPOLEON. W celu uchronienia kobiet gruźliczych od ciąży w statnim czasie w klinice BURMAN'a stosowano kastrację. W naszym piśmiennictwie zasłużyli się dla omawianej sprawy SOKOŁOWSKI i JAWORSKI.

Wiadomości bieżące.

— Choroby zakaźne w Warszawie.

W ciągu tygodnia od d. 30-go października do 6-go listopada r. b. do szpitali warszawskich zgłosiło się 127 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 42, odrą 11, płonicą 16, błonicą 7, różą 11, tyfusem brzusznym 20, tyfusem plamistym 3, grypą 7.

W tymże czasie zmarło osób 9, mianowicie: na ospę 6, tyfus brzuszny 2 i różę 1.

Jak w ostatnich sprawozdaniach, tak i obecnie podkreślamy stały wzrost liczby chorych na ospę, która w ubiegłym tygodniu dosięgała poważnej cyfry 42. Jednocześnie wzrasta też ogólna liczba chorych w szpitalach naszych, która w dniu 31-go października wynosiła 2846, w dniu zaś 6-go listopada dosięgała cyfry 2959.

— W miesięczniku „Sowremennaja psichiatrya“ [wrzesień 1909] dr SEMIDAZOW pomieścił bardzo sympatyczną dla nas wzmiankę o pierwszym Zjeździe neuro-

logów, psychiatrów i psychologów polskich, zaznaczając na wstępie, że „z polskiej myśli naukowej zdjęto wreszcie pęta, któremi była skrępowana przez dziesiątki lat; że myśl ta, która miała swoje własne źródło, popłynie wreszcie swem własnem korytem, bez wpływów obcych“. Cała ta wzmianka nacechowana jest dokładną znajomością naszych stosunków miejscowych i ogólnopanstwowych i kończy się życzeniem, aby pierwszy ten Zjazd „dał trwale i świetne podstawy dla dalszych Zjazdów“.

— Sekcja zakopańska Tow. lek. galicyjskich postanowiła, że w zawiadomieniach nadsyłanych do lekarza stacyi klimatycznej o przypadkach gruźlicy, odpowiedzi na szereg pytań mają być ułożone podług kwestyonariusza dra STELLINGMA z Łodzi. Przymusowa dezynfekcja mieszkań we wszystkich pensjonatach po wyjeździe gości zimowych ma obowiązywać już w sezonie bieżącym.

— Na wydział lekarski Uniw. Jagiellońskiego zapisało się na bieżące półroczne zimowe słuchaczy zwyczajnych 437-u, nadzwyczajnych 17-u, słuchaczek 41.

— Od przyszłego roku akademickiego do Akademii Wojskowej lekarskiej w Petersburgu kandydaci będą przyjmowani nie na zasadzie świadectw gimnazjalnych, lecz po zdaniu egzaminu konkursowego.

— Trzeci Zjazd psychiatrów rosyjskich odbędzie się w Petersburgu w czasie od 9-go do 18-go stycznia 1910 r. Prezesem komitetu organizacyjnego jest prof. ВЕХТЕРЕВ, jednym z wiceprezesów Czaczorr. Dotychczas ustanowiono następujące tematy programowe: 1) O opiece nad umysłowo chorymi w Rosyi. 2) Sprawy dotyczące odnośnego prawodawstwa. 3) Kwestye, dotyczące organizacji wewnętrznej zakładów psychiatrycznych. 4) Stan sprawy o obłąkaniu moralnem. 5) O warunkach badania i ekspertyzy sądowej dla osób, które ucierpiały wskutek nieszczęśliwych wypadków. 6) O zakładaniu leczenia dla robotników z zaburzeniami nerwowemi i umysłowemi. 7) Rola i znaczenie psychiatrów podczas badania umysłowo chorych w komisjach gubernialnych. 8) Organizacja pomocy psychiatrycznej na placu wojny.

Podczas Zjazdu nastąpi uroczyste odsłonięcie biustu prof. BALIŃSKIEGO i portretu prof. MIĘRZEJEWSKIEGO w audytorjum kliniki chorób umysłowych Akademii Wojskowej. Jednocześnie będzie urządzona wystawa przedmiotów, dotyczących badania, leczenia i opieki nad umysłowo chorymi.

Adres Komitetu organizacyjnego: Petersburg, Wyborskaja storona, ulica Botkina Nr. 9.

— 2-gi międzynarodowy Zjazd w sprawach higieny szkolnej, który miał się odbyć w Londynie podczas świąt Wielkiejnocy, został odłożony do jesieni r. 1910.

— 2-gi międzynarodowy Zjazd w sprawach dotyczących chorób zawodowych odbędzie się w Brukselli we wrześniu roku przyszłego.

— **Nekrologia.** Ś. p. FELIKS SYLWESTROWICZ, lekarz miasta Mińska, zmarł tamże 8-go b. m. przeżywszy lat 46. Osiadł w Mińsku przed 15-u laty po ukończeniu studiów lekarskich w uniwersytecie Warszawskim i po kilkoletniej pracy w szpitalach warszawskich.

Był to cichy pracownik, który nie szukając rozgłosu, czynił bardzo wiele dobrego; to też pozostawił po sobie szczerzy żal i wdzięczną pamięć pośród wszystkich warstw ludności Mińska.

Do numeru dzisiejszego dołącza się portret ś. p. dra EDWARDA KORNIŁOWICZA.
