

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. ANTONI GLUZIŃSKI. Uwagi nad obrazem klinicznym stanu przejściowego u kobiet (*climacterium*) w związku z zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznym gruczołów bez przewodu. Str. 1015. II. J. BABIŃSKI. W sprawie czynności i zaburzeń w układzie mózdkowym. (Dok.). Str. 1020. III. A. PUŁAWSKI. Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą Graves'a (Basedow'a). (C. d.). Str. 1023. IV. W. STARKIEWICZ. Przypadek tętniaka aorty, powikłanego zamknięciem światła tętnicy bezimiennej i zarośnięciem żyły głównej górnej. (Dok.). Str. 1026. *Dział sprawozdawczy.* 151. K. RUDINGER. Fizjologia i patologia przytarczyc (gruczołów przytarczowych). Str. 1029. *Wiadomości bieżące.* Nekrologia. *Ogłoszenia.*

I. UWAGI NAD OBRAZEM KLINICZNYM STANU PRZEJŚCIOWEGO U KOBIET (*climacterium*) W ZWIĄZKU Z ZABURZENIAMI W WYDZIELANIU WEWNĘTRZNYM GRUCZOŁÓW BEZ PRZEWODU.

Podał

Antoni Gluziński.

Z chwilą dokładniejszego poznania funkcji gruczołów bez przewodów, stały się nam jaśniejsze pewne obrazy kliniczne, związane czyto z nadmierną, czyto z upośledzoną produkcją, czy też wreszcie z zupełnym ustaniem wydzielania odpowiedniego gruczołu. Dość wspomnieć o chorobie Basedow'a lub *myxoedema* przy zaburzeniach w gruczole tarczowym, o chorobie Addison'a przy schorzeniu substancji chromafinowej i t. d., o których dalej nie wspominam jako o rzeczach znanych.

Badaniami dokładniejszymi poznajemy coraz głębiej obraz kliniczny, poznajemy coraz dosadniej poszczególne objawy, ich związek i przyczyny powstania, a zastanawianie się coraz szersze wykazuje jużto przejście jednych obrazów w drugie, np. *m. Basedowi* w *myxoedema*, jużto kombinację obrazów, związaną np. ze zmianą funkcji nie jednego, ale dwu lub nawet kilku gruczołów bez przewodów, wskazujących na wspólną przyczynę, która równocześnie zadziałała nie na jeden, lecz na kilka gruczołów bez przewodów. Wyraz temu zapatrywaniu daje praca ogłoszona w *Revue de Medecine* z r. 1909 H. CLAUDE'a i GONGEROT'a p. t. „*Les syndromes d'insuffisance pluriglandulaire*“.

Sprawa postępuje dalej. Tak dla fizjologii, jak niemniej dla patologii, a więc i dla obrazów klinicznych coraz więcej zajmuje nas wzajemny stosunek pojedynczych gruczołów do siebie, wpływ funkcji jednych na funkcję drugich, ich stosunek do sympatycznego i automatycznego układu nerwowego tak, że rośnie i dla kliniki nowe pole obserwacji i badań już to dla poznania zmian, a więc i objawów chorobnych, już to dające wyjaśnienie dla zbroceń i obrazów klinicznych znanych nam, ale nie objaśnionych dostatecznie. Wyrazem kierunku tych zapatrywań jest znów np. praca EPPINGER'a, W. FALTY i C. RUDINGERA (*Zeit f. kl. Med.* 1909) p. t. „*Ueber die Wechselwirkungen der Drüsen mit innerer Sekretion*“, a zajmująca się stosunkiem trzech gruczołów, t. j. gruczołu tarczowego, trzustki i nadnercza i wykazująca już to wpływ hamujący, już to podnoszący funkcję jednego gruczołu na drugi. Dla przykładu przytoczę np. tylko, że wypadnięcie funkcji gruczołu tarczowego ma podnosić czynność wewnętrzną trzustki; objaśniłoby to objaw kliniczny znany, że przy *myxoedema* w pewnych okresach nie stwierdzamy glikozurii alimentarnej lub znów, że przy *m. Basedowi glycosuria aliment.* łatwo wywołać się daje, bo hiperfunkcja gruczołu tarczowego wpływa znów hamująco na wydzielanie wewnętrzne trzustki.

Myśl wpływu funkcji jednego gruczołu na drugi nie jest nowa, jakkolwiek nie była tak samo postawiona, jak obecnie. Szereg objawów, stwierdzonych eksperymentalnie lub klinicznie po usunięciu np. czynności jednego gruczołu, znany nam jest dość dokładnie. W ostatnich jednak czasach zaczynamy bliżej analizować zmiany, zaszłe w ustroju, a szczególnie oceniać zaburzenia w funkcji innych gruczołów bez przewodów; z badań tych się okazuje, że nie wszystkie spostrzegane zjawiska mają za przyczynę wypadnięcie funkcji usuniętego np. doświadczalnie gruczołu, lecz niektóre z nich odnieść należy do zmienionej następowo funkcji innego gruczołu, wynikłej z wypadnięcia wpływu usuniętego gruczołu na ten gruczoł. Rzecz ważna dla fizjologii i patologii ogólnej, ale nie mniej dla nas klinicystów, dla których mogą się stać pewne stany chorobne jaśniejsze, a przeto i usiłowania nasze praktyczne lecznicze pewniejsze.

W jednym kierunku chcę tylko dzisiaj sprawę poruszyć, by zwrócić uwagę na obraz kliniczny, jaki od szeregu lat w umyśle moim się kształtuje, a który odnosi się do związku funkcji między jajnikiem, gruczołem tarczowym i nieraz nadnerczem w okresie ustawiania funkcji jednego z nich, t. j. jajnika i macicy, a więc w okresie przejściowym (*climacterium*).

Że istnieje związek między funkcją części płciowych a gruczołem tarczowym, wiadomo nam wszystkim; dość wspomnieć o zwiększaniu się tego gruczołu, o napadach bicia serca, o zbiorze objawów podobny do *hyperthyreoidismus*, a więc *m. Basedowi* w czasie pokwitania, o zachowaniu się gruczołu tarczowego w czasie ciąży i t. d. Sprawy tej nie poruszam dalej, lecz chcę zwrócić uwagę na pewne obrazy kliniczne, jakie widzimy w okresie klimakterycznym.

Zbiór objawów, jaki stwierdzamy w tym okresie życia kobiety, jest tak szeroki i tak pogmatwany, że pomagamy sobie, zaliczając pewną liczbę ob-

jawów do objawów histerycznych, inne do neurastenicznych, inne do wypadnięcia funkeji jajników, np. rozwijającą się często otyłość i t. d. Niechcąc się rozwódzić, podnoszę od razu, że pewne spostrzegane objawy dadzą się podciągnąć pod *status myxödematosus*, a więc odnieść do osłabienia, a nawet wypadnięcia funkeji gruczołu tarczowego. Skala tu obrazów obszerna: od przypadków typowych aż do zaledwie zaznaczonych czyto zgrubieniem rysów na twarzy, czy dziwną szorstkością i suchością skóry bez wybitnych zgrubień, z ociążałością, osłabieniem pamięci, skłonnością do otyłości i t. d., któreto objawy, w myśl mojego zapatrywania, leczone nie wyciągiem z jajników, lecz z gruczołu tarczowego, dają się doskonale opanować.

Długoletnie doświadczenie, obserwacya przypadków niektórych prawie lat dziesięć, coraz silniej mnie o związku tym przekonywają, a poparcie znajduję i w rozrzuconych niezwiązanych spostrzeżeniach w literaturze. Już przedtem wspomniałem o związku znanym nam między funkejami części płciowych u kobiet a funkeją gruczołów tarczowych.

Odnosnie do *status myxödematosus*, czyż nie uderza nas, że w statystyce przypadków typowych, rozwiniętych, taką znaczną liczbą przeważają kobiety? PRUDDEN np. podaje, że na 150 zebranych przypadków, było tylko 32-u mężczyzn a 113 kobiet. HEINZHEIMER na 150 przypadków—15-u mężczyzn a 117 kobiet [18 nie podano płci]. A nadto widzimy, że u tych kobiet przeważnie zwyrodnienie śluzakowate typowe występowało w tych razach, w których narząd płciowy częściej do czynności był pobudzany, gdyż statystyka znów HANA i PRUDDEN'a wykazuje, że 64 kobiet zamężnych, dotkniętych *myxödemate* urodziło 300 dzieci i przebyło 29 poronień, że na 78 kobiet było tylko 14 niezamężnych.

Odkąd mam zwróconą uwagę na ten przedmiot, badałem i zachowanie się w tym kierunku ciężarnych i uderzył mię szczegół, który zasługuje tu na zwrócenie na niego uwagi. Wiadomo nam, jak cięża często wpływa na zmianę wyglądu danej osoby, u iluż nawet w warunkach niekorzystnych, np. u dotkniętych gruźlicą, podnosi się stan odżywienia, osoby te tyją jakby nastąpiło zwolnienie przemiany materyi, podobne jak przy zwolnieniu funkeji gruczołu tarczowego. Z badań REICHENSTEIN'a, dokonanych w klinice mojej, wiemy o częstem zjawianiu się glykozuryi, a więc znów o zaburzeniu przemiany materyi, nie wchodząc w to, czy wskutek upośledzenia lub podniesienia funkeji któregoś z gruczołów [trzustka, gruczoł tarczowy], ale nadto uderza przecież zmiana u wielu kobiet ciężarnych rysów twarzy, które stają się „grube“, zmiana skóry, zmiana usposobienia i t. d., które, zwłaszcza co do twarzy, mają niekiedy odcień myksedematyczny.

Ze spostrzeżeń w literaturze o stosunku części płciowych u kobiet do stanu myksedematycznego przytoczę np. przypadek LANDAUA, kobiety 33-letniej, która w ciągu ostatnich pięciu lat tylko 12 razy miała miesiączkę, a w okresach bezmiesiączkowych zawsze dotknięta była zmianami myksedematycznymi; badanie ginekologiczne wykazywało macicę cienką 4,5 ctm. długą, a jajniki zanikłe; lub spostrzeżenie SCHOTTEN'a dwu sióstr, dotkniętych *myxoedemate*, które nigdy regularności nie miały.

Przytoczyć warto i przypadki sekcyjne np. GUILLIOND'a i PONCIN'a (*Soc. de méd. de Lyon 1900*): kobieta 37-letnia z *myxoedema*—zanik gruczołu tarczowego, a „*uterus est atrophieé, comme un uterus senile*“, przypadek BRISAUD'a i BAUER'a (*Soc. méd. des hop. 1907*), w którym „*gl. thy. neį pesait que 15 gr. mais d'ailleurs il etait d'apparance normale*“, ale jajniki były bardzo zmniejszone. Takich przypadków mógłbym więcej przytoczyć, jak CLAUD'a i GOUGEROT'a (*Journal de physiologie et pathologie gén. 1908*), RENONA i ARTHURA DELILLE'a (*Soc. méd. des Hop. 1908*) i t. d., w których przy objawach myksedematycznych były poważne zmiany *in tractu genitali*.

Nie zakrywam przed sobą tej okoliczności, że w przypadkach podobnych może być ich stosunek odwrotny, t. j. pierwotna zmiana w gruczole tarczowym, a następowa w narządzie płciowym, lub, że wspólna przyczyna zadziałała równorzędnie na obydwa narządy; obserwacya jednak kliniczna, spostrzeżenia zmian w czasie ciąży i szczegóły przytoczone ze statystyki poprzedniej, a zwłaszcza obserwacya zmian w okresie przejściowym u kobiet, wskazują niezbicie na pierwotny punkt zaczepny w wielu przypadkach w narządzie płciowym.

Wracając do występowania zmian myksedematycznych w czasie klimakteryicznym, podnieść muszę, że nie jestem w stanie podać jakichś cyfr procentowych. Mogłoby to być dokonane wspólnymi siłami na przyszłość. Ogólne wrażenie tylko mogę wyrazić, że przypadki te nie są zbyt rzadkie, jeżeli naturalnie rozpoznanie oprzemy nie na pełnym już obrazie klinicznym, lecz zbierać będziemy i zaznaczone drobne rysy tej zmiany.

Skala tych zmian jest bowiem bardzo szeroka. Rzadko przychodzi do pełnego obrazu, chociaż i takich w spostrzeżeniach moich nie brakuje, lecz przeważnie są to postaci, że tak nazwę „poronne“. Zjawienie się tych objawów widzimy na 2 do 3-ich lat przed mającem nastąpić ustaniem regularności, o stopniu zmiennym, trwającym i po ustąpieniu zupełnie regularności albo czas jakiś jeszcze, albo też stale, jakkolwiek często w stopniu mniejszym niż poprzednio; lub też, co nastaje już w wyjątkowych przypadkach, rozwija się obraz dalej aż do pełnego obrazu *myxoedematis*. Niezupełność najczęściej obrazu, a więc te postaci „poronne“ z jednej strony, przejściowość tych objawów z drugiej strony, wskazywałyby, że tu zmiany, zachodzące *in tractu genitali*, wywierają więcej wpływ funkcjonalny, a nie anatomiczny na gruczoł tarczowy, wpływ hamujący, a rzadko kiedy powstają w nim w dalszym ciągu takie zmiany anatomiczne, które doprowadzają do stałego pełnego obrazu zwyrodnienia śluzakowatego.

Nawet jednak i pełen obraz tej zmiany, ze wszystkimi możliwymi objawami nie jest koniecznie wynikiem anatomicznego zaniku gruczołu tarczowego, mam bowiem dwa spostrzeżenia, które w obserwacyę moją weszły już z pełnym obrazem rozwiniętej sprawy, a które przy odpowiednim leczeniu cofały się coraz bardziej, wymagając coraz mniejszej i coraz rzadszej dawki wyciągu gruczołu tarczowego, a które po ustaniu zupełnem regularności powoli utraciły obraz myksedematyczny. Wyniki też lecznicze, oparte na zapatrywaniu mojem, są bardzo dodatnie. Powołać się mogę na doświad-

czenie i przytoczyć historye chorób kobiet, które w tym okresie z temi poronnymi formami, prowadząc leczenie i dyetetyczne i kąpielowe i tabletkami z jajników i t. d., nie poprawiały się, a u których zmienił się ich obraz z chwilą rozpoczęcia leczenia tabletkami tyroidynowemi. Leczenie to musi być prowadzone pod kontrolą i systematycznie—nieraz lata całe. Mam przypadek w stałej swojej obserwacji, jeden z uporczywszych, już rok dziewiąty—przypadek leczony poprzednio w Marienbadzie jako otyłość, w sanatorium jako *neurasthenia* i *hysteria climacterica*, a który zmienił się i w wyglądzie i w psychicznym stanie od czasu rozpoczęcia leczenia wyciągiem z gruczołu tarczowego. Chora brała też ten lek w dawkach od 1—3-ch pastylek dziennie prawie stale przez lat 5, gdyż po zaprzestaniu brania objawy szybko wracały, a od lat 4-ch, t. j. po ustaniu regularności objawy złagodniały wprawdzie, ale nie ustały. Od czasu do czasu 2—3 razy do roku przez 3—4 tygodnie chora zmuszona jest w dawkach małych, bo po jednej pastylce, powtarzać leczenie. Nauczyła się ona tak dobrze oceniać stan swój, sama ocenia chwilę potrzeby brania wyciągu, a zgłasza się tylko po aprobatę.

Przedstawiając ten stan, daleki jestem od tego, bym go uogólniał, bym twierdził, że każda lub wiele z tych kobiet w okresie *climacterium* przedstawia ten stan myksedematyczny, a zadaniem mojem było tylko zwrócić uwagę, że w tym chaosie objawów niezseregowanych, jaki przedstawiają pewne typy, należy odróżnić zbiór objawów noszących cechę zmiany, którą nazwać można „*status myxoedematosus*“, objawów, na które, nauczeni patrzeć tylko na pełne formy, nie zwracamy uwagi. Na te właśnie postaci „poronne“ w okresie przejściowym u kobiet chciałbym zwrócić uwagę, a rzeczą dalszej obserwacji i zbiorowej więcej pracy, byłoby rzecz tę rozjaśnić i wykazać częstość tych objawów. Rzecz w każdym razie warta zabiegu, bo obok teoretycznego znaczenia mająca i praktyczny wynik, bo dająca nam możliwość osiągnięcia pożądanego wyniku leczniczego. Wyciąg z gruczołu tarczowego to podstawowe leczenie tych stanów.

A jeszcze jedna uwaga. Jeżeli z wypadnięciem funkcji *tractus genitalis* odpada może czynnik podniecający dla funkcji gruczołu tarczowego, to może w innym razie odpaść znów czynnik hamujący na czynność innego gruczołu, bez przewodu, podobnie jakoby wynikało z doświadczeń EPPINGER'a, FALTY i RUDINGERA.

Czyż nie może być, że ze zwolnieniem lub wypadnięciem funkcji *tractus genitalis* osłabia się lub brakuje bodźca dla gruczołu tarczowego, a zarazem braknie i hamującego wpływu na nadnercze, które też popada w hiperfunkcję, wywierając znów swe piętno na pewnej grupie przypadków.

Czyż do tej hiperfunkcji nadnerczy nie należałoby odnieść znów pewnej grupy objawów, jakie stwierdzamy w okresie klimakterycznym, jak nawały do głowy, silne zaburzenia naczynioruchowe, napady podniesienia parcia połączone z zawrotami głowy—a myśl ta nie pozbawiona podstawy, gdy wspomnę, że MARSCHAND przy sekcji pewnego obojnaka obok zaniku jajników, stwierdził przerost nadnerczy, że LE REMON i ARTHUR DELILE u krolików

wywołali eksperymentalnie przerost nadnerczy, zapewne w następstwie hiperfunkcyi, po wycięciu jajników.

Jest to tylko myśl, którą mam zamiar dalej badać, myśl która usprawiedliwia moją tezę, że na obraz klimakteryczny składać się mogą nie tylko objawy, wynikające z ustawiania funkcyi narządu płciowego, ale że pośrednio grają tu rolę i następstwa odpadnięcia czyto wpływu podniecającego, czy hamującego i na inne gruczoły z wydzieleniem wewnętrznem.

II. W sprawie czynności i zaburzeń w układzie mózdkowym.

Napisał

Prof. J. Babiński,

lekarz szpitala Pitié w Paryżu.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 45].

W powyżej podanym opisie stanu, który nazwałem asynergią, ograniczyłem się na podaniu faktów przede mną nie postrzeganych, które ze względu na szczególne cechy wymagają pewnego wyjaśnienia.

Co do strony faktycznej, to o ile się zdaje nie może być wątpliwości. Zachodzi jednak kwestya, czy słuszne jest moje objaśnienie asynergii. Postaram się to udowodnić, rozbiegając stopniowo różne zjawiska, które nazwałem asynergicznymi.

Zastanówmy się najpierw nad chodem t. zw. asynergicznym. Jeżeli nazwać synergią zdolność wykonywania oddzielnie różnych ruchów, które składają się na wykonanie pewnej czynności, natenczas, zjawisko przeze mnie opisane, można uważać za skutek braku synergii, za asynergię; jest to niemożliwość przy chodzeniu skojarzenia ruchów tułowia ze zgięciem kończyn dolnych w stawach biodrowych. Nieruchomość części górnej ciała wtedy, gdy kończyna dolna przesuwają się ku przodowi, nie może zależeć od porażenia mięśni, które przy chodzeniu przemieszczają tułów ku przodowi, ponieważ siła mięśniowa jest zachowana, ruchy elementarne również odbywają się prawidłowo jak to już wyżej zaznaczyłem. To też tłumaczenie tego zaburzenia w chodzeniu wydaje mi się zupełnie usprawiedliwionem, zwłaszcza jeżeli zwrócić uwagę na szczególną pozycję chorego, usiłującego przechylić tułów ku tyłowi [rys. 2]. Próba ta poniekąd dopełnia próbę poprzednią. W jednej części górna ciała nie towarzyszy ruchom części dolnej; w drugiej część dolna jest nieruchoma, gdy tymczasem część górna jest czynna. Czy nie jest słusznem przypuszczenie, że zaburzenia w tych dwu czynnościach pochodzą z jednego źródła, z niemożności skojarzenia dwu głównych szeregów ruchów?

Zastanówmy się nad ruchem złożonym zgięcia biodra w stawie biodrowym [rys. 4]. Jest to zjawisko, które spostrzegalem już w porażeniu połowiczem organicznem po stronie porażenia; pozwolę sobie przytoczyć odnośny ustęp z mojej pracy, dotyczącej tej sprawy.

„Aby zrozumieć objaśnienie, które zaproponuję, należy przede wszystkim dokonać rozbioru czynności przy siadaniu. Zasadniczym ruchem przy tym akcie jest nachylenie miednicy i kręgosłupa ku przodowi; lecz to nachylenie nie może odbywać się prawidłowo o ile uda są unieruchomione. W istocie jeżeli zastanowić się nad czynnością mięśnia podłędźwiowo-przyłędźwiowego (*m. ileo-psoas*), który w zależności od punktu przyczepu górnego czy dolnego, zgina udo w stawie biodrowym lub nachyla miednicę i kręgosłup ku przodowi, łatwo pojąć, że o ile uda nie są unieruchomione, tułów nie może nachylić się ku przodowi; i wtedy następuje zgięcie uda w stawie biodrowym. To unieruchomienie uda osiąga się przez czynność mięśni rozginających udo“.

„Przypuszczam, że porażenie tych mięśni wywołuje w hemiplegii ruch skojarzony zgięcia uda“.

Tego rodzaju tłumaczenia nie da się przystosować do przypadków, które mam tu na widoku; zaznaczałem już, że chodzi o chorych, których mięśnie zachowały w zupełności swoją siłę. To też musimy zwrócić uwagę na inny czynnik, który polega na braku assocyacji ruchowej; czynność nas zajmująca, wykonywana bywa w sposób niedostateczny, gdyż chory nie kojarzy lub kojarzy niedostatecznie ruch towarzyszący rozginaniu biodra z ruchem związanym ze zgięciem tułowia. W grę tu wchodzi ansynergia.

Uniesienie końca stopy w kierunku określonym dokonywa osobnik zdrowy w ten sposób, że różne ruchy wyprostne i rozginające biodra w stawie biodrowym, podudzia w stawie kolanowym, i stopy w stawie goleniowo-stopowym odbywają się jednocześnie, zlewają się jakoby wzajemne. Tutaj przeciwnie, odbywają się oddzielnie; z początku biodro zgina się energicznie, gdy tymczasem podudzie jest z początku mało lub zupełnie nieczynne; wtedy dopiero rozpoczyna się ruch podudzia, gdy akt poprzedni całkowicie został ukończony. Słowem zgięcie biodra w stawie biodrowym i rozgięcie podudzia w stawie kolanowym nie następują jednocześnie. Czyż nie można przypuszczać, że ten brak synchronizmu zależy od zbieżeń w synergii.

Pismo u osobników dotkniętych chorobą mózdzku posiada wadliwości, z których można zdać sobie sprawę, przeglądając zamieszczone w tekście *fac-simile* [rys 11]. Tu uderza w oczy zniepodobnienie liter, niedostateczność zgięć, zamienionych przez linie proste zwłaszcza na literach „d“ i „s“ bez złączenia. Braki te, które dawniej uzależniałem od adiadokocinezyi, obeksklaniam się przypisywać asynergii; wynikają one z niemożliwości wykonywania jednoczesnego różnych ruchów, których skojarzenie, przy pisaniu jest niezbędne do wytwarzania linii krzywych.

Asynergia w różnych postaciach jest następstwem zaburzeń mózdkowych; synergję też uważać należy za czynność prawidłową mózdzku.

Po omówieniu zaburzeń w równowadze i asynergii, przypada obecnie za-

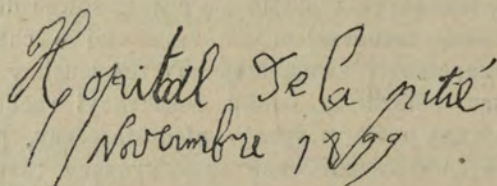
stanowić się nad „ataką mózgową“, o której wspominają liczne spostrzeżenia, dotyczące zmian chorobowych mózgu.

Te dwa wyrażenia: „bezład mózgowy“ i „bezład tabetyczny“ mogłyby prowadzić do przypuszczenia, że te zaburzenia identyczne lub podobne mogą mieć dwa różne źródła, zmiany w mózgu i w korzeniach tylnych rdzenia. Czy tak jest w istocie?

Przedewszystkiem strzedz się należy jednej przyczyny błędu. Zmiany w opuszce i we wzgórku wzrokowym mogą się szerzyć jednocześnie tak na narząd mózgowy, jako też i na drogi czuciowe.

W tym razie nie zachowując należnych ostrożności, można wiązać zmiany mózgowie z zaburzeniami, dotyczącymi utraty czucia głębokiego, podobnymi do bezładu tabetycznego, aczkolwiek mniej wyraźnymi, jak to zauważyli DEJERINE i LEGGER [14].

Zastanówmy się teraz nad ataką tabetyczną. Nie sędzę, aby zboczenie w mózgu mogło dać powód do podobnych zaburzeń ¹⁾. Z jednej i z dru-



Hospital de la pitié
Novembre 1899

Rys. 11.

giet strony występuje poważne zaburzenie kinetyczne, które stanowi kontrast z zachowaniem siły mięśniowej. Jakaż więc zachodzi różnica pomiędzy tymi stanami?

Zbytecznym wydaje mi się powtórzenie klasycznego opisu chwiania się w zależności od choroby mózgu, podanego przez DUCHENNE de BONLOGNE, które różni się wyraźnie od ataksji tabetycznej. Zaznaczę tylko, że autor ten opisując pozycję chorego, dotkniętego tubercyją, mówi: „W pozycji stojącej ciało chwieje się, jest to rodzaj kołysania się, którego nie przerywają ruchy raptowne, spowodowane w ataksji przez wysiłki zachowania równowagi; nie widać na kończynach skurczów mięśniowych, powodujących raptowne ruchy tułowia; stopy w spokoju opierają się na podłodze“ [23]. „Dane te sprawdziłem na chorym, który przedstawiał typ asynergii. Pod tym

¹⁾ BRUNS przypuszcza, że chód ataktyczny jest następstwem zmian w pęczku rdzeniowo-mózgowym wstępującym; w tego rodzaju przypadkach, zresztą wyjątkowych, położenie ciała jest prawidłowe.

NOTHNAGEL stwierdził podobne objawy.

Nie zaprzeczam, lecz mam w tym względzie pewne wątpliwości, gdyż opis, podany przez BRUNS'a, w którym w szczególności zwraca uwagę ten objaw, t. zw. chód kogaci (*Hahnentritt*), może dotyczyć tak dobrze asynergii, jak i ataksji.

względem zanotowałem co następuje: gdy górna część ciała waha się, a chory stara się zachować równowagę, podudzia pozostają prawie nieruchome, a stopy są jakby przytwierdzone do podłogi. Nic podobnego nie da się zauważyć w ataksyi tabetycznej.

[D. n.].

III. 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. 44].

Z 75-u podanych tu przypadków żaden nie skończył się śmiercią ani w czasie leczenia, ani też żaden chory nie wyjeżdżał w takim stanie, żeby można było przewidywać blizki jego koniec. To samo tyczy się seryi, opisanej przez MALEWSKIEGO. O jednym tylko przypadku [powikłanym wadą serca] miałem wiadomość od rodziny, że wkrótce po wyjeździe z Nałęczowa chora zmarła wskutek zapalenia płuc. O znacznej części chorych, zwłaszcza cięższych, miałem bezpośrednie lub pośrednie wiadomości, a jednak więcej przypadków śmierci nie notowałem. Wogóle w ciągu dwudziestokilkoletniej praktyki mojej lekarskiej widziałem tylko jeden przypadek śmierci z choroby GRAVES'a. Końcowe objawy u osoby tej, cierpiącej od roku i znajdującej się w bardzo złych warunkach życia miejskiego, polegały na wyczerpaniu mięśnia sercowego [duszność, obrzęki i t. d]. A. J. CLAVELAND¹⁾ przedstawił ostatecznie chwile chorych na chorobę GRAVES'a, jakie miał sposobność spostrzegać w jednym ze szpitali londyńskich (*Guy's Hospital*) u 13-u chorych. Śmierć następowała przez wzmożenie objawów zwykłych z dodatkiem objawów nerwowych (*delirium*). Najbliższą przyczyną śmierci był jakiś wstrząs (*shock*), np. w dwu przypadkach operacja. Ostateczne *dyspnoë* nie zależało od ucisku tchawicy [przez gruczoł tarczowy] tylko od wyczerpania ośrodka oddechowego. W 6-u przypadkach było podniesienie ciepłoty ciała bez widocznej przyczyny.

Według moich spostrzeżeń śmiertelność z choroby GRAVES'a jest nieznaczna, przynajmniej u nas. Tego zdania jest GAJKIEWICZ, który widział, jak to czytamy w jego pracy, kilkadziesiąt przypadków choroby GRA-

¹⁾ A. J. CLAVELAND. The symptoms immediately preceding death from exophthalmic Goitre. *Guys Hosp. Reports*. 1901. (Jahresber. Virch. str. 191).

ves'a. BUSCHAN, opierając się na danych z literatury do 1893 roku, oblicza śmiertelność z choroby GRAVES'a na 11,6% [105 przyp. na 900], co jest mniej więcej w zgodzie z innymi autorami [v. DUSCH—12,5%, v. GRAEFE—12%, MACKENZIE—12,5%] ale odskakuje od cyfr podawanych przez BELLINGHAM'a [18,1%] a zwłaszcza CHARCOT'a [25%]. O śmiertelności w przypadkach, leczonych drogą operacyjną, pomówimy oddzielnie.

Jeżeli rokowanie co do życia w chorobie GRAVES'a można uważać za względnie dobre, to rokowanie co do zupełnego wyzdrowienia—*restitutio ad integrum*—uważałbym tymczasem za bardzo wątpliwe. Upoważnia mię do tego wieloletnia obserwacja dość znacznej liczby chorych, tak często spotykane nawroty w przypadkach, uważanych za wyleczone. Patrząc na to tak często, jest się w prawdziwym kłopotcie przy rejestrowaniu wyników leczenia, czy przypadek zaliczony dzisiaj do rubryki wyleczeń, nie zjawi się za rok lub dwa w pełnym rozwoju choroby, czego nieraz byłem świadkiem. A że niezawsze jest się w możności chorego obserwować przez szereg lat, przeto wszelkie oświadczenia o wyleczeniu zupełnym, o radykalnym działaniu tego lub owego środka, tej lub innej metody należy przyjmować *cum grano salis*. Z tego nie wynika, aby przypadki zupełnego wyzdrowienia z choroby G. wcale nie istniały. Owszem, znam takie przypadki, obserwowane przez siebie i przez innych lekarzy, ale, niestety, według moich spostrzeżeń, przypadki takie należą do rzadkości. W literaturze znane są takie przypadki, zebrane przez BUSCHAN'a ¹⁾: CHVOSTEK widział wyzdrowienie, trwające już lat 20, GRIF-FITH—12, MACKENZIE—11 i 10, PRAEL—10 i t. d. GRAEFE widział jakoby zupełne wyzdrowienie w 25% przypadków. Z nowszych i obszerniejszych statystyk GEORGE R. MURRAY ²⁾, który obserwował 120 przyp. [110 kobiet, 10-u mężczyzn] przyznaje się do tego, że rzadko kiedy widział zupełną poprawę. Po większej części jest to, jak on nazywa, wyzdrowienie praktyczne (*a practical recovery*), t. j., że chory czuje się dobrze i na nic nie narzeka, ale ściśle badanie wykazuje w takich razach najczęściej, że tętno jest jednak nieco przyspieszone, a w każdym razie zmienne, wrażliwe, gruczoł tarczowy jest nieco powiększony, spojrzenie niezupełnie normalne (*une expression sauvage*), stan nerwowy podniecony. Tacy ozdrowieńcy, według mego zdania, to kandydaci do przyszłych recydyw! MURRAY ze swoich 120-u chorych tylko 40 u obserwował przez czas dłuższy. Z tej liczby 9-u zmarło [!], a z 31, którzy się poprawili, tylko o 9-u MURRAY mógł powiedzieć, że względnie wyzdrowieli (*practically recovered*), chociaż dwaj z nich mieli małe recydywy, 8-u znacznie się poprawiło, 14-u—do pewnego stopnia. OPPENHEIM twierdzi, iż polepszenie w chorobie G. jest częstsze od wyzdrowienia ³⁾.

¹⁾ G. BUSCHAN. Die Basedow'sche Krankheit. 1894, str. 122.

²⁾ GEORGE R. MURRAY. The clinical history and symptoms of exophthalmic goitre. The Lancet. 1902. Dec. 13, str. 1612 i nast.

³⁾ Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1908, tom II. Choroba Basedow'a (str. 1550—1571).

Ze spostrzeganych przez siebie przypadków [75] muszę wyliczyć 8, w których albo leczenie zostało przerwane, albo wynik tego był niewiadomy z powodu braku notatek. Z pozostałych 67-u przypadków w 24-ch wynik leczenia był wybitnie dobry, wprost graniczący z wyzdrowieniem; nie śmiałbym jednak, idąc za przykładem MURRAY'a, uważać tych chorych za zupełnie wyleczonych raz dlatego, że w najlepszych nawet przypadkach pozostawały jakieś ślady przebytej choroby—najczęściej wole, często również wytrzeszcz, nieznaczne drżenie, wrażliwość tętna i t. d., a po drugie, że nie o wszystkich tych chorych miałem dalsze wiadomości, o ile zaś je miałem, dochodziły mnie wieści [w dwu przypadkach], iż chorzy ci zapadali powtórnie na dawną chorobę. W większości przypadków [39] poprawa doraźna była niewątpliwa—chorzy czuli się zupełnie zadowolonymi ze swego stanu, wracali do życia codziennego (a więc *practically recovered*), ale obiektywnie nie mogłem ich uważać za zupełnie zdrowych; jakoż część z nich powracała nieraz do Nałęczowa z pogorszeniami, które ustępowały po nowej kuracji. W 4-ch przypadkach poprawy nie było żadnej: w jednym przypadku chora obok choroby G. miała wadę serca z ciągłymi zaburzeniami w wyrównaniu, w drugim chora dostała psychozy ¹⁾, w trzecim—chora po pewnej poprawie dostała w parę miesięcy recydywy, która tym razem nie poddawała się leczeniu i chora opuściła zakład bez poprawy, w czwartym wreszcie przypadku chora, pomimo kilkakrotnie powtarzanej kuracji, czuła się źle i zdecydowała się w końcu na operację, którą jej wykonał KOCHER [podwiązanie tętnic]. Po operacji, jak słyszałem, stan jej znacznie się poprawił, ale w pół roku potem wystąpiło znów pogorszenie.

Poprawa rozpoczyna się zwykle od przybierania na wadze, dalej zmniejsza się stan ogólnego zdenerwowania, tętno staje się mniej częstym, ustępują poty, uczucie gorąca, rozwolnienie, gorączka [o ile jest]. Najdłużej pozostają objawy oczne [zwłaszcza objaw STELLWAG'a] i wole, ku wielkiemu zmartwieniu kobiet, które te właśnie objawy uważają dla siebie za najprzykrzejsze, bo najbardziej widoczne.

Leczenie choroby GRAVES'a, jak zresztą każdej choroby, musiało być odbiciem tych poglądów, jakie sobie wytwarzano z biegiem czasu o jej pochodzeniu. Leczone ją długi czas jodem i żelazem, opierając się na powadze BASEDOW'a, który ją uważał już to za „ukryte skrofuły“, już to za rodzaj blednicy a w każdym razie za „dyskrazyę“ krwi; leczono środkami sercowymi: naparstnicą i jej pokrewnymi, gdyż imponowały wszystkim objawy ze strony serca; leczono bromem i całym arsenałem środków i metod przeciwnerwowych [np. hydroterapią], wobec niewątpliwego zresztą w tej chorobie podrażnienia układu nerwowego.

Zależność pewnych objawów od zaburzeń w dziedzinie nerwu sympatycznego i nerwu błędnego zachęciła do elektryzacji tych nerwów, a następnie do przecinania, a nawet wycinania długich kawałków n. sympatycznego.

¹⁾ Chora ta „wyzdrowiała“, jak o tem niedawno się dowiedziałem, ale ... wole i wytrzeszcz pozostały.

Ostatnia wreszcie hipoteza [GAUTHIERS-MOEBIUS'a] o zależności tej choroby od nieprawidłowej czynności gruczołu tarczowego, doprowadziła do śmiałych operacji, wykonywanych na tym gruczole [częściowa rezekcja, podwiązanie tętnic], do stosowania środków wewnętrznych z dziedziny opoterapii, do naswietlania promieniami ROENTGEN'a. W tej różnobarwnej kolekcji nie brakło metod bardzo oryginalnych, zgoła nie dających się zrozumieć, a przynajmniej nie dających się zastosować do wszystkich przypadków.

[D. c. n.].

IV. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS.

Przypadek tętniaka aorty, powikłanego zamknięciem światła tętnicy bezimiennej i zarośnięciem żyły głównej górnej.

Podał

W. Starkiewicz.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 45).

2) Krążenie wewnętrzne opisywano szczegółowo [J. FISCHER] na zasadzie raczej rozważań anatomicznych. W przypadkach, jak nasz, gdzie zarośnięcie żyły głównej powstało niżej ujścia żyły nieparzystej, krążenie to odbywać się mogło drogą żył nieparzystych (*v. azygos* i *v. hemiazygos*), a dalej przez żyły lędźwiowe oraz biodrowo-lędźwiowe (*v. lumbales, ileo-lumbales*) ku żyły głównej dolnej. Krążenie takie ułatwiałyby okoliczność, że żyła nieparzysta prawie że nie posiada zastawek, któreby utrudniały zwrócenie prądu krwi w tej żyły w kierunku wstecznym, z góry na dół.

W naszym przypadku pewne utrudnienie tego krążenia upatrywaćby można w silnem rozciągnięciu i spłaszczeniu żyły głównej górnej, które przypuszczalnie musiało się odbić i na szerokości ujścia żyły nieparzystej.

Nadmiar krwi, dla którego zbrakłoby miejsca w żyły nieparzystej, mógłby jeszcze zwrócić się przez tylne gałązki żył międzyżebrowych i stąd przez żyły rdzeniowe, lędźwiowe i krzyżowe również ku żyły głównej dolnej. Drobne żyły, widoczne na plecach naszego chorego obok kręgosłupa, były zapewne wyrazem tego krążenia, którego wagę słusznie podnosi J. FISCHER.

Wreszcie, w przypadku bardzo silnego rozszerzenia pola naczyniowego,

możliwy będzie prąd krwi drogą żyły sutkowej wewnętrznej, żyły nabrzusznej głębszej górnej, oraz nabrzusznej głębszej dolnej—ku żyłe biodrowej.

Zastrzegłem już powyżej, że przypuszczenia, dotyczące skreślonej dopiero co odmiany krążenia obocznego, opierają się li tylko na rozważaniach teoretycznych. Jedyne fakty konkretne, przytaczane na poparcie tych przypuszczeń, stanowi rozszerzenie żyły nieparzystej, spostrzegane w paru odnośnych przypadkach. Natomiast, nastrzykiwania żył masą iniekcyjną w celu stwierdzenia doświadczalnie kierunku krążenia obocznego wykonywano za ledwie w 2-u przypadkach i to w sposób niedoskonały.

Wracając jeszcze do obrazu klinicznego naszego przypadku, podnieść pragnę, jako szczegół uderzający, brak zaburzeń czynnościowych w zakresie prawej kończyny górnej, do której dopływ krwi tętniczej był wszakże uniemożliwiony wskutek zamknięcia światła tętnicy bezimiennnej. W cytowanym już wyżej przypadku tętniaka aorty [z zamknięciem światła wszystkich tętnic, wychodzących z łuku aorty] podnosiłem to samo zjawisko i proponowałem dlań tłumaczenie, które w tem miejscu pozwolę sobie powtórzyć i rozszerzyć.

Wydaje mi się niewątpliwem, że w ustaleniu krążenia obocznego w przypadkach zamknięcia światła wielkich tętnic obok zasadniczego czynnika, jakim jest dostateczna siła mięśnia sercowego, grać musi poważną rolę opustoszały odcinek tętnicy poniżej miejsca jej zamknięcia. Wyobrażam sobie, że opróżniona ze krwi wielka tętnica posiadać musi, niezawodnie dzięki sprężystości swoich ścian, potężną siłę ssącą, której wpływ działać może na znaczną nawet odległość. Działanie to wielkiej tętnicy porównałbym do ssania rury sprężystej, jakie spostrzegamy, dajmy na to, przy wypuszczaniu zapomocą lewara płynu z jamy opłucnej czy otrzewnej lub przy otrzymywaniu za pomocą zgłębnika zawartości żołądka. Przy wszystkich tych czynnościach, zanim osiągniemy działanie syfonu, częstokroć wyciskamy powietrze z rury sprężystej, aby wessać do niej pierwsze krople płynu. Im rura sprężysta będzie szerszą i dłuższą, tem jej siła ssąca okaże się większą. Analogicznie, siła ssąca wielkiej tętnicy, jak aorta, t. bezimienna lub szyjna, będzie oczywiście większa, niż siła ssąca tętnic drobniejszego kalibru.

W świetle tego przypuszczenia zrozumiałym wyda się pozornie paradoksalny fakt, że po zamknięciu światła drobnych tętnic, jak stopna, łokciowa i t. p. widuje się niejednokrotnie ciężkie zaburzenia odżywcze w odpowiednim odcinku ciała (*ulcus perforans pedis* i t. p.), gdy tymczasem zamknięcie światła takiej tętnicy, jak bezimienna, nieraz może być kompensowane przez ustrój. Miarą tej kompensacji mogłoby być ciśnienie krwi, określane tonometrycznie. Bardzo niskie w spostrzeżeniu niniejszem, ciśnienie to w pierwszym moim przypadku dosięgało wcale wysokich cyfr, bo 40—50 mm. rtęci (GAERTNER).

Dodam, że w rok po wspomnianych uwagach moich ukazała się obszer-

na prace MATTHES'a¹⁾, w której działanie ssące wielkich tętnic autor stwierdza szeregiem zmuśnych badań doświadczalnych na ludziach i zwierzętach.

Na zakończenie notatka bibliograficzna.

HODGSON nie wyobrażał sobie możliwości całkowitego zarośnięcia żyły głównej górnej, jakkolwiek sam cytuje przypadek HUNTERA, w którym żyła główna górna oraz żyły bezimienne i podobojczykowa lewa były na tyle zwężone, że zaledwie zachowały wąziutkie światło. Co do tego przypadku HODGSON już wyrażał przypuszczenie, że krwiobieg zastępczy odbywał się tu zapewne przez żyłę nieparzystą.

STOKES spostrzegał przypadki zwężenia żyły głównej górnej i zanotował, jako objaw tego cierpienia, nabrzmienie szyi w postaci kołnierza pelearnego (tippetlike).

W dalszym ciągu przypadki odnośne spostrzegano coraz częściej. OULMONT w r. 1855 opracował szczegółowo symptomatologię omawianego cierpienia. COMBY opisał przypadek zarośnięcia żyły głównej górnej, w którym stopniowo wytworzyła się kompensacja na tyle wystarczająca, że zginął początkowy obrzęk twarzy i górnej połowy ciała.

Wreszcie w r. 1902 J. FISCHER mógł już zebrać z piśmiennictwa 104 przypadki całkowitego zarośnięcia żyły głównej górnej, w tem 26 przypadków, w których etiologię zarośnięcia stanowił tętniak naczyń śródpiersia. W wielkich podręcznikach HUCHARD i SCHROETTER cytują pojedyncze opisy odnośnych spostrzeżeń.

W oddziale naszym ucisk żyły głównej górnej z jego charakterystycznymi objawami widywaliśmy parokrotnie. W jednym przypadku nowotworu śródpiersia [bez oględzin pośmiertnych] rozszerzenie i wężykowate sploty żył na powłokach brzusznych i przedniej powierzchni klatki piersiowej nie były bynajmniej mniejsze, niż w spostrzeżeniu, które tu skreśliłem.

Pozwolę sobie przytoczyć w krótkich słowach inny przypadek nowotworu śródpiersia, w którym objawy kliniczne stwierdzono badaniem pośmiertnem.

Chory S. S., l. 46-u, przybył na oddział dnia 6. XI. 1906 r. Od roku bole w prawym ramieniu, kaszel, poty nocne, postępujące osłabienie i wychudnienie. Od kilku tygodni uderzenia do głowy i sinica twarzy. Na tydzień przed przybyciem do szpitala lekarz na prowincyi wypuszczał choremu płyn przezroczysty z prawej jamy opłucnej, i od tej chwili dopiero chory położył się do łóżka.

Przy badaniu stan bezgorączkowy, tętno 104. Wybitne rozszerzenie żył na szyi, piersiach i brzuchu. Sinica twarzy i kończyn. Silny obrzęk twarzy i prawej kończyny górnej. Ruchy w prawym barku ograniczone i bolesne. Pod pachą pakiet obrzmiałych, twardych gruczołów, wielkości orze-

¹⁾ M. MATTHES przy współpracownictwie QUENSTEDT'a, GOTTSTEIN'a i DAHM'a. Einige Beobachtungen zur Lehre vom Kreislauf in der Peripherie. Deutsches Archiv. f. klinische Medizin. 1907. T. 89. Z. 5 i 6.

chów laskowych. Na całej przestrzeni prawego płuca z przodu tępość opukowa, dochodząca na lewo do l. przymostkowej lewej, naprawo do l. pachowej tylnej, z osłabieniem oddechu i drżenia głosowego. Serce przemieszczone na lewo, tony głuche. Obwód klatki piersiowej z prawej strony o 4—5 cm. większy, niż z lewej. W jamie opłucnej płyn przezroczysty, o ciężarze właściwym 1015, zawierający nieliczne białe ciała i czerwone krążki krwi. Mocz stężony, bez białka i bez cukru.

19. XI. śmierć. Badanie pośmiertne wykazało: limfosarkomat, wypełniający całe śródpiersie przednie, dochodzący do osierdzia, zajmujący wewnętrzną powierzchnię prawej opłucnej i znaczną część prawego płuca. Żyłą główną górną, w odległości kilku ctm. od serca, przerośnięta tkanką nowotworową, ściany jej przeistoczone. Na przekroju nowotworu wyźłobienie, odpowiadające przebiegowi żyły, lecz znacznie węższe od jej światła pierwotnego. Wyżej—światło i ściany żyły prawidłowe. Przerzuty nowotworu w śledzionie, kiszkiach i gruczołach krezkowych.

Z pośród 78-iu przypadków ucisku żyły głównej górnej przez nowotwory, zebranych przez J. FISCHER'a, w jednym tylko [WEINBERGER'a, 1901 r.] notowano podobne wyźłobienie w tkance nowotworowej. W innych spostrzeżeniach, gdzie zamknięcie żyły było zupełne, tylko obecność nielicznych włókien sprężystych, rozsianych pośród tkanki nowotworowej, świadczyło o poprzednim istnieniu w tem miejscu żyły głównej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

151. K. Rudinger. Fiziologia i patologia przytarczyc (gruczołów przytarczowych).

Do największych zdobyczy współczesnej fiziologii należy poznanie tych narządów, które odgrywają w ustroju wszystkich kręgowców rolę niezmiernie doniosłą, pomimo swych drobnych rozmiarów i bardzo podrzędnego, w porównaniu z sąsiednim gruczołem tarczowym, anatomicznego stanowiska. Przytarczycy rozwijają się z wypuklin skrzelowych [III i IV] u większości zwierząt ssących w liczbie dwu par, obok których może jednak istnieć nieokreślona liczba gruczołów dodatkowych w przednim śródpiersiu [w związku z innym narządem również skrzelorodnym—grasicą]. Niekiedy [człowiek, małpy] istnieją tylko przytarczycy zewnętrzne, położone tuż przy powierzchni gruczołu tarczowego; w innych przypadkach znajdujemy po parze przytarczyc zewnętrznych i zawartych wewnątrz gr. tarczowego [pies, kot, królik]; są wreszcie i takie zwierzęta [szczur, mysz], które posiadają tylko jedną parę przytarczyc wewnętrznych [mówimy w tej chwili tylko o przytarczycach głównych]. Pozatem położenie przytarczyc u różnych osobników jednego gatunku może ulegać najrozmaitszym zmianom; jeżeli np. mówimy, że u człowieka z każdej strony gruczołu tarczowego znajdują się dwie przytarczycy—górną i dolną—zawarte w tkance łącznej przy głównych gałęziach tętnicy tarczowej dolnej,—stosuje się to może do wię-

kszości przypadków, ale wcale nie do wszystkich. W zwykłych warunkach przytarczycy są ciałkami bardzo małemi, o kilkomicrometrowych zaledwie wymiarach. Tkanka przytarczycy różni się od tkanki tarczycy już makroskopowo przez swą brunatną barwę i brak zrazikowatości; jeszcze wybitniejsze różnice widzimy w obrazie mikroskopowym. Przy słabym powiększeniu widzimy przede wszystkim zbity miąższ o nadzwyczajnej obfitości komórek [stąd nazwa „ciałek nabłonkowych“ — „*Epithelkoerperchen*“] w subtelnej drobnooczkowej siatce łącznotkankowej. Przy powiększeniu silniejszym odróżniamy w miąższu dwa rodzaje komórek: przeważają duże wielokątne komórki „główne“ o błonie doskonale barwiącej się eozyną, zarodzi barwiącej się słabo, bardzo często z zawartością glikogenu, i również słabo barwiącem się jądrze położonem obwodowo, wielkości erythrocyta, z wyraźnym zrębem chromatynowym i kilkoma jąderkami; znacznie mniejsze komórki „kwasochłonne“ odznaczają się ziarnistą zarodzią, barwioną energicznie przez eozynę i inne kwaśne barwniki, z jądrem położonem ośrodkowo. Szczególną też cechą tkanki przytarczycy jest niezmiernie bogate unaczynienie; naczynia włoskowate tworzą gęstą siatkę, której oczka zawierają nie więcej, jak po 5—6 komórek.

Tak charakterystyczne właściwości budowy, oraz powszechna obecność przytarczycy u wyższych i niższych kręgowców, same już przez się musiały nasuwać myśl, że przytarczycy są czemś więcej niż organami „dodatkowymi” albo szczątkowymi. Pierwszą pobudkę do zbadania ich znaczenia dał fakt kliniczny — częstość napadów tężyczkowych po usuwaniu gruczołu tarczycy, zwłaszcza tak radykalnem, jakie praktykowano dawniej. To samo zauważono u psa i kota, ale nie u królika; różnicę tę tłumaczono odrębnościami w przemianie materii zwierząt mięso- i roślinożernych, póki GLEY nie wykazał, że i u królika można wywołać tężyczkę, byle usunąć oprócz gruczołu tarczycy i przytarczycy zewnętrzne, położone tu dalej od gruczołu (w miejscu podziału tętnic głowowych wspólnych), gdy u psa i kota sąsiedztwo jest tak blizkie, że wyluszczano je mimowoli prawie zawsze razem z gruczołem. Fakt ten zwrócił ogółu uwagę na przytarczycę, których znaczenie ukazało się jednak w właściwem świetle dopiero po wyczerpujących pracach VASSALE'go i GENERALI'ego; można śmiało powiedzieć, że ci badacze stworzyli fizjologię przytarczycy, którą badania późniejsze mogły tylko pogłębić i rozszerzyć.

Z doświadczeń, jakie przeprowadzano dotąd na najrozmaitszych zwierzętach — od małp do żółwi — wypływa więc fakt ogólny, że usunięcie wszystkich przytarczycy wywołuje ostrą tężyczkę, której napady kończą się śmiercią w ciągu kilku dni najpóźniej. U psów np., zwierząt najczęściej badanych, w kilkadziesiąt godzin po operacji rozpoczynają się zwykle od łap przednich lub tylnych — gwałtowne drgawki i kurcze, podczas których zwierzę leży jakby w agonii, albo czołga się na zeszywniałych łapach; i serce bije gwałtownie, oddech jest powierzchowny i prędko, temperatura dochodzi przeszło 42°, aby po przejściu napadu (jeżeli zwierzę go przetrzyma) opaść szybko do 36,5°—36,2° (norma wynosi 38,2°—38,3°). Pozostają ukryte objawy tężyczki, jeszcze charakterystyczniejsze od jawnych, przede wszystkim nadwrażliwość pni nerwowych; niewielki ucisk na okolice wielkich nerwów wywołuje żywe ruchy obronne, albo toniczne skurcze łap, zwykle przykurczanie przednich i wyprężanie tylnych (objaw TROUSSEAU'ego); pobudliwość galwaniczna dochodzi najwyższych stopni nadwrażliwości (skurcz katodálny przy przerywaniu prądu przed skurczem katodálnym przy zamykaniu, — tęczec anodalny przy zamykaniu przed tęczecem katodálnym przy zamykaniu). Trzeba podkreślić zresztą brak prawidłości w pojedynczych napadach i dalszym rozwoju choroby; najcięższe drgawki mogą np. ustawać samorzutnie na pewien czas, i zwierzę wydaje się wtedy spokojnem, choć ręka wyczuwa ciągle drżenie mięśni i wysoką gorączkę; przeciwnie

znowu zwierzę bez cięższych początkowo tężyczkowych objawów może skończyć zupełnie niespodziewanie. U młodych psów napady są jeszcze gwałtowniejsze i z wyraźną przewagą kurczów: ciało wypręża się tak silnie, że zupełnie nie zmienia pozycji, gdy próbujemy podnosić zwierzę do góry. U innych zwierząt w obrazie tężyczki po paratyreoidektomii zupełnej mogą przeważać drgawki lub kurcze, albo nawet (u żółwi) porażenia; zawsze jednak jest to choroba ostra i śmiertelna.

Po wycięciu kilku, lecz nie w wszystkich przytarczyc rozwija się tężyczka przewlekła, o napadach mniej częstych i wogóle nie prowadzących bezpośrednio do śmierci. Rozwija się tu jednak usposobienie tężyczkowe z utajonymi objawami (nadwrażliwość przy badaniu elektrodiagnostycznym!); w stanie tym trzeba tylko pewnych przyczyn dodatkowych, jak cięża, karmienie albo zatrucia doświadczalne (atropiną, ergotyną, tuberkuliną i t. p.), aby wywołać wybuch ostrej tężyczki. Tężyczka przewlekła łączy się zwykle z szeregiem zmian troficznych, którym ulegają nadewszystko narządy ektodermalnego pochodzenia: włosy więc wypadają, zęby tracą emalię i wyłamują się, rozwija się katarakta. Zwierzęta zresztą mizernieją, a młode karłowacieją; rzecz godna wielkiej uwagi ze stanowiska ogólnobiologicznego, że ich potomstwo przy badaniu elektrodiagnostycznym zdradza już usposobienie tężyczkowe (oddziedziczenie cech nabytych!)

Jeżeli tężyczka przewlekła rozwija się po paratyreoidektomii pozornie zupełnej (np. u szczura), tłumaczy się to obecnością przytarczyc dodatkowych, z którymi można się spotkać przy operacji chyba wypadkowo; jeżeli przeciwnie ostra śmiertelna tężyczka wybucha po paratyreoidektomii niezupełnej, można przypuszczać [na podstawie doświadczeń z podwiązywaniem naczyń przytarczyc, pozostawianych *in situ*], że przytarczycy pozostawione na miejscu, przestały pracować wskutek poważnych pooperacyjnych zaburzeń swego krwioobiegu; po tyreoidektomii tężyczka może wybuchać wtedy tylko, jeżeli razem z gr. tarczowym usunięto i przytarczycę. Aby uniknąć ostrej śmiertelnej tężyczki, wystarczy zachować w ustroju niewielką ilość tkanki przytarczycowej, niezależnie od tego, czy pozostawimy ją na miejscu, czy przeniesiemy w inne miejsce ciała; transplantację np. do ściany brzusznej przytarczycy znoszą znacznie lepiej niż gruczoły tarczowe.

W zupełnej zgodzie z temi danymi doświadczalnymi pozostają badania z zakresu patologii ludzkiej. Mnożą się spostrzeżenia, wskazujące, że większość form ludzkiej tężyczki co do swego podłoża i rokowania należy do tej samej kategorii zjawisk, co przewlekła tężyczka zwierząt po paratyreoidektomii częściowej. Coraz też częściej przy autopsyjnym badaniu tych przypadków są zaznaczane wsteczne zmiany w przytarczycach, jak krwawienia [porodowego zapewne pochodzenia] w tężyczce niemowląt, lub zserowacenie w tężyczce przygruźliczej, — albo zupełny brak kilku przytarczyc, jak po mniej ostrożnych tyreoidektomiach.

Odrębne stanowisko zajmują odosobnione napady tężyczkowe przy zatruciach oraz zakażeniach trawiennego np. pochodzenia, o wszelkich cechach nieszkodliwych zaburzeń czynnościowych¹⁾. Czy leczenie przetworami przytarczycowymi w tężyczce ludzkiej ma widoki powodzenia, jak utrzymują włoscy zwłaszcza badacze, trudno powiedzieć na pewno wobec nadzwyczaj ka-

¹⁾ Pewne fakty wskazują na łączność pomiędzy przytarczycami a innymi jeszcze — prócz tężyczki — nerwicami ruchowymi. Wskażemy tu marskość, wzgl. przerost przytarczycy w niektórych badanych w tym kierunku przypadkach choroby PARKINSON'a (*paralysis agitans*), cierpienia, mającego zresztą oddalone podobieństwo z przewlekłą tężyczką, wywoływaną sztucznie u małp.

pryśnego przebiegu tej choroby; ściśle badania przeczą temu raczej, ponieważ w wypadkach pozornie pomyslnych ukryte objawy tężyczki trwały bez zmiany; nie zresztą nie każe przypuszczać, aby przytarczycy były nie tylko wytwórczyniami, lecz i zbiornikiem ważnej dla ustroju wydzieliny wewnętrznej. Z absolutną pewnością dowiedziono natomiast możliwości radykalnego wyleczenia tężyczki przez przeszczepienie tkanki przytarczycowej [v. EISELSBERG; tężyczka po tyreoidektomii, transplantacja jednej przytarczycy do prostego mięśnia brzucha].

Z równym sceptycyzmem należy przyjmować pomyslnie rzekomo w niektórych razach wyniki leczenia sztucznej tężyczki zwierząt przetworami tarczowymi, jako niesprawdzone elektrodiagnostycznie. Więcej faktów przemawia za antagonizmem czynnościowym pomiędzy gr. tarczowym a przytarczycami; znaczny np. łagodniejszy przebieg tężyczki u zwierząt po wycięciu przytarczyc wraz z gr. tarczowym [nie we wszystkich, co prawda, wypadkach], wybitnie korzystny wpływ przetworów przytarczycowych w chorobie BASEDOW'a i wybitnie szkodliwy w obrzęku śluzowym [według odosobnionych dotąd, niestety, spostrzeżeń MOUSSU i CHARRIN'a). Gdyby spostrzeżeniom tym zarzucono jeszcze pewną dwuznaczność, możnaby wtedy powołać się na ważne badania EPPINGER'a, FALTY i RUDINGERA, które rzuciły wiele światła wogóle na działalność gruczołów o wydzieleniu wewnętrznym; dowiedziono tu między innymi, że iniekcja adrenaliny nie wywołuje cukromoczu i nie podnosi ciśnienia krwi u psa pozbawionego gruczołu tarczowego, ale sprowadza obydwie te objawy po wycięciu gruczołu tarczowego i przytarczyc.

Jeśli w tem doświadczeniu możemy widzieć jeden z dowodów hamującego wpływu wydzieliny przytarczyc na czynności nerwu współczulnego, podniecające przez wydzielinę gr. tarczowego,—to znowu już z ukrytych zwłaszcza objawów tężyczki po usunięciu przytarczyc musimy wnosić, że ten hamujący wpływ rozciąga się i na nerwy autonomiczne. U kotów z wyciętymi przytarczycami nadwrażliwość nerwów przy elektrycznym badaniu w tylnych łapach np. zachowuje się nawet po przecięciu rdzenia w części grzbietowej,—nie będzie jej jednak wcale, gdy przetniemy nerw kulszowy *r ó w n o c z e s n i e* z wycięciem przytarczyc; świadczy to, że wydzielina przytarczyc wywiera hamujący wpływ na autonomiczne nerwy obwodowe za pośrednictwem ośrodków rdzeniowych, bez wszelkiego udziału ośrodków korowych [dawniej już N. WEISS zwrócił uwagę na towarzyszące tężyczne histologiczne zmiany w przednich rogach szarej substancji rdzeniowej—powiększenie komórek zwojowych, wakualizację ich zarodki, obwodowe ustawienie jądra, wrzecionowate obrzmienie cylindrów osiowych w przednich korzonkach]. Zestawiając to ze znanym od dawna faktem, że pobudliwość nerwów ruchowych zmniejsza się po przecięciu tylnych korzonków, EPPINGER, FALTA i RUDINGER wnioskują, że wydzielina przytarczyc hamuje może za pośrednictwem nerwu współczulnego i jego połączeń z nerwami rdzeniowymi—przewodnictwo podniet, odbieranych z obwodu ciała przez ośrodki przednich rogów za pośrednictwem tylnych korzonków. Przy braku tego hamującego wpływu nerwy obwodowe przechodzą w stan spotęgowanej pobudliwości [tężyczka ukryta]; po zsumowaniu dostatecznej liczby podniet w ośrodkach przednich rogów—musi wybuchnąć napad tężyczki jawnej. Jest to najprawdopodobniejsza teoria czynności przytarczyc, odbywająca się, jak widzimy, bez przypuszczenia zagadkowych jądrow, nagromadzanych rzekomo w ustroju przy braku przytarczyc.

Zbliżamy się o krok dalej do zrozumienia mechanizmu tych hamujących wpływów dzięki badaniom W. G. MAC-CALLUM'a i K. VOEGTLIN'a, które wykazały głębokie zaburzenia w przemianie wapniowej zwierząt tężyczkowych. Wydzielenie wapnia jest tu mianowicie nadzwyczaj wzmożone, a zawartość wapnia w krwi o połowę mniejsza niż u zwierząt zdrowych.

Po zażyciu albo po podskórnem wstrzyknięciu odpowiedniej ilości 5%-ego roztworu octanu lub mleczanu wapniowego, ustępują od razu widoczne następstwa wycięcia przytarczyc, przynajmniej na 24 godziny, o ile trzymamy zwierzę na bezwapniowej diecie; powtórny wybuch drgawek można znowu uspokoić natychmiast ponownem wstrzyknięciem. Podobnie wpływają sole magnowe, pomijając ich uboczne działanie znieczulające. Sole potasowe, przeciwnie, wywołują obostrzenie objawów, ustępujące po wstrzyknięciu większej ilości soli wapniowych. Na obfitej zawartości związków wapniowych w mleku opiera się zapewne korzystny wpływ diety mlecznej i ujemne znaczenie obfitej laktacji w przebiegu tężyczki. Mamy tu poszczególny wypadek wybitnego antagonizmu w działaniu jedno- i dwuwartościowych kationów na żywą materję wogóle.

(*Ergeln. d. inn. Med. u. Kinderh., t. II, 1908*)

J. Rzepko.

Wiadomości bieżące.

Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie

od 2-go do 23-go grudnia 1909 r.

Wyjaśnienie udzielają i zgłoszenia przyjmują prof. CIECHANOWSKI [Wielopole 4], prof. DOBROWOLSKI [Podwale 2], i prof. KRZYSZTAŁOWICZ [Basztowa 6].

W pisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (*Collegium novum*, ul. Jagiellońska) od 26-go listopada do 2-go grudnia 1909 r.

Liczba uczestników [najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursa i najwyższa] w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dni powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebrań informacyjnych wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d., odbędzie się we środę 1-go grudnia o godzinie 8-ej wieczorem w Domu lekarskim [Radziwiłłowska 4].

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. BUJWID wspólnie z asystentami: 1) Sposoby rozpoznawania bakterji chorobotwórczych. W zakładzie higieny [Strzelecka 9] 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 3—5 po południu. Czesne 30 koron. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, dewonstracye przygotowania surowic i szczepionek. W zakładzie surowic [Lubicz 28], 10 wykładów od 5—6 po południu, codziennie od 2—14. XII. Czesne 15 kor. 3) Hygieniczne badanie wody. W zakładzie badania środków spoż. [Strzelecka 9], 5 wykładów, we wtorki i czwartki od 6—8 wieczorem. W każdym kursie najmniej 5-u, najwyżej 10-u uczestników.

Doc. DROBA: Bakteryologia cholery i duru brzuszego [ćwiczenia praktyczne]. W zakładzie anatomii patol. (*Collegium medicum*, Grzegórzecka). 6 go-

dzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6-ej do 8-ej po południu. Czesne 30 koron. Najmniej 5-u, najwyżej 10-u uczestników.

Prof. NOWAK wspólnie z asystentami: drem SZYMONOWSKIM i drem RAJCHMANEM: Praktyczny kurs bakterjologii: 1) Dyagnostyka bakterjologiczna chorób zakaźnych. 2) Metodyka serodyagnostyczna: aglutynacja, odchylenie komplementu [odczyn WAS-SERMANN'a i t. p.], opsoniny. W zakładzie mikrobiologii [Św. Jana 20]. 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4-ej do 6-ej po południu. Czesne 50 koron. Najmniej 5-u uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. MIĘSOWICZ: Nowsze metody dyagnostyczne. 2 godziny tygodniowo w klinice lekarskiej [Kopernika 15] w porze porannej, później oznaczyć się mającej. Czesne 2 korony.

Doc. LATKOWSKI: Dyagnostyka chorób narządu krążenia, z uwzględnieniem nowszych sposobów badania. W klinice lekarskiej [Kopernika 15]. 2 godziny tygodniowo, później oznaczyć się mającej. Czesne 2 korony.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. DOMAŃSKI: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu Św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8-ej do 9-ej z rana w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. PILTZ wspólnie z asystentem drem LANDAUEM: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem [klinika okulistyczna, Kopernika 40]. 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 5-ej do 6-ej po południu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedjatria.

Prof. LEWKOWICZ: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci [szpital Św. Ludwika, ulica Strzelecka]. 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10-ej do 12-ej z rana. Czesne 20 koron. Najmniej 10-u uczestników.

Chirurgia.

Prof. BOSSOWSKI: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów [na Kazimierzu]. 10 godzin tygodniowo, codziennie z wyjątkiem sobót od godziny 9-ej do 11-ej z rana. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5-u.

Doc. CHŁUMSKY: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym [Rynek kleparski 12]. Czesne 40 koron. Najmniej 4-ch uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. „Publicum“ bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godziny tygodniowo, od 5-ej do 6-ej wieczorem w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Doc. RUTKOWSKI: 1) Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób chirurgicznych. W szpitalu Św. Łazarza. 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 8-ej do 10-ej z rana. Czesne 20 koron. Najmniej 5-u uczestników.

Okulistyka.

R. dw. prof. WICHERKIEWICZ wspólnie z asystentem drem WITALIŃSKIM: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 11-ej do 1-ej w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5-u uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godzinach popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. ŁEPKOWSKI: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materiałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznym [Rynek gł. 22, II p.]. 12 godzin tygodniowo, codziennie od 8-ej do 10-ej z rana. Czesne 80 koron. Najmniej 5-u, najwyżej 10-u uczestników.

Laryngologia i otyatria.

Prof. PIENIAŻEK i doc. NOWOTNY: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej [szpital Św. Łazarza]. 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej [prawdopodobnie między godz. 10—12]. Czesne 10 koron. Najmniej 10-u uczestników.

Doc. NOWOTNY: Praktyczny kurs otyatrii, [tamże], 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej [prawdopodobnie 12—1]. Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. BAUROWICZ: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych [szpital Św. Łazarza]. 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5-ej do 7-ej wieczorem. Czesne 10 koron. Najmniej 8-u uczestników.

Dermatologia i syfildologia.

Prof. REISS: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych. W klinice dermatologicznej [szpital św. Łazarza]. 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8-ej do 10-ej, w czwartki i piątki od 8 $\frac{1}{2}$ do 10-ej z rana. Czesne 20 koron. Najmniej 15-u uczestników. Początek kursu 3. XII.

Prof. KRYSZTAŁOWICZ: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. [Tamże]. 3 godziny tygodniowo, we środy od 8-ej do 10-ej, w soboty od 9-ej do 10-ej z rana. Czesne 12 koron. Najmniej 5-u uczestników. Początek kursu 4. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. ROSNER wspólnie z asystentami; drem CETNAROWSKIM, PRZYBYLSKIM i SCHLANKIEM: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej [ul. Kopernika 15]. 6 godzin tygodniowo, codziennie od godziny 9-ej do 10-ej z rana. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. DOBROWOLSKI: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizjologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej [ul. Kopernika 15] i na oddziale położniczym w szpitalu Św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godziny 10-ej do 11-ej z rana. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Medycyna sądowa.

Doc. HOROSZKIRWICZ: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (*Collegium medicum*, Grzegórzecka). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od godz. 4-ej do 5-ej po południu. Czesne 20 koron. Najmniej 5-u uczestników.

Przegląd godzin.

- 8— 9. Neurologia [prof. DOMAŃSKI] 3 godzin tyg. —Dyagnostyka chorób wewnętrznych. [Doc. LATKOWSKI] 3 godz. tyg.
- 8—10. Dermatologia i syfilidologia [prof. REISS i KRZYSZTAŁOWICZ] codziennie prócz poniedziałków.
Dentystyka [prof. ŁĘPKOWSKI] codz.
Chirurgia [prof. RUTKOWSKI] codz. prócz sobót.
- 9—10. Ginekologia [prof. ROSNER] codz.
- 9—11. Chirurgia [prof. BOSSOWSKI] codz.
- 10—11. Położnictwo [prof. DOBROWOLSKI] codz.
- 10—12. Pedyatria [prof. LEWKOWICZ]. Laryngologia [prof. PIENIĄŻEK]. Codz. prócz sobót.
- 11—1. Okulistyka [prof. WICHERKIEWICZ i dr WITALIŃSKI] poniedziałki, środy, piątki.
- 12—1. Otyatria [doc. NOWOTNY] codz. prócz sobót.
- Pora poranna na razie { Medycyna wewnętrzna [doc. MIĘSOWICZ, doc. LATKOWSKI] 4 godz. tyg.
nie oznaczona }
- 3—5. Dyagnostyka bakteryol. [prof. BUJWID] codz.
- 4—5. Medycyna sądowa [doc. HOROSZKIEWICZ] codz. prócz sobót.
- 4—6. Kurs praktyczny bakteryologii [prof. NOWAK] codz.
- 5—6. Miesienie i ortopedia [doc. CHLUMSKY] codz. prócz piątków i sobót.
Szczepienia ochronne [prof. BUJWID] codz.
- 4—5. Neurologia [prof. PILTZ] wtorki, czwartki i soboty.
- 5—7. Badania laryngol. [prof. BAUROWICZ] poniedz. i piątki.
- 6—8. Kurs choleryczny [doc. DROBA] poniedz., środy, piątki.—Badanie higien. wody [prof. BUJWID] wtorki, czwartki.
- Pora po południowa na {
razie nie oznaczona. } Wziernikowanie oka.

— Choroby zakaźne w Warszawie.

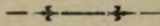
W ciągu tygodnia od d. 17-go do 23-go października r. b. do szpitali warszawskich zgłosiło się 78 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 10, odrą 9, płonicą 14, różą 11, błonicą 8, tyfusem brzuszny 18, tyfusem plamistym 4, gorączką powrotną 2, grypą 1 i biegunką krwawą 1.

W tymże czasie zmarło osób 13, mianowicie: na ospę 3, płonicę 2, tyfus brzuszny 6, błonicę 1 i biegunkę krwawą 1.

W następnym tygodniu od dnia 24-go do 30-go października przybyło do szpitali warszawskich 75 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 17, odrą 5, płonicą 22, błonicą 1, różą 14, tyfusem brzuszny 8, tyfusem plamistym 2, gorączką powrotną 1, grypą 4 i biegunką krwawą 1.

W tymże czasie zmarło osób 9, mianowicie: na ospę 2, płonicę 1, błonicę 1, tyfus brzuszny 3 i tyfus plamisty 2.

NEKROLOGIA



Cezary Lombroso

[wspomnienie pozgonne].

W miesiącu zeszłym zmarł w 73-m roku życia CEZARY LOMBROSO, znakomity lekarz-psychiatra włoski, jeden z najtęższych umysłów naszego wieku; wpływ jego w dziejach kultury zaznaczył się bardzo wyraźnie.

Urodzony w Weronie 1836 r. spędził lata młodzieńcze w nieustającej walce z ubóstwem materyalnym; poświęciwszy się pierwotnie z zapalem wielkim naukom filologicznym, przerzuca się wkrótce na studia medyczne, które prowadzi w Turynie, a następnie w Wiedniu pod kierunkiem słynnego klinicysty SKODY. W r. 1859 uczestniczy jako lekarz w kampanii wojennej, pozostając przez czas pewien na służbie w armii włoskiej, gdzie naraża się swym zwierzchnikom przez gorliwość, z jaką oddawał się ulubionym swym badaniom naukowym; to też niebawem opuszcza służbę wojskową i w r. 1862 obejmuje katedrę psychiatrii w Pawii oraz stanowisko dyrektora Zakładu dla obłąkanych w Pesaro. W r. 1876 przenosi się wreszcie do Turynu, gdzie wykłada jako profesor medycynę sądową i psychiatrię.

Pierwsza praca, która zwróciła uwagę świata naukowego, a zwłaszcza VIRCHOW'a na młodego badacza, dotyczyła kretynizmu w Lombardii („*Ricerche sul cretinismo in Lombardia*“ 1859). Następnie duże poruszenie umysłów wywołał traktat o geniuszu i obłąkaniu („*Genio e follia*“ 1864), w którym autor wygłasza później w obszerniejszem dziele szczegółowiej wyłożoną teorię o neuropatyczności ludzi genialnych, przeprowadzając śmiało, choć niezawsze dostatecznie uzasadnioną paralelę między genialnością a zбочeniami psychicznymi. Wielkie potem położył LOMBROSO zasługi, wyjaśniwszy istotę pellagry („*Studi clinici sperimentali sulla natura, causa e terapia della pellagra*“ 1870), choroby, która dziesiątkowała biedniejsze zwłaszcza warstwy ludności lombardzkiej; wykrył on mianowicie, że cierpienie to powoduje jad swoisty, wytwarzający się w zepsutej kukurydzy, a dostający się do ustroju ludzkiego w pieczywie, wyrabianem z takiej zgnilej mąki kukurydzowej. Odkrycie to wywołało ogromną wrzawę i nienawiść względem LOMBROSO ze strony większych posiadaczy ziemskich, którzy karmili lud roboczy takim chlebem, a do ich protestu przyłączyły się nawet komisye naukowe, oskarżające autora wprost niemal o szalberstwo. Dopiero autorytet znakomitego chemika francuskiego BERTHELOT'a przechylił szalę zwycięstwa w głośnym tym sporze na stronę młodego badacza.

Największy jednak rozgłos zyskały LOMBROSO badania nad zbrodniarzami, przyczem był on jednym z pierwszych, którzy zastosowali tu metody antropometryczne. L. przedewszystkiem starał się uzasadnić niedostateczność tak zwanego przezeń kierunku klasycznego w nauce o prawie karnem, które zajmowało się prawie wyłącznie istotą samego przestępstwa i usiłował na plau pierwszy wysunąć osobę zbrodniarza. Rozporządzając olbrzymim materyałem faktycznym, L. wraz z uczniami swymi w szeregu publikacyi przeprowadził nadzwyczaj drobiazgowo badania anatomopatologiczne, fizyologiczne i psychiczne nad przestępcami i doszedł do przekonania („*L'uomo delinquente in rapporto alla antropologia, alla giurisprudenza ed alle discipline carcerarie*“ 1876), że nie tylko istnieje cały szereg

znamion, odróżniających zbrodniarza od człowieka normalnego, ale, że na podstawie takich cech swoistych można wyodrębnić poszczególne kategorie zлочытców, że wreszcie dziedziczność, a szczególnie atawizm, grają olbrzymią rolę w wytwarzaniu typu przestępcy, który w ten sposób jest właściwie tylko wytworem niezłomnie działających praw przyrodzonych. Lombroso na podstawie takich znamion swoistych obok zbrodniarza z urodzenia odróżnia przestępcę przygodnego (*lcriminaloid*), który staje się nim dzięki tylko niezwyktemu zbiegowi okoliczności, pólobłąkańca (*mattoid*), posiadającego wszelkie zadatki zbrodniczości i wreszcie t. zw. pseudozbrodniarza, karanego, co prawda, przez prawo, ale dla społeczeństwa nie przedstawiającego żadnych niebezpieczeństw.

Badaniami swemi Lombroso objął i sferę przestępstw politycznych (*„Il delitto politico e le rivoluzioni in rapporto al diritto, all' antropologia criminale“* 1890), dochodząc do wniosku, że rewolucya, jako wyraz historyczny ewolucyi, należy do szeregu zjawisk fizyologicznych. Wreszcie typowi kobiety-zbrodniarki poświęcił osobne dzieło (*„La donna delinquente“* 1893), w którym rozpatruje przede wszystkim typ kobiety normalnej, podkreślając głęboką różnicę, zachodzącą między kobietą a mężczyzną pod względem organizacji fizycznej i psychicznej.

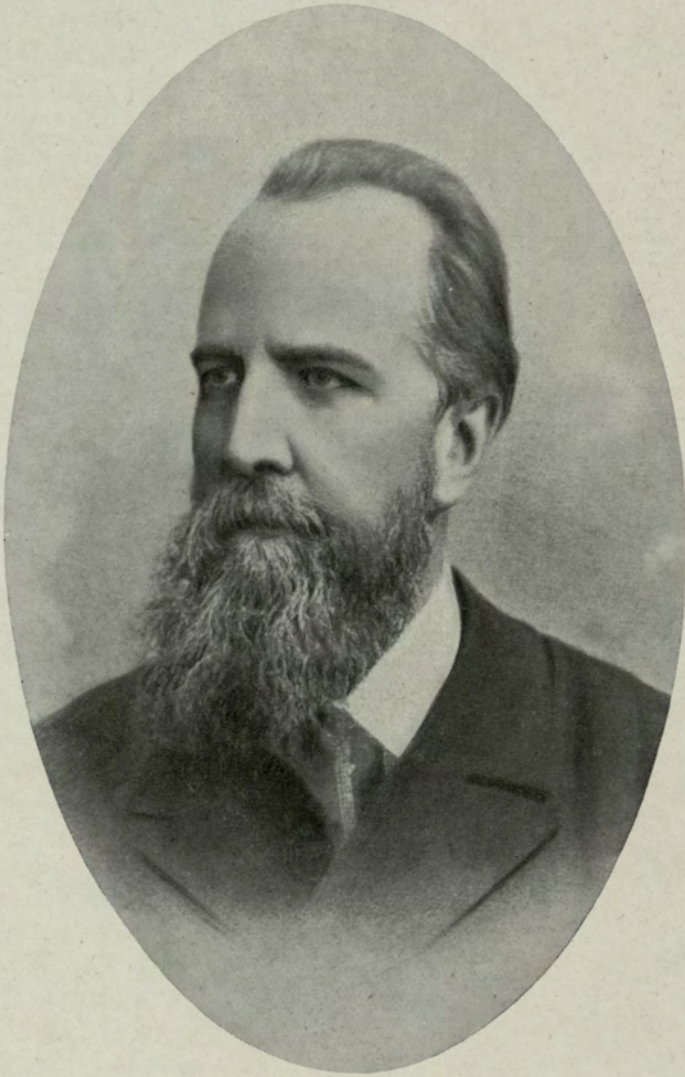
Poglądy tego rodzaju na osobę zbrodniarza zachwiać musiały dotychczasowemi podwalinami prawa karnego, które w wymiarze sprawiedliwości kierowało się prawie wyłącznie istotą przestępstwa i przenosiły poniekąd prawodawstwo karne z dziedziny nauk czysto moralnych w dziedzinę przyrodznawstwa, a w logicznej konsekwencji zdążyły do tego, aby dotychczasowych sędziów-prawników zastąpić przez sędziów przyrodników. Oczywiście, że takie stawianie kwestyi wywołać musiało w sferach odnośnych wielkie oburzenie na śmiałego reformatora i zacieklą krytykę doktryn przezeń głoszonych, a do jakiego stopnia zagadnienia te zaprzętały umysły współczesne, dowodzi najlepiej fakt, że stanowiły one przedmiot roztrząsań na trzech następujących po sobie kongresach międzynarodowych w Rzymie [1885], Paryżu [1889] i Brukselli [1892] i ostatecznie posłużyły za podwalinę nowej nauki—antropologii kryminalnej, która we Włoszech największe święciła tryumfy.

Choć nie wszystkie postulaty naukowe LOMBROSA w tej dziedzinie badań ostały się w całej swej rozciągłości wobec krytyki bezstronnej, jednak wywarły niezaprzeczenie wpływ potężny na dalsze kształtowanie się prawodawstwa karnego, wnosząc doń duże pogłębienie przedmiotu, oraz większą dozę humanitarności w traktowaniu i sądzeniu przestępców.

Poruszał Lombroso w dziełach swych i inne współczesne kwestye żywotne, jak np. o antysemityzmie (*„l' Antisemitismo e le scienze moderne“* 1894), o anarchistach (*„Gli anarchici“* 1894), o grafologii (*„Grafologia“* 1894) a w ostatnich latach życia swego z właściwym sobie entuzjazmem zajął się sprawami spirytyzmu, do których nabrał szczerego przekonania za sprawą słynnej oszustki EUSAPII PALLADINO; był to może już objaw malejących z wiekiem zdolności krytycznych wielkiego badacza.

Płodnem więc było życie tego męża nauki głębokiej, umysłu bystrego, energii niezmordowanej i pracy wytrwałej, a chociaż grzeszył nieraz jednostronnością zapatrywań i pewną paradoksalnością wywodów, z naciskiem trzeba zaznaczyć, że działalność jego zawsze nacechowana była gorącym umiłowaniem prawdy i nieprzerwanem dążeniem do celów prawdziwie humanitarnych.

Ad. Lande.



Kornilowicz