

MEDYCINA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do anatomii patologicznej Xerodermais pigmentosi. Podał W. Wesołowski. — Siódmy przyczynek do nauki o zbozeniach mowy. Podał W. Ołtuszewski. — Drgawki porodowe (Eklampsya) w świetle badań współczesnych. Podał W. Popiel. (Ciąg dalszy). — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z d. 3 i 17 października r. b. — ODCINEK. Błędy w recepturze i ich skutki. Napisał d-r C. Binz. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Wesołowski — Contributions à l'anatomie pathologique du xeroderma pigmentosum. 2) D-r W. Ołtuszewski — Nouvelle contribution à l'étude des anomalies de la parole. 3) D-r W. Popiel — Nouvelles contributions concernant la nosologie de l'éclampsie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rte Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Wesołowski — Beiträge zur anatomo-pathologischer Kenntniss des Xeroderma pigmentosum. 2) D-r W. Ołtuszewski — Siebenter Beitrag zur Lehre von den Sprachanomalien. 3) D-r W. Popiel — Die eklamptischen Convulsionen im Lichte der neueren Forschungen.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Z ODDZIAŁU DERMATOLOGICZNEGO D-RA MED. A. ELZENBERGA I PRACOWNI
PATOLOGICZNEJ D-RA JULJANA STEINHAUSA W SZPITALU ŻYDOWSKIM W WARSZAWIE.

Przyczynek do anatomii patologicznej

Xerodermais pigmentosi.

Podał

WACŁAW WESOŁOWSKI.

b. ordynator kliniki dermato-syfilidologicznej Warszawskiego Uniwersytetu w szpitalu św. Łazarza.

Pojawienie się w oddziale dermatologicznym d-ra med. A. ELZENBERGA w ciągu ostatnich kilku lat dwóch przypadków *xerodermais pigmentosi* i uprzejme powierzenie mi ich przez kierownika oddziału dla naukowego opracowania, za co mu tutaj podziękować uważam sobie za obowiązek, pobudziły mnie do zajęcia się anatomią patologiczną tego cierpienia.

Zanim szczegółowo ogłoszone zostaną wyniki moich badań, pozwalam sobie w niniejszem doniesieniu tymczasowem przedstawić ważniejsze z nich, poprzedzając je krótkim klinicznym opisem obydwóch przypadków.

Przypadek I. B. S. zapisał się do szpitala pierwszy raz d. 16. VII. 1895 r., mając 4 lata. Matka jego, do której z rysów twarzy i koloru włosów jest zupełnie podobny, jest kobietą silnie zbudowaną, dobrze odżywianą, ciemną blondynką, mocno piegowaną na twarzy i rękach. Rodziła 7 razy; 4 dzieckiem z rzędu był nasz chory. Ojciec B., rodzony wuj swej żony, jest zdrow i silnie zbudowany, bardzo ciemny brunet, z cerą oliwkową, zupełnie wolną od piegów. W dniu urodzenia się B. ojciec jego miał lat 20, a matka 23 lata. B. stanowi jedyne żyjące dziecko tego małżeństwa. Nikt w rodzinie na chorobę podobną do kserodermatu, ani na raka, ani na inne nowotwory nie chorował.

Około dwóch lat przed wstąpieniem do szpitala, B. S. pierwszy raz zachorował w czasie letnich upałów; zjawily się, głównie na twarzy, czerwone plamy, czy też zupełnie rozlana czerwoność; matka twierdzi, że to była odra. Według opowiadań matki, czerwoność zjawila się nagle, znikala zaś stopniowo, powoli, ale znikla doszczętnie.

W pół roku po owej „odrze“, B. S. zaczął chorować na oczy; uskarżał się głównie na łzawienie i światłowstręt.

Jesienią 1894 roku zwróciły na siebie uwagę matki już wtedy wyraźne plamki na twarzy — „pięgi“.

W szpitalu znaleziono go w stanie następującym. Skóra twarzy, nosa, uszów, szyi, karku, grzbietowych powierzchni obu kończyn i przedramion do połowy ich długości jest usiana ciemnobronzowymi plamkami, wielkości od ziarenka soczewicy do małego grochu. Na grzbietowych powierzchniach stóp i goleni są również plamki dosyć gęsto rozsiane, które jednak pod względem rozmiarów i natężenia zabarwienia ustępują znacznie piegom matki. Skóra sucha, lekko łuszcząca się, napięta. Pomiędzy plamkami widać białawe błyszczące w kształcie punktów i plamek „blizenki“, a miejscami w nich lub obok nich rozszerzenia naczyń w postaci czerwonych punktów i gwiazdeczek. Na prawem skrzydle nosa brodawka rogowa wielkości dużego grochu. Taka sama brodawka na lewem skrzydle nosa bliżej czoła. Oczy łzawią, na łącznicach zmiany kataralne. W jamie ustnej i gardzielowej zmian żadnych nie ma. Badanie narządów wewnętrznych zmian żadnych nie wykazuje. Mocz prawidłowy. Sen i łaknienie dobre. Bólów żadnych nie odczuwa.

Wypisał się ze szpitala d. 29. VII. 1895 r.

Drugi raz przybył nasz chory do szpitala d. 19. VI. 1896 r.

Badanie wykazało, że ugrupowanie plamek pozostało takie same, lecz zabarwienie ich stało się nieco mocniejszym; blizenki bardziej widoczne, liczba naczyniowych gwiazdeczek większa, plamki barwnikowe widać nawet na czerwonych brzegach warg.

Na twarzy poniżej dolnej lewej powieki widać guz wielkości śliwki, ciemno zabarwiony; guz ten został wycięty do badania d. 22. VI. 1896 roku. Poniżej zewnętrznego kąta prawego oka guz nie zabarwiony, nieco mniejszy od poprzedniego. Na prawem skrzydle nosa, a także na niektórych miejscach skóry twarzy, szczególnie około ust, rozsiane małe brodawki rogowe. Gruczoły limfatyczne nigdzie nie powiększone.

Trzeci raz przybył S. do szpitala do oddziału d-ra MARKUSFELDA d. 22. VIII. 1898. Do poprzednio odnotowanych już objawów dołączyły się następujące: kilka naczynek w różnych miejscach twarzy i guz na prawym policzku, wielkości dużej pomarańczy, owrzodzony, silnie zabarwiony, miękki, łatwo rozrywający się, przenikający w głąb i sterczący nad powierzchnią w posta-

ci grzyba. Tuż obok niego drugi taki sam guz wielkości laskowego orzecha. Obydwa guzy zostały wycięte do badania.

21. IV. 1899 r. chory nasz znowu do szpitala się zapisał, tym razem do oddziału chirurgicznego d-ra med. KRAUZEGO z powodu guza łopatki.

Skóra czoła, skroni, powiek, policzków, nosa i t. d. obecnie usiana plamkami wielkości od ziarnka pszenicy do grochu, a nawet większemi, wskutek zlewania się pojedynczych plamek, barwy od żółtobrunatnej do zupełnie czarnej.

Na skórze policzków plamki są najciemniejsze, często większe, aniżeli na innych miejscach skóry — mają do $1\frac{1}{2}$ ctm. długości i $\frac{1}{2}$ ctm. szerokości; bliznowate miejsca pomiędzy plamkami brunatnemi i gwiazdki naczyniowe również są większe, aniżeli w innych okolicach skóry.

Dolna $\frac{1}{3}$ skóry nosa, skóra policzków na 2—3 ctm. w promieniu około nosa i skóra górnej wargi są usiane brodawkami rogowemi; część tych brodawek jest rozdrapana i pokryta strupami. W okolicy prawej łopatki znajduje się guz, leżący wśród mięśni, zrosnięty z łopatką i utrudniający ruchy w stawie ramieniowym; guz ten jakoby rozwinął się w ciągu kilku ostatnich miesięcy.

Kol. KRAUZE wyjął guz razem z łopatką, przyczem okazało się, że nowotwór zniszczył prawie całą łopatkę i mięśnie nad- i podłopatkowy.

Przypadek II. C. R. 7-letni wstąpił do szpitala d. 14. VI. 1898 r.

O ile można było się dowiedzieć, w rodzinie żadnej podobnej do kserodermatu choroby skórnej nie było, ani też nikt nie chorował na raka. Według opowiadania matki, choroba zaczęła się 5 lat temu najpierw na skórze nosa.

Cała skóra twarzy, czoła, nosa, policzków, powiek, warg, brody, uszu, szyi, karku jest usiana plamkami, po większej części ciemno-brunatnemi, najrzadziej jasno-bronzowemi lub żółtymi podobnemi do zwykłych piegów.

Między plamkami znajdują się miejsca bliznowate, gdzieniegdzie czerwone punkty i gwiazdeczki naczyniowe. Na miejscach pokrytych już włosami na granicy z czołem także widać plamki.

Takie same plamki, blizenki, gwiazdeczki naczyniowe widzimy i na skórze kończyn, lecz w znacznie słabszym stopniu wyrażone, szczególnie na dolnych kończynach. Chory uskarża się na przeszkadzający mu na karku guziczek, który okazał się naczyniakiem, wielkości grochu, postaci grzyba, który jakoby rozrósł się w ciągu ostatnich tygodni przed wstąpieniem do szpitala. W pobliżu tego naczyniaka znajdował się jeszcze drugi, bardzo mało wznoszący się nad powierzchnię skóry i znacznie mniejszy od poprzedniego. W oczach zauważyliśmy katar łącznicy i silny światłowstręt.

Przy badaniu narządów wewnętrznych żadnych zmian nie znaleziono.

Do badania drobnowidzowego staraliśmy się wybierać kawałki skóry ze wszystkimi zmianami, charakteryzującemi badane przez nas cierpienie, a mianowicie: plamki, miejsca bliznowate z gwiazdeczkami naczyniowemi i bez nich, brodawki rogowate, naczyniaki i wreszcie bezbarwne i barwnikowe nowotwory złośliwe skóry i ich przerzuty.

W pierwszym przypadku udało się nam to prawie w zupełności, ponieważ chorego spostrzegaliśmy w takich okresach choroby, kiedy znaleźć można było na nim wszystkie wyżej wyliczone wykwity z wyjątkiem jedynie pierwotnej czerwieni (*erythema*). Co się tyczy drugiego przypadku, to materiał patologo-anatomiczny z niego otrzymany, obejmuje jedynie wykwity drugiego okresu choroby (plamki, blizenki, naczyniaki i t. d.). Do rozwoju

guzów złośliwych, jak widać z powyżej przedstawionej historii choroby, jeszcze nie doszło w tym przypadku.

Wycięte kawałki skóry, zawierające wykwity kserodermatyczne, utrwalane były w mieszaninie wodnego roztworu sublimatu (5%) i kwasu octowego (5%), przeprowadzane przez alkohol, anilinę, ksylol do parafiny, w której były krajane mikrotomem SCHANZE'go. Grubość skrawków wynosiła 5—10 μ . Po naklejeniu na szkiełkach przedmiotowych za pomocą wody destylowanej lub wodnego roztworu białka z dodatkiem formaliny, preparaty były barwione najczęściej hematoksyliną i eozyną lub według metody van GIESSEN'a. Oprócz tego stosowane były specjalne barwienia na włókna elastyczne według UNNA-TAENZER'a (orceina i błękit metylenowy) i WEIGERT'a (modyfikacja fuksyny). Niektóre plamki i guzy barwnikowe zawierały taką ilość barwnika, że ich budowy tkankowej nie można było odróżnić; dla jej uwidocznienia odbarwialiśmy preparaty wodą chlorową lub utlenioną, poczem dopiero stosowaliśmy zwykłe barwienia. Wreszcie badaliśmy także plamki i guzy barwnikowe metodą PERLS'a na obecność żelaza w barwniku.

Preparaty zachowywaliśmy w żywicy kanadyjskiej.

Ponieważ wyniki badania wykwitów jednego i tego samego gatunku z obydwóch przypadków były jednakowe, każdego przypadku osobno opisywać nie będziemy, lecz uszykujemy opis według typów badanych wykwitów. Rozpocznijmy więc od wyników badania plamek, następnie przejdziemy do brodawek rogowych, blizenek, naczynek, a skończymy na wykwitach najpoważniejszych — na guzach złośliwych.

(C. d. n.).

Z WARSZAWSKIEGO ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY ORAZ CIERPIEŃ
JAMY NOSO-GARDZIELOWEJ.

Siódmy przyczynek do nauki o zboczeniach mowy.

Przez

D-ra WŁADYSŁAWA OŁTUSZEWSKIEGO.

Jak to czytelnik łatwo może się przekonać z drukowanych dotychczas przyczynków, w każdym z nich obok naukowo opracowanego materiału klinicznego uwzględniałem teoretyczne wyjaśnienia, dotyczące różnych działów zboczeń mowy, lub też poruszałem pewne ogólne pytania, wiążące się z nauką o zboczeniach mowy. Pierwsze trzy przyczynki zawierają dane, dotyczące niemoty, bełkotania łącznie z wadliwym wymawianiem, mowy nosowej oraz jąkania, w czwartym i piątym zwróciłem szczególną uwagę na niemotę pozakorową we właściwym znaczeniu oraz tak zwaną afonię spastyczną, należącą, zdaniem mojem, do kategorii jąkania głosowego, wreszcie w szóstym starałem się wyjaśnić stosunek tak zwanych porażień mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategorii zboczeń mowy. Obecnie pragnę zaznajomić czytelników z podobnym stosunkiem niedorozwoju psychicznego. Nie chcąc jednak zbyt rozszerzać ram niniejszego artykułu, pracę tę pomieściłem

w Gazecie Lekarskiej, a to tembardziej, że z niedorozwojem psychicznym, jako ważnym etiologicznym momentem zбочeń mowy, oraz opisem odnośnych przypadków kazuistycznych, czytelnik niejednokrotnie spotykał się w drukowanych dotychczas przyczynkach. Na tem więc miejscu pozwolę sobie tylko w streszczeniu zaznaczyć, co należy pojmować pod nazwą niedorozwój psychiczny, jakie są jego objawy, przyczyny, od jakich zmian anatomo-patologicznych zależy, z jakimi łączy się zбочeniami mowy, jaki liczebny stosunek zajmuje w ich etiologii, oraz jakie są podstawy leczenia niedorozwoju psychicznego, w szczególności zaś towarzyszących mu nieprawidłowości mowy.

Niedorozwój psychiczny stanowi najogólniejszy termin dla stanów umysłu, noszących nazwę: idioty, głuptaka oraz zacołanego. Osobniki z niedorozwojem psychicznym należą do kategorii zwyrodniałych niższego rzędu. W celu oryentowania się w zawikłanych obrazach niedorozwoju nieodzowna jest odpowiednia klasyfikacja. Różni autorowie przyjmują niejednakową zasadę podziału w tym względzie, a mianowicie: dane psychologiczne i symptomatologiczne (większość autorów), zmiany anatomo-patologiczne (BOURNEVILLE), zdolności mowy (ESQUIROL), uwagę (SOLLIER) oraz zasadę biologiczną (DALLEMAGNER). Porównyując podstawę wszystkich pomienionych klasyfikacji przyznać trzeba, że najracjonalniejszy byłby podział, oparty na danych anatomicznych. O ile jednak osobiście przekonać się mogłem roku bieżącego w Bicêtre, bardzo niewiele tylko kategoriom zmian w mózgu odpowiadają pewne postacie kliniczne. To też zgodnie ze zdaniem większości autorów przyjmuję klasyfikację psychologiczną i symptomatyczną, a odpowiednio do stopnia instynktów, uczuć i inteligencji rozdziałam dzieci z niedorozwojem na idiotów zupełnych, niezupełnych, głuptaków oraz zacołanych. (Oprócz tego uwzględniam jeszcze ważny pod względem klinicznym podział niedorozwoju na wrodzony i nabyty oraz wedle miejsc występowania: sporadyczny i endemiczny.

Objawy. Z trojkiego rodzaju znamion, charakterystycznych dla klasy zwyrodniałych: anatomicznych, fizyologicznych i społecznych, osobniki z niedorozwojem podlegają przedewszystkiem znamionom anatomicznym i fizyologicznym, ewentualnie psychicznym. Znamiona anatomiczne dotyczą głównie zбочeń w układzie mózgo-rdzeniowym oraz szkieletie i szczególnie są wyrażone u idiotów i kretynów. Niektóre tu odnoszące się anatomiczne zmiany mózgu uwzględnię poniżej. Anomalie szkieletu dotyczą wewnętrznego układu kości oraz ich układu osyfikacyjnego. Tu odnosimy nieprawidłowe rozmiary głowy (macrocephalia, microcephalia), wadliwość jej formy (scaphocephalia, acrocephalia, trigonocephalia), anormalny stosunek głowy do twarzy, asymetrye twarzy, nieprawidłowości podniebienia twardego, anomalie w układzie zębów i t. d.¹⁾. Do znamion anatomicznych, po

¹⁾ Zmiany objętości czaszki zależą od odpowiednich zmian mózgu, zniekształcenia zaś jej od zarośnięcia pewnych szwów (z wyjątkiem plagiocephalii i czaszki asymetrycznej). Co się tyczy stosunku, zachodzącego między objętością czaszki i jej zniekształceniami a inteligencją, to wszyscy antropologowie zgadzają się na to, że jedynie zupełne małogłowie stanowi probież upośledzonej inteligencji, forma zaś czaszki nie odgrywa w tym względzie żadnej roli. Z zebranych dotychczasowo przeze mnie pomiarów kraniometrycznych u 60 dzieci ze zбочeniami mowy zarówno przy prawidłowej inteligencji (18 przypadków), jako też upośledzonej (42 przypadki), znalazłem 3 razy niezupełne małogłowie raz scaphocephalię i raz trigonocephalię. We wszystkich tych przypadkach inteligencja by-

części fizyologicznych odnosimy: zbyt duży język i wargi, ślinienie się, zmiany oka, zniepodobnienie uszu, zmiany skóry, przepukliny, żarłoczność, anomalie w organach płciowych i t. d. Ze znamion psychicznych należy wspomnieć o dziedziczności wspólnej wszystkim zwyrodniałym oraz pobudliwości. Społeczne znamiona skierowane są do dwóch zasadniczych czynników porządku społecznego: poszanowania jednostki i własności.

Do objawów fizyologicznych ze strony układu nerwowego należą wszelkiego rodzaju porażenia, płasawica, atetozą oraz padaczka. Daleko ważniejsze objawy psychiczne zmieniają się odpowiednio do tego, czy mamy do czynienia z idyotą zupełnym, niezupełnym głuptakiem lub zacofanym. U idyoty zupełnego z powodu braku percepcyi (pomimo prawidłowych zmysłów) niema wrażeń zmysłowych, pamięci i uwagi, a z tego względu dzieci tego rodzaju nie rozpoznają, nie wyróżniają i nie mają żadnych wyobrażeń. Brak im również czuć zmysłowych oraz najprostszych instynktów. Idyoci niezupełni przedstawiają różne kategorie, poczynając od dzieci z zachowanymi tylko instynktami, a kończąc na wyraźnych śladach zdolności intelektualnych, czuciowych i ruchowych (woli). Ponieważ percepcya u idyotów niezupełnych bywa mniej więcej prawidłowa, oraz istnieje elementarna pamięć i kojarzenia, mogą więc mieć miejsce rozpoznawanie, wyróżnianie oraz uczucia zmysłowe. Wogóle jednak z powodu osłabionej pamięci i uwagi zdobywanie wyobrażeń, utrzymywanie ich w pamięci oraz kojarzenia są upośledzone, sądy i wnioski fałszywe, a wyobrażenia prawie nie istnieje. Wyższe procesy umysłowe, jak porównywanie, uogólnianie, odbywają się przez długi czas tylko w granicach zmysłowego poznania, a pojęcia abstrakcyjne są niezmiernie trudne do zdobycia. Uczucia egoistyczne wybitniej bywają wyrażone, aniżeli sympatyczne, etyczne zaś i religijne zupełnie niedostępne dla ich umysłu. Niższe stopnie woli, jak instynkty i popędy (nieraz patologiczne), są zwykle zachowane, naśladownictwo upośledzone, a czyny dowolne ograniczają się tylko do zaspakajania instynktów i popędów. Idyoci niezupełni późno zaczynają chodzić, odznaczają się niezgrabnością ruchów oraz często zanieczyszczają się. Inteligencya głuptaka dochodzi do wyższego stopnia, aniżeli idyoty, z powodu jednak słabej pamięci, w szczególności zaś nietrwałej uwagi, utrzymywanie wyobrażeń jest zbyt powierzchowne, a z tego względu kojarzenia, sądy i wnioski odbywają się w sposób powierzchowny lub fałszywy. Zachowana zazwyczaj produkcya wyobrażeń rzadko kieruje się do rzeczy pożytecznych. Niektóre z uczuć egoistycznych, jak skłonność do gniewu, próżność i t. d., są u głuptaków bardzo silnie wyrażone, uczucia sympatyczne oraz etyczne zwykle spaczone, a estetyczne i intelektualne zupełnie niedostępne. W dziedzinie woli należy zauważyć przewrotne instynkty lub popędy patologiczne. Głuptak często późno zaczyna chodzić i odznacza się zazwyczaj niezgrabnością ruchów. Naśladownictwo, lubo zachowane, bywa jednak mniej lub więcej upośledzone. Czyny dowolne występują daleko wybitniej, aniżeli u idyotów. Dzieci zacofane są dobrze obdarzonymi głuptakami, posiadają więc prawie zawsze pewne ukryte ich cechy.

ła upośledzona. W mniejszości przypadków nie było żadnych zmian w formie czaszki, pomimo istniejącego zboczenia mowy i upośledzonej inteligencji, w przeważnej jednak większości znajdowałem czaszkę plagiocephaliczną. Profesor MONODVIER, któremu przedstawiłem te spostrzeżenia, podzielił mój pogląd, że prawdopodobnie plagiocephalia oraz asymetria czaszki, zarówno jak microcephalia i macrocephalia, zależą od zmian w mózgu, a nie od zrostu szwów.

Do działu idiotyzmu zależnego od zatrucia pewnemi substancjami zaliczamy kretyna i idyotę myksedematycznego. Obaj należą do właściwego idiotyzmu tylko pośrednio, gdyż brak tu w mózgu wszelkich zmian patologicznych, a najprawdopodobniej mamy do czynienia ze złem odżywianiem komórek mózgowych.

W rzędzie przyczyn niedorozwoju rozróżniamy zwyrodnienie dziedziczne od przyczyn przypadkowych, a ztąd idiotyzm wrodzony i nabyty. Lubo oba łączy moment dziedziczny, w pierwszym jednak razie dziedziczność odgrywa rolę zasadniczą, w drugim zaś najczęściej przyczyna przypadkowa powoduje uwstecznienie osobnicze. Owa przyczyna przypadkowa może działać na płód bezpośrednio lub pośrednio przez matkę, w czasie porodu lub też po urodzeniu.

Przy rozpatrywaniu zmian anatomo-patologicznych uderza nas to, że w jednych przypadkach nie można wykryć żadnych dostępnych dla zbadania śladów ubiegłego procesu patologicznego, a z tego względu przypisujemy go uwstecznieniu (pierwotne zatrzymanie w rozwoju mózgu), w innych przeciwnie owe ślady procesów zapalnych możemy odnaleźć (wtórny niedorozwój). Zgodnie z tem zmiany anatomiczne mózgu w niedorozwoju rozdzielamy na dwie klasy. Pierwsza obejmuje zmiany anatomo-patologiczne we właściwym znaczeniu (ostre zapalenie opon mózgowych, przewlekłe zapalenie opon i mózgu, wtórne zaniki, przerosty mózgu, pierwotne zaniki, nodularna skleroza, guzy mózgu), druga zaś zawiera zboczenia teratologiczne, a mianowicie niedorozwoje (ogólne i częściowe) lub zboczenia od typu normalnego (*microgyria*, *inoccipitia*) i t. p.). Oprócz pomienionych zmian dostępnych dla oka, istnieje niewątpliwie wiele przypadków idiotyzmu, gdzie przy prawidłowej wielkości i konfiguracji mózgu znajdujemy tylko drobnowidzowe zmiany jego substancji (budowa embryonalna).

Zboczenia mowy należą do najważniejszych psychicznych objawów niedorozwoju. Dla należytego rozumienia nieprawidłowego rozwoju mowy u idiotów oraz właściwych jej zboczeń, należałoby uwzględnić rozwój mowy, podstawę psychofizyologiczną tego rozwoju oraz stosunek umysłu do mowy u dziecka prawidłowego. Z powodu braku miejsca, czytelników, interesujących się tym przedmiotem, odsyłam do odpowiednich prac moich²⁾. Rozważmy najprzód te nieprawidłowości mowy, gdzie nie zmiana anatomiczna w ośrodkach słownych, lecz sam niedorozwój powoduje to lub owo zboczenie. U zupełnych idiotów przy braku percepcyi, a więc postrzeżeń zmysłowych, nie może być mowy nawet o najłatwiejszym a zarazem najważniejszym akcie mowy—jej rozumieniu, gdyż niedorozwój łącznie z ośrodkami mowy dotyczy całego mózgu, jako organu myśli. Idyoci niezupełni, uzdolnieni do zmysłowych spostrzeżeń, wnoszą się do możności rozumienia mowy, upośledzenie jednak zdolności umysłowych przeszkadza im do wyrobienia mowy automatycznej, nieodzownej przy mowie samodzielnej. To też niekształceni idyoci rzadko przekraczają granicę wygłaszania bełkotliwie pojedynczych słów. U głuptaka, prawie zawsze uzdolnionego do rozumienia mowy, mowa, lubo późno, może się rozwinąć do pewnego stopnia, najczęściej jednak długo trwająca niemota przechodzi w bełkotanie. To samo dotyczy dzieci zafaryzowanych.

²⁾ Rozwój mowy u dziecka oraz stosunek tego rozwoju do jego inteligencji. Warszawa, 1896, Psychologia oraz filozofia mowy. Warszawa 1899.

Przechodzimy do przypadków, gdzie łącznie z niedorozwojem występuje pewna zmiana anatomiczna w ośrodkach mowy lub wadliwe ukształtowanie organów artykulacji. Tu należy: niemota ruchowa, głuchota wyrazowa, bełkotanie, biorące swe źródło w ustępującej niemocie, mowa nosowa, łącząca się z ustępującą niemotą ruchową lub zależna od skrócenia podniebienia twardego, wreszcie wadliwe wymawianie, uwarunkowane ustępującem bełkotaniem lub różnemi zmianami w organach artykulacji. Jąkanie przytrafia się najczęściej u głuptaków lub zacofanych.

Rozpoznawanie opiera się na zebranych wywiadach, wyglądzie zewnętrznym, zachowaniu się oraz dokładnem zbadaniu sfery umysłowej. Największe trudności przy rozpoznawaniu przedstawiają porażenia mózgowe wieku dziecięcego, łączące się zazwyczaj z większem lub mniejszem upośledzeniem sfery umysłowej. Jak to już zaznaczyłem w przyczynku zeszlorocznym, między niedorozwojem a porażeniami upatruję ścisły związek i, za wyjątkiem niektórych przypadków idyotyzmu, oba zбочzenia odnoszą do jednego działu. Również pewne trudności przy rozpoznawaniu przedstawia określenie, od jakich warunków zależy niemota. Należy tu przedewszystkiem uwzględnić ślepotę duchową przy zupełnym idyotyzmie, głuchotę wyrazową od upośledzenia pamięci zmysłowej słuchowej, głuchotę pozakorową od obustronnych zmian w uchu, oraz niemotę ruchową. Ostatnia może mieć źródło w upośledzeniu pamięci słownych zmysłowych, które utrudnia wyrobienie się automatyzmu mowy, w zmianach okolicy ruchowej BROCA lub też w ośrodku średnim.

Że mowa stanowi pierwszorzędny objaw psychiczny, a przy osłabieniu sfery umysłowej łatwo mogą występować różne zбочzenia mowy, najlepiej dowodzi poniżej załączony liczebny stosunek, jaki zajmuje niedorozwój w rzędzie przyczyn różnych zбочzeń mowy. Na 1260 przypadków zбочzeń mowy, spostrzeganych ogółem w zakładzie moim do 1. VII. 99 r., niedorozwój powodował zбочzenia mowy w 158 przypadkach³⁾. Liczba ta rozdzieliła się na różne kategorie zбочzeń mowy w sposób następujący: Na 232 przypadki niemoty u dzieci niedorozwój okazał się w 80 przypadkach, na 58 przypadków bełkotania w 33, na 229 przypadków wadliwego wymawiania w 22, na 54 przypadki mowy nosowej w 11, nakoniec na 641 przypadków jąkania w 10. Odliczając od wyżej pomienionej ogólnej liczby 38 przypadków niemoty u dorosłych i 8 przypadków trzepotania, które nie łączyły się z niedorozwojem, oraz 641 przypadków jąkania, któremu towarzyszył niedorozwój tylko w 12 przypadkach, a dalej wyłączając wrodzoną zupełną głuchotę, jako bardzo częstą przyczynę niemoty u dzieci, okazuje się, że niedorozwój w rzędzie przyczyn niemoty, bełkotania i mowy nosowej odgrywa rolę pierwszorzędną.

Na rokowanie w niedorozwoju największy wpływ ma stan sfery umysłowej. Idyota niezupełny, a tem bardziej głuptak i zacofany przedstawiają dużą szansę podniesienia sfery psychicznej i uczynienia z nich mniej lub więcej pożytecznych członków społeczeństwa. Przy racjonalnem prowadzeniu kuracji uleczalność zбочzeń mowy u tego rodzaju dzieci również nie ulega żadnej wątpliwości. Absolutne małogłowie, przewlekłe zapalenie opon i mó-

³⁾ Liczbę tę uważam jedynie za przybliżoną, gdyż faktycznie jest ona daleko większa, a to z powodu braku w wielu przypadkach ścisłych wywiadów, trudności przedstawiających się przy określaniu sfery umysłowej u małych dzieci i t. d.

zgu, skleroza płatowa na większej przestrzeni oraz skleroza nodularna, przedstawiają niekorzystne warunki do leczenia. Niepomyślnie jest rokowanie u idiotów emocyjnych oraz podlegających napadom padaczki, ekscytacji i depresji. Klinika stwierdza również, że idiotyzm nabyty przedstawia daleko mniejszą szansę wyleczalności, aniżeli wrodzony.

Nie mogę się tu szczegółowo zastanawiać nad leczeniem niedorozwoju, nadmienię tylko, że przy kształceniu władz duchowych, oprócz wyrabiania odnośnej zręczności do ruchów i zwykłych zajęć, usiłowania nasze kierujemy ku kształceniu zmysłów, wyrabianiu uwagi, kojarzeń, uogólnień, porównań, pojęć towarzyskości oraz staramy się zwolna przygotować dzieci do życia społecznego. Ponieważ mowa stanowi do pewnego stopnia wykładnik inteligencji, a do jej powstania, ewentualnie wytworzenia mowy zrozumiałej, potrzebne są te same czynniki, co do rozwoju sfery psychicznej, a mianowicie: pamięć, kojarzenia i wola, zrozumiałem więc jest, że przy leczeniu zбоceń mowy, w szczególności niemoty i bełkotania, nieodzownym jest brać jednocześnie pod uwagę rozwijanie sfery umysłowej. Zgodnie z tem leczenie niemoty polega głównie na wyrabianiu pamięci słownej zmysłowej, ewentualnie skojarzeniowej w ośrodku średnim (mowa automatyczna) lub tylnym (pojęcia słowne, mowa samodzielna). Rozumie się, że leczenie nieprawidłowego rozwoju mowy, zależnego tylko od osłabienia sfery psychicznej, będzie łatwiejsze, aniżeli niemoty, uwarunkowanej zmianą anatomiczną. Skuteczność leczenia niemoty zależy również od dokładnego określenia wyżej pomienionych jej postaci. Wytworzenie brakujących dźwięków lub poprawienie nieprawidłowo wygłaszanych przy wadliwym wymawianiu, a łącznie z tem uświadczenie porządku następowania po sobie głosek i sylab przy bełkotaniu, stanowi zasadę leczenia obu tych zбоceń. Leczenie mowy nosowej zasadza się na usuwaniu towarzyszącego jej bełkotania oraz odpowiedniej gimnastyce podniebienia miękkiego, mającego za zadanie przywrócenie ściśłego rozgraniczenia jamy ustnej od jamy noso-gardzielowej. Nakoniec leczenie jąkania polega na usuwaniu skurczów w oddechu, głosie i artykulacji przy pomocy odpowiednio zastosowanej świadomej gimnastyki.

O ważności leczenia zбоceń mowy w niedorozwoju chyba rozwodzić się nie potrzebuję. Dowodzą tego licznie spostrzegane przypadki, w których nie leczone zбочenie mowy nawet przy nieznacznym upośledzeniu sfery umysłowej pozostawało bez żadnej poprawy do okresu szkolnego, a nawet i później, pozbawiając dzieci jednego z najważniejszych czynników kształcenia ich umysłu.

Co się tyczy wyników leczenia zбоceń mowy, towarzyszących niedorozwojowi różnego stopnia (z wyjątkiem zupełnych idiotów) w moim zakładzie, to kilkadziesiąt szczegółowo opisanych spostrzeżeń w drukowanych dotychczas przyczynkach dowodzi, że praca ta, lubo mozolna, nie przestaje być jednak dla lekarza wdzięczna.

Z tego wszystkiego, cośmy dotychczas powiedzieli, okazuje się, że zбочenia mowy pozostają w ścisłym związku z niedorozwojem tak pod względem przyczyny, jako też metody leczenia, że lekarz, zajmujący się zбочeniami mowy, winien być obeznany z patogenetą niedorozwoju, a zakład dla zбоceń mowy jest jednocześnie instytucją dla dzieci, upośledzonych umysłowo.

Przechodzimy obecnie do zdania sprawy z materiału klinicznego za rok ostatni.

Od lipca 1898 do lipca 1899 spostrzegałem w zakładzie łącznie z polikliniką 196 przypadków zбоczeń mowy. Liczba ta rozdzieliła się w sposób następujący:

Niemoty	53 m.	27, k. 26
Bełkotania łącznie z wadliwym wymawianiem	41 m.	25, k. 16
Mowy nosowej	4 m.	1, k. 3
Jąkania	98 m.	80, k. 18
Razem	196 m.	133, k. 63

Ponieważ bełkotanie z wadliwym wymawianiem łączyło się z jąkaniem w 3 przypadkach (Nr. 15, 65, 75), a jąkanie wklęły 2 przypadki bełkotania łącznie z wadliwym wymawianiem (Nr. 5, 20), przeto ogółem mieliśmy 201 przypadków zбоczeń mowy, a mianowicie: niemoty 53, bełkotania łącznie z wadliwym wymawianiem 44, mowy nosowej 4 i jąkania 100.

(D. n.).

DRGAWKI PORODOWE

(*Eklampsya*)

w świetle badań współczesnych.

Podał

D-r med. Włodzimierz Popiel.

Zarządzający miejskim przytułkiem położniczym.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 45).

Statystyka powyższa, jak widzimy, poucza nas, że wogóle cierpienie to nie jest bynajmniej rzadkością. Zdawałoby się więc, że częstość eklampsyi, wpędzającej do grobu tyle młodych istot— przerywającej najczęściej nitkę życia dwóch istot odrazu, powinaby zmusić badaczy do gruntownego obznajmienia się i wyjaśnienia przyczyn tego tak ciężkiego cierpienia.

Niestety, aczkolwiek oddawna znano i opisywano klinicznie drgawki porodowe, chociaż przed wiekami jeszcze HIPOKRATES spostrzegał obrzęki u rodzących i wiązał je z pojawianiem się napadów drgawek, choć po długim szeregu lat VAN SWIETEN wspominał o tem że samem zjawisku, w wieku dopiero XVIII zaczęto zajmować się wyjaśnieniem istoty i przyczyn tego cierpienia.

SAUVAGES drgawki porodowe nazwał eklampsyą w r. 1763 z greckiego ἐκλάμπειν (co znaczy nagle oświecić, olśnić, nagle się zjawić). Po nim DEMANET w r. 1797 zauważył pojawianie się obrzęków przy eklampsyi, lecz nie zdołał zwrócić uwagi uczonego świata na to zjawisko. Od najdawniejszych czasów utożsamiano drgawki porodowe z napadami pochodzenia epileptycznego, mózgowego i sprowadzano je wogóle na grunt czysto nerwowego pochodzenia. Tworzono różne teorie i hipotezy, które miały wspólną jedną cechę, że nie opierały się na za-

dnych faktycznych podstawach, lecz przedstawiały wyniki spekulatywnych, że tak rzeknę, dociekań. MARCHAL de CALVI w r. 1801 uważał eklampsję za wynik materjalnych zmian w ośrodkach i błonach mózgowych. FRORIER w r. 1810 sądził, że siedliskiem i najbliższą przyczyną drgawek u ciężarnych i położnic jest pewne nieokreślone cierpienie rdzenia kręgowego, wywołane przez bodźce wewnętrzne lub zewnętrzne. Do pierwszych zaliczał silne wrażenia umysłowe, zbożenia i zmiany w składzie krwi, np. wodnistość oraz zbyt wielką utratę, albo nieprawidłowe krążenie, jako bodźce zewnętrzne uważał zaziębienie, niestrawność, duszne powietrze i nakoniec przeszkody mechaniczne.

CARUS w 1820 roku za przyczynę drgawek podawał rozstrój układu naczyniowego i nerwowego, a „ośrodek“ drgawek mieścił w rdzeniu kręgowym i mózdzku. Wskutek ucisku, podrażnienia albo wyczerpania tych ośrodków przy jednoczesnem usposobieniu do omawianego cierpienia wybuchają napady.

MAURICEAU, LEVRET, BROUSSAIS, PETER pojawienie się drgawek wiązali z przekrwieniem mlecza pancerzowego. BUSCH w 1836 r., zgadzając się na tą teorię, twierdził, że główną przyczyną jest tu rozstrój układu naczyniowego, wskutek czego skład krwi ulega zmianie, jednocześnie przy zbyttem przypiływie do mózgu i przy istnieniu rozstroju nerwowego powstają drgawki.

TUSSOT, CULLER, SYDENHAM i VOGEL uważali eklampsję za nerwicę mlecza pancerzowego pochodzenia li tylko odruchowego.

FOURNIER, TRAUBE, SÉE i inni twierdzili, że istota i przyczyna drgawek leży w samym mózgu, mianowicie wskutek podrażnienia nerwów naczyńioruchowych arterye mózgu kurczą się spazmatycznie i powodują wskutek tego anemię mózgu i rdzenia przedłużonego, co prowadzi do wybuchu eklampsyi.

W roku 1840 pojawiła się praca RAYER'a, traktująca o jednoczesnem zjawianiu się obrzęków i drgawek u ciężarnych i położnic, autor jednakże nie umiał wyjaśnić ani istoty, ani związku tych zjawisk.

OSIANDER, rozwijając ten temat i opisując dalsze spostrzeżenia, uważał obrzęki twarzy i rąk za objaw, zwiastujący wybuch eklampsyi. Zdanie to podzielali MONTGOMERY i VELPEAU, który jeszcze bardziej uogólnił ten pogląd, twierdząc, że „les femmes infiltrées sont fortement exposées aux convulsions“.

Nakoniec w roku 1843 ogłosił LEVER swe spostrzeżenia o istnieniu białkomoczu u eklamptyczek, i to w bardzo wysokim nieraz stopniu. SIMPSON w r. 1852 spostrzeżenia te najzupełniej stwierdził, też same wyniki dały prace DEVILLIERS'a i REGNAULT'a, ten ostatni był zdania, że „chez toutes les femmes éclamptiques on trouve de l'albumine dans les urines“ a nawet, że „cette regle ne nous a pas encore paru souffrir d'exception“. Od tej chwili zwrócono baczną uwagę na nerki, jako na narząd, głównie w danym przypadku cierpiący, a nawet zaczęto utożsamiać eklampsję z drgawkami moczniczemi, a co zatem idzie i z samą mocznicą (BLOT 1849). FRERICHS w 1851 r. stwierdził wprost, że prawdziwa *eclampsia parturientium* ma miejsce tylko u kobiet, cierpiących na chorobę BRIGHT'a, oraz że stoi w takim samym związku przyczynowym, jak wogóle drgawki oraz zapaść mocznicza: „sie ist das Resultat der uraemischen Intoxikation, mit welcher sie auch in ihrer Erscheinungsweise zusammenhängt“.

Teoryę FRERICHS'a przyjęli i rozwijali — BRAUN, LITZMANN i SPIEGELBERG, przyczynę zaś omawianych zjawisk widzieli a) w zmienionym składzie krwi (zmniejszenie się ilości białka i czerwonych ciałek krwi, jako idących na utrzymanie płodu przy życiu) oraz b) mechanicznych przeszkodach w krwiobiegu jamy brzusznej. Rozwijając jednak dalej tę teorię, spostrzeżono, że objawy kliniczne drgawek porodowych były zbyt różne i odmienne od symptomatów moczniczy,

aby można było utożsamiać obydwie cierpienia. Przypuszczano zatem, że zatrzymane w krwi mocznik zmienia się (FRERICHS) w węglan amonu, a obecności tego związku we krwi dowiódł i opisał SPIEGELBERG (1852), który jednakże, spostrzegając przypadki drgawek porodowych, gdzie nie można było wcale dowieść istnienia *amonaemii*, sądził, że tam przyczyną cierpienia jest zatrzymanie we krwi składników moczu. Przypadki drgawek, gdzie nie można było zauważyć żadnych zmian patologicznych w nerkach, uważał SPIEGELBERG, jako rezultat silnych zmian w miejscowym (w nerkach) krążeniu krwi, i twierdził, że pewną rolę grają tu nerwy naczynioruchowe, w ten lub inny sposób wywołujące skurcz naczyń.

Zwolna zaczęła się żywa wymiana zdań i teorii. W nowszych pracach i spostrzeżeniach zaczęto opisywać fakta sprzeczne z poprzednimi poglądami. Już w roku 1852 ZIMMERMANN, potem SCHOTTIN MAYER (1853), a w roku 1855 HOMI i SCANZONI udowodnili danymi anatomo-patologicznymi i klinicznymi objawami, że drgawki porodowe a zatrucie mocznikiem są to zjawiska różne i często od siebie wcale niezależne. Doświadczenia zaś i spostrzeżenia GUETTERBACH'a, OPPLER'a, REULING'a obaliły przypuszczenia amonaemii podczas eklampsji. TYRCHOWSKI w 1861 r. wspominał w pracy swej p. t. „Rys położnictwa praktycznego“, że „ogłędziny pośmiertne niekiedy żadnego cierpienia nerek nie wykryły, obecność zaś białka może być tylko przypadkowa, jak np. przy cierpieniu niezbytowem narządów moczowych lub też przy mięszaninie krwi wodnistej (*hydræmii*). Zresztą jakże pojąć cierpienie narządu nerek tam, gdzie często wkrótce po ustaniu napadów i po ukończonym porodzie zdrowie w zupełności powraca, i śladu nawet białka w wydalonym moczu dostrzedz nie można“.

W ten sam mniej więcej sposób rozumował M. EHRLICH, twierdząc, że: „objawy drgawkowe nawet w chorobie BRIGHT'a nie mogą być zależne ani od zakażenia krwi mocznikiem, ani też od ostrego obrzęku mózgowia wskutek wodnistości krwi i spotęgowania ciśnienia krwi, w układzie tętniczym powstałego, gdyż w razie przeciwnym drgawki przy białkomoczu i chorobie BRIGHT'a musiałyby być zjawiskiem bardzo częstem i pospolitem, szczególnie w przypadkach przewlekłych. Natomiast na 300 przypadków białkomoczu, bądź to w chorobie BRIGHT'a, bądź to po ostrych chorobach zakaźnych najczęściej w połączeniu z nadzwyczajną wodnistością krwi i znacznymi przesiekami w rozmaitych jamach ciała spostrzegałem tylko 2 przypadki drgawek“.

Mrówcza praca przeciwników teorii FRERICHS'a tymczasem nieustawała: nowe spostrzeżenia, w kierunku semiologii moczu eklamptyczek przedsięwzięte, wykrywały całe szeregi spostrzeżeń drgawek porodowych, gdzie mocz wcale nie zdradzał właściwości patologicznych.

DOHRN jeszcze w roku 1864 cytował kilka przypadków, gdzie nadzwyczaj staranny rozbiór moczu nie wykrył żadnych nienormalnych składników.

BRUMMERSTAEDT w r. 1866 opisał 29 przypadków (ze 135), gdzie nie było białkomoczu. MIECZKOWSKI w 4 z 50 nie spostrzegał białkomoczu. INGERSLEV zebrał 106, a CHARPENTIER 141 spostrzeżeń, dotyczących przypadków drgawek porodowych bez białkomoczu.

Wobec tych i tym podobnych faktów, teoria „nerkowa“ ostać się nie mogła. Do cytowanych wyżej prac ostatnio dołączył się prof. INVERARDI, słusznie nadmieniając że: 1) Wiele kobiet podlega eklampsji bez białkomoczu, 2) Bardzo wiele (32%—SCANZONI, do 43%—LITZMANN, a nawet 70,52%—LANTOS) położnic mają białkomocz i nie podlegają eklampsji¹⁾. 3) Przy badaniu pośmiertnem

¹⁾ Patrz niżej: Objawy eklampsji.

eklamptyczek znajdujemy często zupełnie zdrowe nerki. Zresztą z samej nazwy „nerka ciężarnych“ widzimy możliwość istnienia *nephritidis parenchymatosae* u ciężarnych bez najmniejszego wpływu na pojawienie się eklampsji. 4) Atak mocznicy zupełnie jest niepodobny do napadów drgawkowych. 5) Jeśliby cierpienie nerek (czy to ustrojowe, czy też czynnościowe) było przyczyną drgawek—to spostrzegalibyśmy tę ostatnią i u nieciężarnych i u mężczyzn, a nie li tylko u kobiet w zależności od ciąży i porodu.

Nadomiar badania mikroskopowe W. PRUTZ'a dowiodły, że często spotyka się przy badaniu pośmiertnem po drgawkach porodowych nerki albo zupełnie zdrowe, albo różnice niedostrzegalne prawie. Oprócz tego znane są przypadki drgawek z zejściem śmiertelnem bez żadnych zupełnie zmian w nerkach (spostrzeżenia SCHOENBERG'a, F. SCHULTZ'a). Według ogólnych spostrzeżeń, drgawki najczęściej występują u pierwiastek, a FEHLING, OLSHAUSEN i inni zauważyli, że t. zw. Schwangerschaftsniere głównie u nich występuje, łatwo zatem nieraz zmiany, zachodzące w tym wypadku w nerkach, przypisać li tylko eklampsji. Istnieją nakoniec dane o możliwości mocznicy nawet dość ciężkiej podczas porodu bez najmniejszych śladów i objawów drgawek²⁾.

Pomimo to jednak uparci uważają często cierpienia nerek za *causa efficiens* drgawek np. POTTER w r. 1897.

Wobec tak poważnych dowodów i rozumowań, dążących do obalenia teoryi FRERICHs'a, wystąpił jeszcze w roku 1864 z nową hipotezą ROSENSTEIN, który na podstawie teoryi TRAUBE'go o uremii głosił, że drgawki porodowe stoją w ścisłym przyczynowym związku z małokrwistością i ostrym obrzękiem mózgu, spowodowanemi zwiększonem u rodzących ciśnieniem krwi w tętnicach oraz bardzo silną niekiedy wodnistością krwi. Za powód zaś tych zmian przyjmował działanie bólów porodowych. Teoryę ROSENSTEIN'a miał jakoby poprzeć swem (jednem!) doświadczeniem na zwierzętach OPPLER. Niestety, teorya ta zbudowana była bez podstaw, gdyż nie brano pod uwagę ani wyników sekcji anatomo-patologicznych, ani też objawów klinicznych. ROSENSTEIN uważał zmiany w nerkach przy drgawkach za powstałe wskutek zastoju, a to z powodu ucisku macicy na żyły jamy brzusznej³⁾.

(C. d. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 3 października r. b.

TREŚĆ: 1) B. JAKIMIAK— Przedstawienie chorego z naczyniakiem kędzierzastym (*angioma cirroides*) na twarzy. 2) S. CETNAROWICZ — „Kilka uwag z powodu pobytu ruchomego oddziału okulistycznego w Suchedniowie“.

1) Kol. JAKIMIAK przedstawił 66-letniego mężczyznę z *angioma cirroides* na prawym policzku. Guz przedstawia się w postaci groniastego narostu, składającego się z 2 części, każda wielkości dużego kartofla; guz ma barwę ciemno-wiśniową. Nowotwór rozszerzył się na błonę śluzową prawego policzka i na prawe

2) Autor spostrzegał poród u położnicy w rok po dokonaniem usunięcia dotkniętej gruźlicą nerki. Mocz zawierał do 6‰ białka, a w osadzie od czasu do czasu spostrzegano wałeczki i nabłonek ziarnisty. Pod koniec ciąży stosowano mleko i kąpiele, poród odbył się prawidłowo.

3) W bardzo krótkim czasie ta część teoryi spotkała się z surową krytyką BARTELS'a, dowodzącego, że zmiany w nerkach przy drgawkach zupełnie są analogiczne ze zmianami, zachodzącymi przy zwykłych zapaleniach nerek.

górne dąsło. Chory ten urodził się z maleńką (wielkości ziarnka prosa) czerwoną plamką na skórze prawego policzka. Plamka ta stopniowo powiększała się, później zaczęły na niej występować guziczki, mniej lub więcej wyniosłe, które, również stopniowo powiększając się, wytworzyły obecną wielkość guza.

2) Kol. S. CETNAROWICZ wygłosił: „kilka uwag z powodu pobytu ruchomego oddziału okulistycznego w Suchedniowie“.

Przedstawivszy działalność i organizację ruchomych oddziałów okulistycznych w Cesarstwie, prelegent uważa za korzystne przeniesienie na nasz grunt takich oddziałów choćby z następujących względów:

1) oddziały ruchome wskażą nam miejscowości, gdzie mamy najwięcej chorych na oczy;

2) wykształcą nam na tyle okulistów na prowincyi z pośród lekarzy prowincjonalnych, przyjmujących udział w pracach oddziałów w charakterze pomocników, zarządzających oddziałami, iż będą nie gorszymi okulistami, jak są np. akuszerami;

3) skierują ludność, cierpiącą na oczy, po poradę do lekarzy, a nie do znachorów i wogóle osób, nie uprawnionych do zajmowania się leczeniem;

4) zwrócą uwagę odnośnych władz i sfer na sprawę leczenia u nas chorób oczu i zapobiegania ślepotie, a może w ten sposób urzeczywistni się drugi dzielniejszy środek zwalczania ślepoty — zakładanie stałych oddziałów ocznych przy szpitalach prowincjonalnych.

W miejscowościach, gdzie obecnie są okuliści, należałoby, zdaniem kol. CETNAROWICZA, ułatwić udzielanie bezpłatnej pomocy niezamożnym chorym na oczy.

Z kolei prelegent wspomina o głosach, które w swoim czasie przeciwnie były wysyłaniu oddziałów ruchomych, i dziwi się przedwczesnemu przesądzaniu sprawy, jakoby nie odpowiadającej istotnej naszej potrzebie i warunkom. Nie odmawia znaczenia organizowaniu stałych oddziałów okulistycznych na prowincyi, wspomina jednak, iż proponowano tylko wysyłanie ruchomych oddziałów, należało więc przyjąć ten środek. Oddziały, wysłane w roku bieżącym, przebywały w danej miejscowości najmniej przez 4 tygodnie; każdy oddział był prowadzony pod kierunkiem obznajmionego ze specjalnością lekarza; oddział miał prócz ambulatoryum i stałe łóżka.

Pod kierunkiem kol. CETNAROWICZA oddział przebywał w Suchedniowie przez 6 tygodni; rozporządzał 25 łózkami, udzielił 670 chorym 1392 porad; w szpitalu tymczasowym leczono 53 chorych, którzy spędzili 838 dni szpitalnych. Niewidomych nieuleczalnych zanotowano 57; niewidomych na jedno oko—87. Powodem ślepoty w znacznej części przypadków była ospa, jaglica, zanik gałki ocznej, spowodowany bądź urazem, bądź wrzodami rogówki. Operacji dokonano 167. Chorzy płacili za poradę 10 kop., ubodzy leczyli się na koszt właściwych gmin. Utrzymania chorych szpitalnych podjęły się również odpowiednie gminy. Wyniki operacyjne były wogóle dobre. Chorzy zgłaszali się do oddziału ze znacznych odległości, chętnie poddając się leczeniu i zabiegom operacyjnym.

Korzyści, jakie, zdaniem kol. CETNAROWICZA, odnosi ludność z pobytu oddziałów, są dwojakie. Po pierwsze, oddział spełnia swoje najbliższe zadanie: udziela porad i leczy chorych. Powtóre oddział spełnia zadanie cywilizacyjne, poznaje bowiem warunki higieniczne danej miejscowości, może ułożyć statystykę cierpień oczu, wskazać środki do walki z temi cierpieniami, może zachęcić lekarzy prowincjonalnych do studyowania okulistyki, wreszcie może zachęcić

właściwe władze do tworzenia stałych oddziałów okulistycznych przy szpitalach gubernialnych i powiatowych.

W końcu kol. CETNAROWICZ przytacza ścisłą statystykę, widzianych w Suchedniowie przypadków, z której okazuje się, iż prawdziwą plagą na prowincyi jest jaglica z całym szeregiem powikłań; stanowi ona 20% wszystkich cierpień oczu.

W dyskusyi kol. KAMOCKI nie sądzi, aby lekarze prowincjonalni ze względu na swą mozolną pracę chcieli i mogli zająć się jedynie chorobami oczu podczas pobytu oddziału. Dla walki z jaglicą oddziały nie mogą mieć wielkiego znaczenia. Zdaniem kol. KAMOCKIEGO, jedyną skuteczną rzeczą dla leczenia cierpień oczu na prowincyi byłoby kształcenie lekarzy prowincjonalnych w tej gałęzi medycyny.

Kol. J. STEINHAUS nie może przypuścić, aby, jak to podaje w swej statystyce kol. CETNAROWICZ, procent ślepych przewyższał 8; gdyby kol. CETNAROWICZ obliczył, ilu chorych było z każdego powiatu, a wśród tej liczby — ślepych, to statystyka z pewnością wypadłaby inaczej. Zdaniem kol. STEINHAUSA, młodszy lekarze prowincjonalni są w większości obznajmieni z okulisyką.

Kol. B. GEPNER (syn) jest zdania, że oddziałów ruchomych nie należy uważać za rzecz złą, lecz za sprawę za mało dobrą, aby je popierać.

Kol. RYCHLIŃSKI zabiera głos z powodu sprawy ogólnej, a mianowicie sprawy racjonalnego leczenia ludu, i sądzi, że prawdziwa pomoc może być tylko wtenczas, gdy będą założone oddziały stałe.

W odpowiedzi kol. CETNAROWICZ zaznacza, że w jego przekonaniu oddziały ruchome mogą stanowić tylko jeden ze środków do walki z chorobami oczu, i najłatwiej można je zastosować w naszych warunkach. Nie ulega wątpliwości że oddziały stałe będą lepsze.

Co się tyczy lekarzy prowincjonalnych, to sami oni czują potrzebę kształcenia się w okulistyce. W walce z jaglicą, zdaniem kol. CETNAROWICZA, pomoc w ruchomych oddziałach ma takie same znaczenie, co i w specjalnych stałych ocznych oddziałach; dopóki chorzy się leczą, czują poprawę. Co do statystyki ślepych i wpływających ztąd mniej korzystnych danych u nas, niż w Cesarstwie, to kol. CETNAROWICZ zaznacza, że brał liczby z odpowiednich sprawozdań, i zdaje się, że praca oddziałów odbywała się w jednakowych warunkach.

Na co kol. St. MARKIEWICZ zwrócił uwagę, że obie statystyki w podobnych warunkach nie odpowiadają rzeczywistym danym.

Posiedzenie z dnia 17 października r. b.

TREŚĆ: 1) A. KOZERSKI — Przedstawienie chorej po wyleczeniu raka skóry nośa. 2) A. SOKOŁOWSKI — „Alkohol w etiologii i terapii chorób dróg oddechowych“.

1) Kol. KOZERSKI przedstawił chorą, która zgłosiła się do niego przed kilku miesiącami z wrzodziejącym rakiem skóry nosa. Kol. KOZERSKI zalecił chorej pendzlowania z 1% roztworu kwasu arsenawego, które chora stosowała przez kilka miesięcy. Obecnie na miejscu nowotworu znajduje się bliznowata tkanka. Chora czuje się zupełnie dobrze.

2) Kol. SOKOŁOWSKI wygłosił odczyt p. t.: „Alkohol w etiologii i terapii chorób dróg oddechowych“.

Prelegent zastanawia się nad ważnością podjęcia walki z gruźlicą w sensie etiologicznym, wykazując szereg czynników, które odgrywają niepoślednią w powstawaniu gruźlicy rolę. Alkoholizm niezaprzeczenie należy do liczby takich czynników, wpływających na powstawanie i szerzenie się gruźlicy płuc,

resp. usposabiających do tej choroby. Omówiwszy szkodliwy wpływ alkoholu drogą bezpośrednią na organizmy przez zmniejszanie się odporności ustroju alkoholików na zarazki chorób, kol. SOKOŁOWSKI szczegółowo rozbiera pośredni wynik działania alkoholu przez rozwijanie się całego szeregu momentów, ułatwiających rozwój gruźlicy już nie tylko u danego osobnika, lecz i u jego najbliższego otoczenia. Do tych czynników należy zaliczyć zubożenie rodziny alkoholika, momenty moralne, deprymujące całą jego rodzinę, jednym słowem rozwijają się obok upadku moralnego wybitne cechy t. zw. pauperyzmu.

I doświadczenia kliniczne oddawna wykazały, że alkoholizm w wysokim stopniu usposabia do suchot. Przytoczywszy statystyki, zebrane przez DRISDALE'a i FIRKS'a, kol. SOKOŁOWSKI podaje statystykę ze swego oddziału, z której okazuje się, że na 150 suchotników, leczonych w ostatnich czasach w szpitalu, u 45 (30%) było notowane nadużycie alkoholu.

Zdaniem kol. SOKOŁOWSKIEGO, w klasach tak zwanych lepszych, a nawet u ludzi najzamożniejszych, gdzie wszelkie inne czynniki, osłabiające organizm, dawały się wyłączyć, w wielu razach należało przypisać rozwój gruźlicy nadmiernemu używaniu alkoholu. To samo da się powiedzieć o gruźlicy płuc, powstałej u mieszkańców wsi, a nawet u górali, zamieszkających w wybornych warunkach klimatycznych; i tu najczęstszą przyczynę choroby stanowi alkoholizm. W tych przypadkach obok momentów ogólnych, t. j. usposabiających do infekcji gruźliczej, działać muszą i wpływy pośrednie, t. j. wywołujące zaburzenia w aparatach krążenia i oddechania. Tutaj kol. SOKOŁOWSKI szczegółowo opisuje powstające pod wpływem działania alkoholu zmiany w narządach oddechania i krążenia i rozwijające się w następstwie postaci gruźlicy: *phthisis pulmonum emphysematosa* i *pseudolobaris*.

Kol. SOKOŁOWSKI doszedł do wniosku, że nadmierne używania alkoholu wpływa stanowczo nie tylko na powstawanie suchot płucnych, lecz jednocześnie fatalnie oddziałuje na przebieg tej sprawy.

Następnie kol. SOKOŁOWSKI przechodzi do historii terapii alkoholowej suchot, opisując stosowanie alkoholu u suchotników w zakładzie BREHMER'a w Görbersdorfie. Jako pobudkę do stosowania w małej ilości alkoholu u suchotników BREHMER uważał nie własności odżywcze alkoholu, lecz pobudzające jego działanie na serce. Tymczasem naśladowcy metody BREHMER'a, szczególnie DETTWEILER, WOLFF, TURBAN i inni nadal alkoholowi w terapii suchot płucnych znaczenie środka czysto odżywczego, przeciwgorączkowego, a nawet wzmacniającego trawienie i apetyt. Opierali się oni w swych poglądach na pracach doświadczalnych BINZ'a i jego szkoły. Poglądy DETTWEILER'a i jego zwolenników zaczęto stosować w zakładach w Niemczech, a z zakładów tych terapia alkoholowa weszła szybko w ogólne użycie lekarzy praktyków.

Doświadczenia kliniczne przekonały kol. SOKOŁOWSKIEGO, że podawanie alkoholu w powyżej wymienionych celach bywa bezskuteczne, bardzo często nawet szkodliwe, co skłoniło go do zaniechania w zupełności alkoholu nie tylko u suchotników, lecz wogóle u chorych z cierpieniami dróg oddechowych. Na poparcie tego prelegent przytacza odpowiednią kazuistykę.

I w Niemczech w ostatnich latach również wystąpiły liczne głosy nie tylko za ograniczeniem alkoholu u suchotników, lecz nawet ze zupełnem jego wyrugowaniem, co jest kwestią nie tylko terapeutyczną, lecz ekonomiczną i społeczną; z jednej strony bowiem ograniczy to koszt utrzymania chorego, z drugiej zaś chorzy po ukończeniu kuracyi nie tylko sami nie będą nadal pić alkoholu, lecz będą propagatorami wstrzeźliwości wśród swego otoczenia. Tutaj prelegent

podaje wyliczenia d-ra SZNELEK'a, z których widać, jak wiele pochłaniają napoje alkoholowe w 4 berlińskich przytułkach dla biednych chorych.

Następnie prelegent rozbiera dane, zdobyte drogą eksperymentu farmakologicznego, na podstawie których przypisywano alkoholowi własności środka, oszczędzającego w ustroju tłuszcz i białko i środka odżywczego, i dochodzi do wniosku, że powyższe własności alkoholu zostały w ostatnich czasach zakwestyionowane. Dalej rozpatruje przeciwgorączkowe własności alkoholu, wykazując małożnaczące jego działanie pod tym względem. Wreszcie, zdaniem prelegenta, alkohol wpływa szkodliwie na układ nerwowy.

W końcu kol. SOKOŁOWSKI zaznacza, że to, co mówił o bezskuteczności, a właściwie o szkodliwości terapii alkoholowej w przebiegu suchot płucnych, da się zastosować i do innych przewlekłych cierpień dróg oddechowych, w leczeniu których alkohol stosowano *larga manu* w ostatnich czasach.

I w leczeniu ostrych gorączkowych chorób dróg oddechowych kol. SOKOŁOWSKI w ostatnich latach zaprzestał stosowania alkoholu, zastępując go w okresach osłabienia działalności serca środkami pobudzającymi, a więc kofeiną, kamforą i t. d., i ma wyniki lepsze, niż przy stosowaniu terapii alkoholowej. (Ze 116 chorych, dotkniętych ostrem zapaleniem płuc, leczonych bez alkoholu w oddziale w ostatnich czasach, zmarło 7). Zdaniem prelegenta, szkodliwość terepii alkoholowej można również wykazać i w leczeniu innych chorób narządów wewnętrznych, a szczególnie cierpień przewodu pokarmowego i układu nerwowego.

W dyskusyi prof. BARANOWSKI sądzi, że nadużywanie alkoholu bez zaprzeczenia jest szkodliwe; wnioskować jednak, aby alkohol w miarę użyty mógł być szkodliwy, trudno. Lekarz często nie może obejść się bez alkoholu, jako jednego ze środków podniecających, jeżeli wyłączymy alkohol, musimy zastąpić go przez inny jakikolwiek środek. O wynikach działania alkoholu, jako środka podniecającego, da się powiedzieć to samo, co o używaniu np. kofeiny i wogóle innych środków pobudzających.

Prof. BARANOWSKI zgadza się z prelegentem na usunięcie alkoholu z zakładów leczniczych dla biednych chorych.

Kol. NUSSBAUM jest zdania, że sprawę farmakologiczną należy zawsze postawić czysto, gdyż wiadomo, jak często, stosując jakikolwiek lek w chorobach, trudno jest sądzić, czy dany środek bywa skuteczny, czy też nie. Dotyczy to i alkoholu. Alkohol, jako środek podniecający, ma tę wyższość przed innymi podobnymi środkami, że jest przyjemny w użyciu, jest używką. Bez alkoholu obejść się trudno, mając tylko choćby to na uwadze, że żywy ustrój żyć bez podniecia nie może. Nadużywanie alkoholu jezt bez zaprzeczenia szkodliwe.

Kol. M. REJCHMAN sądzi, że umiarkowane użycie alkoholu szkody ustrojowi sprawić nie może. Inna kwestya z nadużywaniem. Bez alkoholu w terapii chorób żołądka obejść się można.

Zdaniem kol. DOBRSKIEGO, kol. SOKOŁOWSKI stanął na bezwzględnem stanowisku przeciw używaniu alkoholu. Doświadczenia jednak przekonywają nas, że niewielkie dozy alkoholu, jakie mamy np. w kefirze i kumysie, są dobrze znoszone.

Kol. BRONOWSKIEGO szpitalna statystyka kol. SOKOŁOWSKIEGO nie przekonywa, gdyż do statystyki tej wchodzi pewna część ludzi nerwowych, wrażliwych, którzy są kandydatami na alkoholików. Ludzie ci zaczynają pić, nie odżywiają się należycie i zapadają na gruźlicę.

Kol. W. DĄBROWSKI podziela zdanie kol. SOKOŁOWSKIEGO co do używania alkoholu w lecznictwie wogóle. Kol. DĄBROWSKI usunąłby alkohol w leczeniu

cierpień przewlekłych, gruźlicy, cierpień układu nerwowego i anemii. W swoim oddziale w szpitalu Zapasowym kol. DĄBROWSKI doszedł do wniosku, że w chorobach ostrych zakaźnych w wielu razach można się obejść bez alkoholu.

Kol. FREIDENSON nie sądzi, aby lekarze w Warszawie mieli nadużywać alkoholu w leczeniu chorych.

Kol. A. ŻURAKOWSKI zaznacza, że alkohol czysty jest mało szkodliwy; szkodę przynoszą t. zw. bukiety, olejki eteryczne i wyższe alkohole, które nadają smak napojom alkoholowym.

Kol. KORNIŁOWICZ podnosi kwestyę nadużywania alkoholu przez ginekologów. Tak zwana „*mania puerperalis*“, jak się kol. KORNIŁOWICZ przekonał, występuje zazwyczaj po nadużyciach alkoholu.

Kol. JAKOWSKI przytacza fakt, jaki obserwował w 2 przypadkach, w których z wydzieliny z przetoki kiszkowej otrzymał alkohol etylowy.

W odpowiedzi kol. SOKOŁOWSKI oświadcza, że w odczycie swym właśnie miał na celu wykazanie szkodliwości alkoholu w celach leczniczych; przytem zaznaczył, że w większości przypadków można w leczeniu obejść się bez alkoholu. Nadużywanie alkoholu w leczeniu przez lekarzy nie jest rzeczą tak rzadką, jakby się zdawało.

Na uwagę prof. BARANOWSKIEGO, że zamiast alkoholu należałoby w wielu razach w celu podniecenia używać innych środków pobudzających, kol. SOKOŁOWSKI zaznacza, że od kofeiny, kamfory i t. p. środków, chorego łatwo odzwyczaić, tymczasem inna sprawa z alkoholem.

Kwestyę alkoholizmu i jego doniosłość dla społeczeństw wogóle kol. SOKOŁOWSKI poruszył w swym odczycie tylko nawiasowo.

Aug. Łogucki.

ODCINEK.

BŁĘDY W RECEPTURZE I ICH SKUTKI.

Napisał

D-r C. BINZ.

Profesor, Radea tajny i Dyrektor instytutu farmakologicznego w Bonn.

Z drugiego wydania tłómaczył D-r L. W.

Nieraz przedmiotem spraw sądowych, szeroko rozważkiwanych w czasopiśmie, bywają otrucia, przypadkowo spowodowane przez lekarzy. Przyczyną ich bywa zazwyczaj niedbalstwo lub niezręczność, a nawet nieumiejętność lekarza. Od wielu lat troskliwie zbierałem podobne przypadki, aby w wykładach moich zwrócić na nie uwagę—dla przestrogi i nauki moich słuchaczy. Pod tym względem nie potrzebuję nawet korzystać z dawniejszego materiału, każdy bowiem rok świeżym nas obdarza.

Niedawno jeszcze temu uważano pięknie ułożoną receptę za szczyt sztuki leczniczej w dziedzinie chorób wewnętrznych, wobec czego w klinikach zbytnią zwracano uwagę na recepturę. Przepisy egzaminacyjne (pruskie) z roku 1869, które obowiązywały w Niemczech do 1883 r., postanawiały w § 24:

„Szczególną uwagę zwracać powinni członkowie komisji egzaminacyjnej na wiadomości kandydatów z nauki o dawkowaniu leków, jakoteż formułowaniu recept i egzaminować ich w tym kierunku na każdej z trzech wizyt tygodniowych. Nadto obaj egzaminatorzy powinni w oznaczonym dniu tygodnia razem się zebrać i każdemu kandydatowi na oddzielnym arkuszu zadać kilka specjalnych kwestyi, tyjących się przepisowywania rozmaitych leków (mikstur, odwarów, pigulek, i t. p.), które kandydat winien natychmiast i w obecności obu członków komisji piśmiennie rozwiązać, nadto ma przepisać kilkanaście substancji leczniczych z podaniem najniższej i najwyższej ich dawki“.

„Ci kandydaci, którzy nie wykażą dostatecznych wiadomości w tym przedmiocie, nie powinni, pomimo zdania egzaminu z innych przedmiotów, być uważani za dostatecznie przygotowanych“.

Do 1883 r. zatem kandydat, który z receptury otrzymał stopień niedostateczny, był zmuszony do powtarzania całej kliniki wewnętrznej, choćby z patologii i dyagnostyki miał stopnie celujące. W r. 1879 przepis ten został usunięty, i to, jak dodać muszę, z inicjatywy farmakologów, zasiadających w komisji, obradującej nad nowym planem wykładów i egzaminów.

W obecnych czasach wpadliśmy w przeciwną ostateczność. Gdy dawniej receptura stanowiła większą, a w ubiegłym stuleciu nawet największą część wykładów klinicznych, obecnie w klinikach i pòliklinikach zaledwie zaznaczają potrzebne środki lecznicze, pozostawiając asystentom sformułowanie ich w recepty. O dyktowaniu recept i zapisywaniu ich przez praktykantów w obecności innych słuchaczy, jako też o natychmiastowem przeglądaniu recept przez nauczyciela nie ma chyba mowy w czasach dzisiejszych.

Skutki takiego systematu są widoczne. Wielu lekarzy zaczyna zajmować się praktyką bez dostatecznego doświadczenia w używaniu chemicznych środków lekarskich, a wobec codziennego zadania, zniewalającego ich do posilkowania się substancjami, energicznie działającymi, wobec konieczności szybkiego wyboru odpowiedniej formy dla danego leku—zdarzają się bardzo często najzgubniejsze błędy. Nieraz chory opatrzości tylko zawdzięcza, jeżeli przepis, który miał go uzdrowić lub przynajmniej pomódz, nie sprowadza nań śmierci.

Oto bliższe przyczyny podobnych błędów.

1. Szybkie zapisywanie recepty.

1) Przede mną leży recepta, wedle której zalecono przygotować cztery proszki *chinin. muriatici* po 0,5. Dwa razy dziennie zażyć po jednym proszku. W pośpiechu lekarz zamiast chininy zapisał *m o r f i n ę*. Rozumie się, że aptekarz, stosując się do tabeli A farmakopei, nie wydał proszków, lecz odesłał receptę lekarzowi, który poprawił błąd, tak okropny w skutkach.

2) Podobnież miała się rzecz z proszkiem, stanowiącym mieszaninę rzewienia, siarki i *Tartari depurati*, do zażywania kilka razy dziennie na końcu noża. Zamiast *depuratus* stało w recepcie *stibiatus*—wskutek pośpiechu. I w tym wypadku apteka zoczyła błąd i nie wydała lekarstwa.

3) *Calomel subtilissime pulveratum* miał być zasypywany do zaognionych oczów dziecka. Zamiast tego zapisał lekarz *sublimatum subtilissime pulveratum*, aptekarz wydał proszek, jako środek zewnętrzny, a więc dozwolony, a lekarz własnoręcznie go zastosował. Zniszczenie obu oczów było skutkiem tego błędu dla chorego, lekarz zaś ciężką karą odpokutował za swą omyłkę.

W przypadku tym okolicznością obciążającą było to, że lekarz nie napisał na receptce „do wsypywania do oczów“, lecz tylko „zewnątrznie, jak wiadomo“, skutkiem czego aptekarz wcale nie mógł przypuścić istnienia pomyłki i nie zwrócił recepty lekarzowi, ani też nie ostrzegł matki, nabywającej proszek. Jeden z biegłych w tym procesie bardzo utyskiwał na tego rodzaju przepisywanie recepty, w istocie bardzo dziwne. Starsi lekarze nigdy nie zaniedbywali opatrywania swych recept w szczegółowy przepis użycia leku. Na wspomnianej receptce nie było sygnatury, tak często pomijanej przez młodsze pokolenie lekarzy. Nowość ta jest pożałowania godna.

4) Pewnemu choremu zalecono chloral w lawatywie, nie chciano bowiem obciążać żołądka tym środkiem. Lekarz chciał przepisać 4,0 chloralu, rozpuszczonego w wodzie, lecz, zapomniawszy o przecinku pomiędzy 4 a 0, zapisał 40. Aptekarz, uważając widocznie lawatywę za środek zewnętrzny, wydał lekarstwo wedle błędnego przepisu, a 40 g. chloralu w krótkim bardzo czasie zabiły chorego. I lekarz i aptekarz bardzo ciężko zostali ukarani przez sądy za tę omyłkę. Działo się to przed rokiem 1895, kiedy jeszcze nie uważano lawatyw leczniczych i czopków za środki wewnątrznie działające.

5) Przeciw bezsenności zapisano: Rp. *Chlorali hydrati* 15,0, *Tinct. opii* 15, *Aq. destill.* 60,0. *M.D.S.* Wieczorem trzecią część zadać w lawatywie.

Jak widzimy, przy nalewce makowca nie określono wyraźnie, co ma oznaczać liczba 15. Lekarz widocznie miał na myśli krople, lecz zapomniał napisać *Gtt*, Aptekarz zaś zrozumiał, że to gramy, a ponieważ rzecz ta również przed 1895 rokiem się miała, przeto wydał lekarstwo. Chory otrzymał przeto w lawatywie 5 g. chloralu i 5 g. nalewki makowca, wskutek czego zmarł otruty. Lekarz i aptekarz dostali się za karę do więzienia.

6) Do pewnej apteki pruskiej oddano następującą receptę: Rp. *Liq. kali caustici* 25,0; *Aq. desillatae* 135,0; *Syr. simpl.* 20,0. *M.D.S.* Co 2 godziny zażyć łyżkę stołową.

Aptekarz natychmiast odesłał receptę lekarzowi, który poprawił ją, przepisując *Liq. kali acetici*, zamiast niebezpiecznego, a przez pomyłkę zapisanego potasu gryzącego. Ponieważ w urzędowej farmakopei nie podano wcale najwyższej dawki *Liq. kali caustici*, przeto nie możnaby nawet ukarać aptekarza, gdyby ten wydał podany powyżej błędny przepis lekarski.

Również niebezpieczna, jak pospieszne pisanie, bywa rozmowa, toczona przez przepisującego receptę z otaczającymi go członkami rodziny chorego. Bardzo łatwo w tedy o pomyłkę i to najgrubszą. Lekarz w takiej chwili nie powinien rozmawiać, jak również ma zabronić otoczeniu przemawiania do siebie, wypytywania i doradzania, jak to nieraz bywa. Po zapisaniu zaś recepty, powinien lekarz dokładnie ją przejrzeć, zanim odda pacjentowi.

II. Niewyraźne pisanie recepty.

7) Pewnemu choremu chciał lekarz przepisać kilka silniejszych dawek naparstnicy sproszkowanej i uczynił to w następujący sposób: Rp. *Digital.* 0,3 (!); *F. pulv. D. tal. dos.* Nr. 4. *S.* Wiadomo. Aptekarzowi zdawało się, że *Digital.* ma być skróceniem wyrazu *Digitalina*, nie zaś *Folium Digitalis*, które nieostrożny lekarz miał w istocie na myśli; wobec danego przez lekarza wykrzyknika, aptekarz nie zawahał się i wydał ową olbrzymią dawkę digitaliny. W handlu mianem tem oznacza się mieszaninę pojedynczych substancji działających, wchodzących w skład liści naparstnicy. Niekiedy mieszanina ta słabe ma działanie, najczęściej zaś działa bardzo silnie, co zależy od sposobu przygotowania. Tak też było

i w tym przypadku. Już po zażyciu pierwszego proszku chory o mało co nie zmarł, lecz wbrew wszelkim oczekiwaniom cudem niemal udało się go uratować.

8) Pewna ciężko chora kobieta, wskutek niewyraźnego pisma lekarza, nie otrzymała wcale przepisanego jej środka kojącego. Recepta brzmiała: Rp. *Bismuti nitr.* 0,3. *Pulv. Doveri* 0,2. *M. f. pulv. D. tal. dos.* N. VI. S. Co trzy godziny proszek zażyć.

Pomijając, że mąż ów zwał się Doverem, a nie Dowerem, lekarz tak zabazgrał to nazwisko, że aptekarz zamiast *Pulvis Doveri* odczytał *Pulvis Sacchari* i wydał cukier. Przy dokładniejszym przyjrzeniu się (receptę tę posiadam w oryginale) powinienby aptekarz, co prawda, zauważyć, że wyraz w receptce nie wyglądał na *sacchari*. Wobec tego część winy spada na aptekarza, jednakże większa jej część obciąża bezwarunkowo lekarza, który nazajutrz dowiedział się od chorej, że bóle kiszki wcale po proszkach nie ustąpiły. Wówczas po raz wtóry, lecz tym razem jaknajwyraźniej, zapisał *Pulv. Doveri*, a chora straciła zatem 12 godzin czasu, no i pieniądze, wyrzucone na pierwsze pudełko proszków.

9) Podobnyż los spotkał pewnego chorego, cierpiącego na zimnicę, któremu lekarz chciał zapisać roztwór chlorku chininy w wodzie z dodatkiem soku lukrecyowego. Pomocnik aptekarski zamiast *Chininum muriatricum* przeczytał *Ammonium muriatricum*, a mianowicie w ten sposób: *Ch* złożone razem wyglądały jak *A*, *i* wraz z *n* jak *m*, nad którym znów znajdowała się kreska poprzeczna, mająca wedle piszącego oznaczać dwa punkty nad dwoma *i*, wedle czytającego zaś aptekarza oznaczała zdwojenie litery *m*. Omyłka wyszła na jaw, gdy chory nazajutrz oświadczył lekarzowi, że lekarstwo wcale mu nie pomogło, wobec czego lekarz po przejrzeniu sygnaturki nową przepisał receptę — tym razem wyraźnie.

A więc pisać trzeba wyraźnie! Wielu ludzi, nawet wykształconych, sądzi, że gdy sami są w stanie odczytywać swe bazgroty, to i każdy inny powinien też samo umieć. W zwyczajnem życiu jest to niewygodne i nieprzyjemne, w przepisach lekarskich może być niebezpieczne dla życia. Wierzyć się niemal nie chce, że inne znane mi recepty aptekarz długo i starannie musiał studyować, chcąc przekonać się, czy lekarz przepisał *Oleum Ricini* czy *Rosae*, *Emplastrum Hydragrygi* czy *Lithargyri*, *Species diureticae* czy *aromaticae*, *Natrium salicylicum* czy *silicicum* (szkło wodne). A jednak wszystko to było i wciąż jeszcze się powtarza.

Bardzo złym zwyczajem jest pisanie recept ołówkiem; zasługuje to na skarcenie i usunięcie.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— W r. 1898 w N-rze 18 Centralblatt für Gynaecol. SCHRAMM ogłosił przypadek, gdzie przy pochwowie trudnem wyłuszczeniu macicy przy *pyosalpinx duplex* jeden z tamponów zleciał z imadła i pozostał w jamie brzusznej. Ponieważ wszelkie poszukiwania tamponu w głębi rany okazały się daremnymi, SCHRAMM postanowił dalej nie szukać, tylko pozostawić czasowi wydzielenie się tamponu na drodze ropienia, pomi-

mo że wyczuwał stwardnienie w okolicy pęcherza. Otóż w N. 13 tegoż czasopisma z r. 1899 na str. 1316 SCHRAMM komunikuje, że ów zagubiony w jamie brzusznej tampon w 10 tygodni po operacji wypadł z pochwy przy tańcu. Dziś przetoki żadnej nie ma. Pacjentka jest zupełnie zdrowa. (Centr. für Gyn. N. 13. 1899 r.).

E. N.

— U wielu chorych na raka przełyku niemożność połykania niektórych

pokarmów zależy nie tyle od zwężenia organicznego, ile od spastycznego skurczu wskutek stykania się kęsa z nadczułą błoną śluzową. ROSENHEIM spostrzegł chorego, przelykającego z trudnością wodę, a natomiast dobrze befszytk z kartoflami po uprzednim zastrzyknięciu morfiny. W takich razach R. proponuje następujące pastylki (po każdym jedzeniu jedną): *Morph.* 0,005; *Cocain.* 0,0025; *Antipyr.* 0,1; *Sacch.* 0,3. (Sem. méd. 7—99).

== MANASSE zebrał z literatury 51 przypadków bąblowca nerki z przedostaniem się do miedniczki. Najczęściej zjawia się bąblowiec pojedynczo. W miedniczce i moczowodzie bąblowca nie napotymano. Co do pęcherza, to M. znalazł w literaturze tylko dwa przypadki bąblowca. Torbiele bąblicze nie przepuszczają promieni ROENTGEN'a. (Ctbl. f. Chir. 14—99).

P.

Wiadomości bieżące.

— Komitet Polski XIII Zjazdu lekarskiego, odbywać się mającego w Paryżu pomiędzy 2 a 9 sierpnia 1900 r., na pełnym posiedzeniu w dniu 1 listopada r. b. przyjął z uznaniem do wiadomości starania podjęte przez prezesa i sekretarza komitetu, w celu ustalenia prawnego stosunku z centralnym komitetem paryskim. Komitet centralny przyznał bowiem Komitetowi polskiemu te wszystkie prawa i atrybucye, jakie posiadają inne Komitety narodowe. Do pomyślnego załatwienia tej sprawy przyczynił się wielce swoim osobistym wpływem prof. LASKOWSKI w Genewie. Na posiedzeniu tem uchwalono także dalszy plan działania w tym kierunku, by zapewnić jaknajwiększy udział lekarzy polskich w kongresie i zebrać pokaźną liczbę odczytów. Sprawie tej wielką usługę oddać mogą delegaci Komitetu i dzienniki lekarskie krajowe. Na posiedzeniu tem dotychczasowy prezes komitetu polskiego prof. d-r KORCZYŃSKI zrzekł się godności prezesa, której tylko na usilne żądanie Komitetu przed rokiem się podjął. Komitet rezygnacyi tej jednak nie przyjął, lecz, uwzględniając jego chwilowe nadmierne zajęcie budową nowej kliniki lekarskiej, uchwalił, aby aż do 1 maja 1900 roku sprawą udziału polskich lekarzy w zjeździe międzynarodowym w Paryżu kierował wi-

ceprezes komitetu polskiego prof. d-r B. WICHERKIEWICZ. Ze wszystkimi sprawami udziału lekarzy polskich w XIII międzynarodowym zjeździe lekarskim w Paryżu należy się zgłaszać do wiceprezesa prof. d-ra B. WICHERKIEWICZA (ul. Wolska 11) lub do sekretarza d-ra A. KWAŚNICKIEGO (Basztowa 4). Sekretarz: d-r A. Kwaśnicki. Prezes: d-r E. Korczyński.

— Zjazd niemieckich balneologów ma się odbyć w marcu 1900 r. we Frankfurcie nad Menem.

— Właściciel firmy Henryk Mattoni w Giesshübel Sauerbrunn ustanowił z okazji 50-letniego jubileuszu cesarza austriackiego stypendyum za najlepszą pracę z dziedziny balneologii. Kapitał, wynoszący 20000 koron, przekazany został wydziałowi lekarskiemu uniwersytetu Wiedeńskiego. Odsetki, wynoszące 700 koron, wypłacane być mają corocznie za najlepszą pracę z dziedziny balneologii. Ubiegać się o to stypendyum mogą doktorzy wszech nauk lekarskich jednego z uniwersytetów austriackich.

— Firma Alfonsa Mann wydała nowy katalog narzędzi chirurgicznych, bogato ilustrowany (1000 rysunków), na który zwracamy uwagę czytelników naszego pisma.