

MEDYCINA.

CHASOPISMO 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 symptomatologii i anatomii patologicznej przymiotu mózgu oraz słów kilka o t. zw. „Pseudoparalysis luetica”. Napisał St. Kopczyński. (Ciąg dalszy). — Drgawki porodowe (Eklampsya) w świetle badań współczesnych. Podał W. Popiel. (Ciąg dalszy). — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 31 października r. b. — Z TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 18 listopada r. b. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WILEŃSKIEGO. Posiedzenie z dnia 12 listopada r. b. — ODCIENEK. Błędy w recepturze i ich skutki. Napisał C. Binz. (Dokończenie). — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r St. Kopczyński** — Contribution à la symptomatologie et anatomie pathologique de la syphilis du cerveau et quelques mots sur la „pseudoparalysie syphilitique”. 2) **D-r W. Popiel** — Nouvelles contributions concernant la nosologie de l'éclampsie.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r St. Kopczyński** — Beitrag zur Symptomatologie und pathologischen Anatomie der Gehirnsyphilis und einige Worte über die sogenannte luetische Pseudoparalyse 2) **D-r W. Popiel** — Die eklamptischen Convulsionen im Lichte der neueren Forschungen.

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

Z PRACOWNI PROF. OPPENHEIM'a W BERLINIE

Przyczynek do symptomatologii i anatomii patologicznej przymiotu mózgu

oraz słów kilka o t. zw.

„Pseudoparalysis luetica“.

Napisał

STANISŁAW KOPCZYŃSKI.

Ordynator kliniki chorób nerwowych w szpitalu św. Ducha.

(Rzecz, wygłoszona na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 21 listopada 1899 roku).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 48).

Badanie pośmiertne wykonano dnia następnego. Rozpoznanie anatomiczno-patologiczne brzmiało, jak następuje: *Bronchopneumonia purulenta multiplex praecipue lobi inferioris pulmonis utriusque. Myocarditis. Insufficiencia valvularum aortae. Endaortitis chronica deformans. Cystitis. Pyelitis. Nephritis chronica mixta.*

Cystoma ovarii dextri. Atrophia baseos linguae. Arteriosclerosis. Encephalomalacia fusca corporis striati dextri, parva — sinistri.

Przy szczegółowszem makroskopowem badaniu mózgu okazało się: waga mózgu 1100 gramów. Opona twarda bardzo wiotka, na powierzchni wewnętrznej wszędzie wilgotna, gładka i błyszcząca. Opona miękka na wypukłości nieco zmętniała, wodnista. Zawoje mózgowe w płatach czołowych bardzo wąskie. Naczynia u podstawy mózgu, zwłaszcza *art. fossae Sylvii*, mocno zgrubiałe, wewnątrz ich widać liczne żółte stwardniałe blaszki. Przednia część mostu przy dotykaniu okazuje się po stronie prawej twardszą, niż po lewej. Komory boczne umiarkowanie rozszerzone, zawierają nieco wodniste-go płynu. W środku przedniej części prawego wzgórka wzrokowego widać ognisko rozmiękczenia, zabarwione na żółto, wielkości monety 15 kopiejkowej. Podobne ognisko, tylko wielkości ziarnka grochu, znajduje się w przednim końcu lewego wzgórka wzrokowego. Pień mózgowy na przecięciu wilgotny, gładki, błyszczący, punktów krwawiących zawiera niewiele.

Rdzeń na przekroju bladej. Pęczki boczne nieco szare. Zrostów rdzenia z oponami nie widać.

Mózg i rdzeń włożono na kilka miesięcy do płynu MÜLLER'a. Po wyjęciu z płynu MÜLLER'a oddzielne kawałki z różnych wysokości odwodniłem w alkoholu i w eterze i zatopiłem w celloidynie. Skrawki mikrotomowe barwiłem kilkoma metodami: metodą WEIGERT-PAHL'a, zmienioną nieco przez WOLTERS'a (do hematoksyliny dodaje się w pewnym stosunku jednoprocenowego kwasu octowego), przyczem niektóre preparaty barwiłem następnie płynem KULCZYCKIEGO, który zabarwia tkankę łączną, neuroglię, komórki nerwowe i cylindry osiowe na czerwono. (Płyn ten przygotowuje się w następujący sposób: bierze się dwuprocentowego kwasu octowego 100 części, barwnika rubinowego 0,25, nasyconego wodnego roztworu kwasu pikrynowego 100; z tego bierze się 3 części na 100 części alkoholu 96%). Dalej barwiłem karminem z następczem zabarwieniem alunową hematoksyliną, metodą MARCHI'ego, i barwnikiem ROSIN'a (trójbarnik BIAUNDI'ego).

Wyniki moich badań były następujące:

i) *Gyrus centralis anterior* zmian wyraźnych nie przedstawia. Opona miękka zgrubień żadnych nie wykazuje. T. zw. *Epicerebraler Spaltraum*, oddzielający normalnie oponę miękka od kory mózgowej, zachowany dobrze, a więc zrostów wyraźnych opony miękkiej z istotą mózgową wogóle nie widać. Ściany naczyń niezmienione. Światło wielu żył i tętnic w oponie miękkiej przepelnione krążkami lub bryłkami barwnika krwi. W niektórych zakrzepach daje się zauważyć rozwój tkanki łącznej i nowotworzenie naczyń włosowatych. Opona miękka wyraźnie przekrwiona: dużo w niej czerwonych krążków krwi; znacznego nacieczenia drobno-komórkowego nie widać. W zagłębieniach pomiędzy zawojami w kilku miejscach opona miękka wydaje się nieco zgrubiała, nie przekraczając jednak zbyt granic normalnych.

W istocie mózgowej zmian wybitnych nie widać. Na skrawkach, zabarwionych metodą WEIGERT-PAHL'a, widać niezłe włókna styczne (t. zw. *Tangentialfasern* — włókna asocjacyjne, które łączą sąsiednie części kory mózgowej, biegną tuż pod powierzchowną warstwą neuroglii i stanowią wraz z tą ostatnią t. zw. pierwszą warstwę MAYNERT'owską). Na skrawkach z okolicy wysepki REILLI'ego w tych włóknach stycznych widać liczne paciorkowate zgrubienia osłonki rdzennej, obraz, który zresztą spotykamy i na skrawkach normalnych.

Komórki nerwowe liczne. Na dość grubych skrawkach, zabarwionych karminem, szczegółowej ich budowy rozpatrzyć nie można. Przestrzenie około-komórkowe nie powiększone, wypustki zachowane. Ilość naczyń tak w korze mózgowej, jak i w leżącej pod nią istocie białej, nie powiększona. Nacieczeń około-naczyniowych nigdzie nie widać. Nadmiernego skupienia neuroglii również zauważyć nie można.

2) Wysokość torebki wewnętrznej i spoidła przedniego (*commissura anterior*). Cięcie, odpowiadające 146-mu rysunkowi z podręcznika OBERSTEINER'a z r. 1897. Przekrój czołowy. Patrz rys. 1.

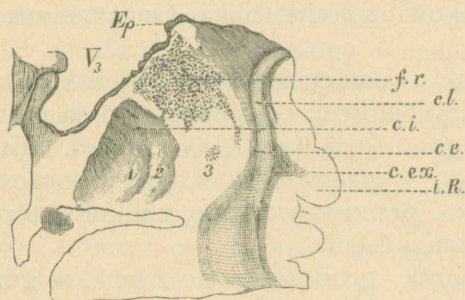
Strona prawa. W okolicy torebki wewnętrznej widać ognisko rozmiękczenia wielkości srebrnej monety 15 kopiejkowej, obejmujące górną połowę torebki wewnętrznej, część jądra ogonowego (*nucleus caudatus*), dalej, górne i przednie części drugiego i trzeciego (*putamen*) członka jądra soczewkowego (*nucl. lentiformis*). Środek ogniska przedstawia jamę, naokoło której znajdują się twory, stanowiące wynik rozmiękczenia.

Wysciółka komory trzeciej, niby sznurek grubości około 2 mm., w górnej części wijący się, oddziela jamę, powstałą wskutek rozmiękczenia, od samej komory. W sznurku tym pod warstwą nabłonkową i pod t.zw. Gliafilz'em (warstwa bezkomórkowa, złożona przeważnie z włókien neuroglii) widać kilka naczyń, w których poza dobrze zachowanym śródbłonkiem reszta ścian przedstawia jednolitą napęczniałą tkankę, z niewyraźną włóknistą budową i z rozrzuconymi zrzadka okrągłymi i podłużnymi jądrami. Wokoło naczyń puste, szerokie szczeliny.

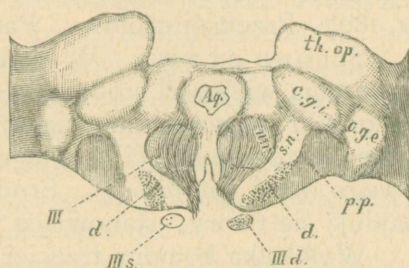
W ognisku rozmiękczenia, a raczej w częściach, okalających jamę, widać przedewszystkiem liczne t. zw. komórki ziarniste (t. zw. *Fettkörnchenzellen*). Twory te, — powstałe, jak utrzymuje OBERSTEINER, przeważnie z ciałek limfoidalnych, które wchłonęły w siebie tłuszcz z rozpadłej osłonki rdzennej, a, jak utrzymuje SENATOR, powstałe z komórek neuroglii, — wypełniają całe pole widzenia. Prawie każde z nich zawiera duże, dobrze barwiące się jądro, bezjądrowych jest bardzo mało, niektóre zawierają ich po 2, a niekiedy nawet po 3. Wielkością swą twory te przewyższają zwykle leukocyty niekiedy 5 i więcej razy. Na skrawkach, zabarwionych metodą WEIGERT-PAHL'a, w komórkach tych pośród owych granul czyli ziarenek zauważyć niekiedy można czarne punkciki, przedstawiające prawdopodobnie ziarenka pochłoniętej przez leukocyty myeliny. Tu i owdzie pomiędzy komórkami ziarnistymi widać czerwone krążki krwi, zniekształcone, niekiedy już tylko pod postacią ziaren barwnikowych. Zrzadka zauważyć można twory dość duże, (w przecięciu $\pm 15 \mu$) okrągłe, jednolite, silnie błyszczące, barwiące się alunową hematoxyliną na niebiesko. Są to t. zw. Amyloid-Körper (ciałka amyloidalne). Uwarstwienia współśrodkowego w nich nie znać. Dalej po całym ognisku licznie rozrzucone, niby beleczki, naczynia włosowate i nieco większe, z podłużnymi jądrami, wypełnione czerwonymi krążkami krwi, niekiedy puste. Oprócz tego spotykamy pojedyncze jądra, co do których trudno powiedzieć, czy wyszły z leukocytów, czy też stanowią jądra neuroglii. W miarę posuwania się ku częściom zdrowym ilość komórek ziarnistych maleje, występują włókna rdzenne z licznymi wprowadziami, zgrubieniami, zjawiają się komórki nerwowe, komórki neuroglii, i istota mózgowa przybiera budowę prawidłową.

Na tym samym przekroju oprócz głównego widać kilka innych drobnych ognisk rozmiękczenia o tym samym charakterze, rozrzuconych zwłaszcza w jądrze so zewkowatym, w drugim i w trzecim jego członku. Naokoło tych

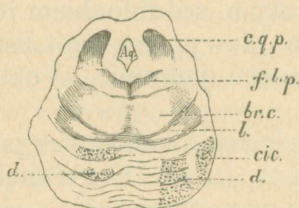
ognisk, najczęściej wielkości ziarnka prosa, widać w wielu miejscach skupienia okrągłych komórek, zwłaszcza w przestrzeniach błony zewnętrznej naczyń, ułożone współśrodkowo w jej szczelinach. Na naczyńniach, przekrojonych poprzecznie, nacieczenia te ciągną się wzdłuż po obu stronach na znacznej przestrzeni. W kilku takich skupieniach wśród okrągłych komórek widać liczne czerwone ciała krwi.



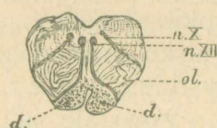
Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.



Rys. 4.



Rys. 5.



Rys. 6.



Rys. 7.



Rys. 8.

Rys. 1. V_3 — trzecia komora; *Ep* — wyściółka trzeciej komory; *f.r.* — ognisko rozmiękania; *c.i.* — torebka wewnętrzna; *c.e.* — torebka zewnętrzna; *c.ex.* — torebka najbardziej zewnętrzna (capsula extrema); *cl.* — claustrum; *i.R.* — wysepka Reillego; 1, 2, 3 — trzy członki ciała soczewkowego (nuclei lentiformis). Rys. 2. *Ag.* — aquaeductus Sylvii; *th.op.* — thalamus opticus; *c.g.i.* — corpus geniculatum internum; *c.g.e.* — corpus geniculatum externum; *n.r.* — nucleus ruber; *s.n.* — substantia nigra Soemeringii; *p.p.* — pes pedunculi; *III d.* — nerw okoruchowy prawy (cały zwyrodniały); *III s.* — nerw okoruchowy lewy (zwyrodniały częściowo); *d.* — pasy zwyrodnienia zstępującego, dotyczące przeważnie dróg piramidalnych. Rys. 3. Okolice mostu Warol'a. *Ag.* — aquaeductus Sylvii; *c.q.p.* — corpus quadrigeminum posterius; *f.l.p.* — fasciculus long posterior; *br.c.* — brachia conjunctiva; *l.* — lenticulus; *cic.* — bliznowate strwardnienie (patrz tekst); *d.* — drogi piramidalne zwyrodniałe, z prawej znacznie mocniej, niż z lewej. Rys. 4. Okolice rdzenia przedłużonego. *n.X.* — jądro nerwu błędnego; *n.XII* — jądro nerwu podjęzykowego; *ol.* — oliwa; *d.* — drogi piramidalne zwyrodniałe. Rys. 5. Wysokość 6-go szyjowego odcinka rdzenia. Rys. 6. Wysokość 6-go grzbietowego. Rys. 7. Wysokość 2-go lędźwiowego. Rys. 8. Wysokość 4-go lędźwiowego. Zwyrodniałe drogi piramidalne zacieniowane. (Rysunki napółschematyczne z preparatów naturalnej wielkości).

W szczelinie zawojowej obok *tractus opticus* opona miękka wyraźnie nacieczona. W kilku małych tętnicach, leżących obok, widać znaczne bujanie błony wewnętrznej, która niekiedy w kształcie półksiężyca do połowy zakrywa ich światło. Miejscami przy błonie zewnętrznej widać skupienia drobno-komórkowe.

Strona lewa. W górnej części trzeciego członka (*putamen-lupina*) jądra soczewkowego widać ognisko rozmiękczenia wielkości małego ziarenka grochu o tych samych właściwościach, co po stronie prawej. Zresztą zmian wyraźnych nie widać. Górna część torebki wewnętrznej błada. Szczegółowsze badanie jednak wykazuje, że to nie miejsca zwyrodniałe, lecz pasy szarej istoty, łączące sąsiednie części ciała prążkowanego i wzgórkę wzrokowego ze sobą.

3) Wysokość nerwu okoruchowego. (Przekrój, odpowiadający rysunkowi 142 lub 124 r. u OBERSTEINER'a). Patrz rys. 2.

Strona prawa. W odnodze mózgowej, w jej części wewnętrznej, odpowiadającej przebiegowi włókien nerwów czaszkowych i dróg piramidalnych, widać wyraźny pas zwyrodnienia, długości 2 ctm., szerokości $\frac{1}{2}$ ctm., biegnący nieco skośnie od zewnątrz ku wewnątrz. Najbardziej wewnętrzne części odnogi mózgowej, odpowiadające drogom, idącym od zrazów czołowych do mostu (t. zw. *Frontale Brückenbahn*), zachowane dobrze. Części zwyrodniałe barwią się karminem bardzo mocno, metoda WEIGERT-PAHL'a nie barwi ich prawie wcale. Pod mikroskopem widać w nich silny rozwój tkanki łącznej i neuroglii, mnóstwo jąder i nacieczenie drobno-komórkowe wokół niektórych naczyń. Pomiędzy temi grubemi smugami, w oczkach tej grubej siatki cylindrów osiowych widać bardzo mało.

Strona lewa. Pas zwyrodnienia, węższy, niż po stronie prawej, ciągnie się głównie w środkowej części odnogi mózgowej od *Substantia nigra Soemeringii* z zewnątrz ku wewnątrz, oprócz tego cała druga z trzecich części odnogi jest wyraźnie bledsza od innych.

Wszystkie jądra nerwu okoruchowego na tej wysokości, jak również i na sąsiednich, zachowane dobrze, o ile o tem z preparatów, zabarwionych karminem i podług WEIGERT-PAHL'a, sądzić można. W każdym bądź razie pod względem ilości komórek i ogólnych ich konturów żadnych wybitnych różnic nie przedstawiają. W istocie szarej, okalającej wodociąg SYLWIUSZA, również żadnych nacieczeń, ani wybroczyn krwawych nie widać.

Wewnątrz-mózgowe części nerwów okoruchowych tak po stronie prawej, jak i po stronie lewej, również żadnych zwyrodnień nie przedstawiają. Tylko po stronie prawej włókna, biegnące poprzez jądro czerwone (*nucleus ruber*) do obwodu, w końcu swych wewnątrz-mózgowych części są mniej liczne, ze zgrubieniami paciorkowatymi na podłużnych przecięciach. Po wyjściu zaś cały prawy nerw okoruchowy przedstawia bardzo wybitne zmiany.

Już podczas zagięcia i przejścia w kierunku poziomy barwienie metodą WEIGERT-PAHL'a wykazuje znaczne zmniejszenie liczby włókien rdzennych z charakterystycznymi cechami zwyrodnienia. W dalszym przebiegu, tak na przecięciu poprzecznym, jak i podłużnym, cały nerw okoruchowy prawy przedstawia niby zbity sznurek łączno-tkankowy, makroskopowo zupełnie biały. Osłonka rdzenna ocalała zaledwie w kilku miejscach pod postacią niekształtnych kuleczek lub paciorkowatych paseczków, zresztą cały nerw, zabarwiony następnie metodą KULCZYCKIEGO, przedstawia tkankę włóknistą zbity, barwiącą się silnie na czerwono. Oddzielnych pęczków, pooddzielanych przegrodami z tkanki łącznej — *perineurium*, jak to widzimy w prawidłowych nerwach, nie widać wcale. Na przekroju poprzecznym w kilku zaledwie polach mikroskopowych pomiędzy włóknami tkanki łącznej widać nieźle zachowane cylindry osiowe. Na preparatach, barwionych alunową hematoksyliną, cały nerw okoruchowy prawy okazuje się równomiernie gęsto nacieczonym

drobnymi komórkami. Nacieczenie to rozpoczyna się zaraz od miejsca zagięcia nerwu po wyjściu z odnogi mózgowej. Tu i owdzie spotykamy kępki jeszcze silniejszych skupień drobnokomórkowych, które źródło swe mają prawdopodobnie w drobnych naczyniach. Na obwodzie nerwu widać rozrzucone czerwone krążki krwi.

Lewy nerw okoruchowy przedstawia zmiany w stopniu nieznacznym. Na skrawkach, barwionych metodą WEIGERT-PAHL'a, przedstawia się dość prawidłowo: miejsca z wypadniętą osłonką rdzenną (myeliną) spotykamy gdzieniegdzie. Na skrawkach, barwionych ałunową hematoksyliną, widać w niektórych miejscach nieznaczne nacieczenia drobnokomórkowe. Ciągłą się one przeważnie wzdłuż naczyń i pochewek endo- i peri-neuralnych. W pojedynczych pęczkach, zwłaszcza leżących bliżej obwodu, widać kępki nacieczeń drobnokomórkowych.

Na tym samym przekroju widać bardzo wybitne zmiany w wielu naczyniach i pewne w oponie miękkiej, zwłaszcza w tej jej części, która wypełnia wierzchołek trójkąta pomiędzy odnogami mózgowymi (t. zw. *trigonum interpedunculare*). W tej części opony miękkiej, która przylega z jednej strony do odnogi mózgowej, z drugiej — do prawego nerwu okoruchowego, widać zgrubienie, tu i owdzie nacieczenie okrągłymi komórkami; miejscami, wskutek znacznego skupienia jąder, tworzą się jakgdyby gumaty prosówkowate. Zgrubiała i nacieczona opona miękka przylega ściśle do istoty mózgowej, do pęczków nerwu okoruchowego, oprócz tego od niej odchodzą wzdłuż ścian naczyniowych wewnątrz istoty mózgowej smugi nacieczeń drobnokomórkowych. W tej zgrubiałej i rozroślej oponie miękkiej widać dużo drobnych naczyń, które jak tu, tak i w *trigonum interpedunculare*, mają po większej części jedną zgrubiałą ścianę, bez wyraźnych zróżniczkowanych uwarstwień, nacieczoną drobnymi komórkami. Wewnątrz wielu z tych naczyń widać zakrzepy, uległe szklistemu zwyrodnieniu, a połączone za pomocą jak gdyby wyrostków z okoliczną wybujalą błoną wewnętrzną.

Wybitne zmiany, polegające na równomiernym rozlanem nacieczeniu drobnokomórkowem błony zewnętrznej i wewnętrznej, widać i w tętniczkach, przebiegających pomiędzy lewym nerwem okoruchowym i odnogą mózgową. Zwłaszcza w jednej z nich oprócz wybujania błony wewnętrznej widać bardzo gęste nacieczenie błony zewnętrznej, ale tylko z jednej strony, pod postacią sierpa. Na tej samej tętnicy zobaczyć mogłem wyraźnie drugą błonę elastyczną, oddzielającą wybujalą błonę wewnętrzną od światła i od śródbłonka. Podobne podwójne błony elastyczne spotykałem i w kilku innych tętniczkach.

Z żył tylko w jednej, przebiegającej po stronie lewej tuż przy zewnętrznej części odnogi mózgowej, znalazłem zmiany wybitne. Ściana jej uległa kilkakrotnemu zgrubieniu, barwi się jednolicie bardzo blado, budowy włóknistej w niej zauważyć nie można; pas śródbłonka niewyraźny. Cała ta jednolita ściana, zwłaszcza w częściach zewnętrznych, gęsto usiana dużymi okrągłymi komórkami, pomiędzy którymi widać mniej liczne komórki o jądrach owalnych lub wrzecionowatych. W świetle widać brylki barwnika krwi, przylegające w wielu miejscach ściśle do ściany naczyniowej. Wogóle jednak zmian w układzie żylnym nie widać.

Na tej samej wysokości pod *pulvinar thalami optici* biegnie średniej wielkości tętnica o zmianach bardzo wybitnych (patrz niżej rys. 9). Światło naczynia wypełnione zakrzepem, w którym tu i owdzie widać pasemka tkanki

łączonej, niekiedy pod postacią mostów, łączących zakrzep z błoną wewnętrzną. Cała błona wewnętrzna przedstawia dość równomierny pierścieniowaty rozrost, przewyższający swą grubością co najmniej ze 3 razy pozostałe błony razem wzięte. Składa się ona z istoty międzykomórkowej, w której zalegają dość obfite jądra to okrągłe, to wrzecionowate. W niektórych miejscach, idąc od wewnątrz do błony elastycznej, jądra te nagromadzają się w znacznej ilości. Drugiej błony elastycznej wewnątrz naczyń nie widać. Warstwa śródbłonkowa nie wyraźna. Błona elastyczna okazuje się mocno nierównomiernie pofałdowaną, w niektórych miejscach na niewielkiej przestrzeni rozszczepioną, w innych nie można dostrzedz ciągłości. W fałdach jej od strony wewnętrznej liczne skupienia drobnokomórkowe. Błona mięśniowa prawie żadnych zmian nie przedstawia. Tylko w miejscach, gdzie ciągłość błony elastycznej okazuje się przerwana, tam widać liczniejsze skupienia drobnokomórkowe. Błona zewnętrzna okazuje się wyraźnie nacieczoną okrągłymi komórkami, zwłaszcza w warstwie, przylegającej do błony mięśniowej. W t. zw. przestrzeniach limfatycznych tej błony oprócz bardzo licznych dużych okrągłych komórek widać liczne czerwone krążki krwi. Drobnych naczyń odżywczych, t. zw. *vasa vasorum* nie widać. Żadnych miejsc, uległych zwapnieniu lub stłuszczeniu, w ścianach naczyń również zauważyć nie można.

4) Wysokość mostu. (Porównaj rys. 139 u OBERSTEINER'a). Patrz rys. 3. Nerw blokowy (n. *trochlearis*) przedstawia się prawidłowo, jak również jądra jego, na wyżej leżących skrawkach, są zachowane dobrze. W końcu mostu, po stronie prawej, w miejscu, odpowiadającym jądrum mostu, widać ognisko, wielkości srebrnej monety 10-kopiejkowej. Ognisko to metodą WEIGERT-PAHL'a barwi się na biało, karminem mocno na czerwono i przedstawia tkankę łączną, gęsto usianą jądrami. Opona miękka, z pęczkiem zmienionych w swoisty sposób naczyń, nacieczona, zgrubiała zrasta się z tą okolicą mostu. Miejsce to, które już przy sekcji wyczuwało się jako guz twardy, przedstawia prawdopodobnie bliznę po jakiejś sprawie zapalnej, czy też po swoim rozmiękczeniu.

Drogi piramidalne, rozrzucone wśród włókien poprzecznych mostu, po stronie prawej okazują się bardziej zwyrodniałymi, niż po stronie lewej.

Naczynia, biegnące wzdłuż mostu, zwłaszcza obok bliznowato zwyrodniałych części na wysokości pętli średniej (*lemniscus medius*), przedstawiają bardzo charakterystyczne zmiany. W niektórych naczyniach widać, jak wybujała błona wewnętrzna w środkowych częściach zrosła się, wskutek czego wytworzyły się podwójne światła. Inne tętniczki przedstawiają zmiany, jakie opisał HEUBNER pod nazwą arteriomatów. Mianowicie: błona wewnętrzna okazuje się mocno wybujałą i rozrosłą, przyczem jej warstwy zewnętrzne, przylegające do błony elastycznej, barwią się blade, zawierają niewiele jąder, gdy tymczasem warstwa wewnętrzna tej błony barwi się mocno na czerwono, widać w niej liczne pałeczkowate jądra, ułożone współśrodkowo. Wyglądem swym ta część błony wewnętrznej przypomina błonę mięśniową. Prawdopodobnie jednak jest to tylko najmłodsza warstwa wybujałej błony wewnętrznej. Na niej leży błona elastyczna ze śródbłonkiem. (Patrz niżej rys. 10).

Wyściółka (*ependyma*) wodociągu SYLWIUSZ'a w kilku miejscach przedstawia szypułkowate, grzybkowate wzniesienia, w granicach jednak, nie przekraczających zbytnio normy, tak że o *ependymitis granulosa* mowy tu być nie może.

Jądra z pni nerwów: V, VI i VII-ego na tej i na sąsiednich wysokościach zmian wyraźnych nie przedstawiają.

5) Wysokość rdzenia przedłużonego. Patrz rys. 4. Prawy pęczek piramidalny wyraźnie równomiernie zwyrodniały, lewy w stopniu słabszym. Poprzez zwyrodniałe piramidy ciągną włókna od *stratum interolivare* do *fibrae arcuatae externae* i wraz z niemi do *corpus restiforme*.

Jądra i pnie nerwów VIII, IX, X, XI i XII-ego zmian nie przedstawiają. Opona miękka nie zgrubiała, zmian w naczyniach nie widać.

6) Rdzeń był badany na kilku wysokościach, zwłaszcza na wysokości 6-ego szyjowego odcinka, 8-ego grzbietowego, 2-ego i 4-ego lędźwiowego. Patrz rys. 5—8. Wszędzie po obu stronach dość wybitne zwyrodnienie dróg piramidalnych bocznych, przytem po stronie prawej nieco silniejsze. Oczywiście, w miarę posuwania się w kierunku *conus terminalis*, obszar, zajęty zwyrodnieniem, maleje i przesuwają się ku tyłowi i ku obwodowi. Wogóle jednak zajmuje on przestrzeń daleko większą, niż to wypada ze schematów FLECHSIG'a dla normalnych dróg piramidalnych. Droga mózdkowa prosta i pęczek GOWERS'a wąskim paskiem oddzielają obszar zwyrodnienia od obwodu. Za to w przednich słupach, w pęczkach TÜRK'a, gdzie normalnie biegną niekrzyżujące się drogi piramidalne, zwyrodnienia wcale nie widać. Bardzo nieznaczne zblednięcie wąziutkiego paska wzdłuż *sulcus longitudinalis anterior* kładę na karb właściwości barwienia metodą WEIGERT-PAHL'a, która zwykle obwód rdzenia odbarwia cokolwiek silniej. Na preparatach, barwionych karminem, żadnych zgrubień siatki neuroglii, która zwykle następnie rozrasta się na miejscu zwyrodniałych włókien, nie widać. Cylindry osiowe zachowane dobrze. Barwienie metodą MARCHI'ego i ROSIN'a dało te same wyniki.

Tylne pęczki i korzenie zachowane wszędzie dobrze. Opona miękka i naczynia zboczeń od normy nie wykazują.

6) Skrzyżowanie się nerwów wzrokowych. (*Chiasma nervorum optico-rum*). Barwienie karminem i następnie alunową hematoksyliną. Na całym obwodzie skrzyżowania się nerwów wzrokowych, a zwłaszcza w jego części dolnej i tylnej (przy *commissura MEYNERTI*), opona miękka okazuje się zgrubiałą i mocno naciezoną drobnymi komórkami. To nacieczenie biegnie z opony wzdłuż przegród łączno-tkankowych *epi-* i *peri-* neuralnych do środka nerwu. Ilość małych naczyń w niej znacznie powiększona. Po jednej stronie skrzyżowania i dalej wzdłuż *tractus opticus* leży niewielkie naczynie, przedstawiające bardzo charakterystyczne zmiany. Światło wypełnione krążkami i bryłkami barwnika krwi. Dalej idzie pierścieniowato pas, zabarwiony karminem mocno na czerwono, wprost purpurowo. Budowy jego histologicznej bliżej dopatrzyć się trudno (włóknik?). W jednym półkolu jest on nieco grubszy i widać w nim rozrzucone duże jądra, barwiące się na kolor blado-niebieski, w drugim — pas ten jest ścięcieli, poprzerwany. Od pasa tego ciągną się wewnątrz do światła naczynia mocno czerwone przegrody, pomiędzy którymi leżą czerwone krążki krwi. Błon oddzielnych w ścianie tego naczynia wyodrębnić nie można. Po przez szczeliny i przerwy w pierwotnym pasie wychodzą czerwone krążki krwi, które gęsto zalegają wokoło na znacznej przestrzeni, dając obraz krwotoku wewnątrz-ściennego. Pomiedzy czerwonymi krążkami krwi leżą liczne mniejsze lub większe jądra, barwiące się blado na kolor niebieski, niekiedy z odcieniem fioletowym. Dalej na zewnątrz poza szerokim pasem czerwonych ciałek krwi ciągnie się pierścieniowato złożony z kilku smug pas, barwiący się mocno na czerwono (włóknik?); pomiędzy temi smugami, jak również nazewnątrz od nich, mnóstwo czerwonych krążków krwi.

Pomiędzy tak wybitnie zmienionem naczyniem a nerwem wzrokowym ciągnie się gruby pas tkanki, przedstawiającej wszelkie cechy gumatyczne. Cała tkanka podzielona jest na liczne pola o wejrzeniu mas serowatych, szarych, niebarwiące się prawie wcale, a oddzielone jedne od drugich cienkimi smugami, mocno czerwonymi. Niektóre z tych smug leżą naokoło mas serowatych w kilku miejscach zupełnie współśrodkowo. W środku pól przy bliższem wejrzeniu widać drobną siatkę, a w oczkach jej rozrzucone gdzieśniedzie blado zabarwione na niebiesko jądra.

W innem miejscu obok mas zserowaciałych widać dość duże ognisko, złożone przeważnie z t. zw. komórek ziarnistych (*Fettkörnchenzellen*), dużych, o jednym lub dwu jądrach, z drobną granulacją w środku. Pomiędzy nimi tu i owdzie widać czerwone ciała krwi i limfocyty.

Tam, gdzie zserowacenie w owym pasie jest mniej wybitne, widać kępki mocno czerwonych mas (włókniak?), a pomiędzy nimi mnóstwo drobnych, mocno zmienionych naczynek. W niektórych z nich warstwa śródbłonkowa poprzerrywana, z mocno napęczniałymi komórkami, leży swobodnie w świetle naczyń; na zewnątrz od niej naokoło leży mnóstwo czerwonych ciałek krwi, które również wypełniają ściany tych naczyń; pomiędzy nimi widać białe ciała krwi, barwiące się bardzo blado na niebiesko. Serowato zwyrodniała i nacieczona opona miękka zrasta się w tem miejscu z *chiasma*; nacieczenie drobno-komórkowe, rozpad i wybroczyny krwawe zajmują na dość znacznej przestrzeni przekroju poprzecznego tkankę nerwu wzrokowego. Nacieczenie opony miękkiej, jak również przegród łączno-tkankowych, widać na znacznej przestrzeni w jednej części *chiasma*, jak również w jednym *tractus opticus* na przestrzeni kilku centymetrów.

Barwienie metodą WEIGERT-PAHL'a wykazuje w odpowiednim miejscu w *chiasma* zupełny zanik osłonki rdzennej i zwyrodnienie włókien nerwowych, ciągnące się na niewielkiej przestrzeni w jednym *tractus opticus*. Nerwy wzrokowe, t. j. części, idące od skrzyżowania do gałki ocznej, oprócz nieznacznego nacieczenia drobno-komórkowego na obwodzie, zmian żadnych nie przedstawiają.

*

*

*

(C. d. n.).

DRGAWKI PORODOWE

(*Eklampsya*)

w świetle badań współczesnych.

Podał

D-r med. Włodzimierz Popiel.

Zarządzający miejskim przytułkiem położniczym.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 48).

Napad drgawek rozpoczyna się zwykle raptownie. Jak już wspominaliśmy, eklampsyi podlegają zwykle pierwiastki i nie, jakby się zdawało, organizmy słabe, chorowite, lecz przeciwnie osobniki silne, dobrze zbudowane i odżywiane, wogóle

Med. Nr. 49.

będące w kwitnącym stanie zdrowia. Na zasadzie istniejących teorii, kobiety, które przechodziły zapalenie nerek lub mają t. n. *ren gravidarum* albo też cierpienia wątroby, jednym słowem, w których ustroju funkcje przemiany materii i narządów wydaliniowych są zakłócone — przedstawiają grunt bardziej podatny do wybuchu drgawek. Jako objawy niepokojące uważać należy anurę, obrzęki części płciowych, nóg, powiek. Taką samą rolę zwiastunów pełnią ogólne zdenerwowanie, drgania oddzielnych mięśni lub całych grup, bóle głowy, żołądka, wymioty, te ostatnie uważać można jako odruchowe pozbycie się przez żołądek trujących substancji (DÉLORE, OLSHAUSEN). Często istnieje także osłabienie pamięci, niekiedy bardzo znaczne, oraz zaburzenia wzrokowe, dochodzące do pełnej amau-rozy. RAPCZEWSKI spostrzegał przypadek drgawek, gdzie przed każdym napadem zjawiała się ślepota, ustępująca po napadzie. Niekiedy, analogicznie do napadów padaczki, zjawia się przed drgawkami rodzaj jakby powiewu (aury). Często bardzo napady drgawek pojawiają się odrazu z całą gwałtownością bez okresu, zwiastującego cierpienie. Zwykle zaczyna się napad od lekkich drgań mięśni twarzy (*m. orbicularis. palp.*), oczy zataczają łuk do góry i zwrócone są w słupek, drgawki zaczynają obejmować coraz większe przestrzenie ciała, aż na koniec występują wyraźnie i gwałtownie z wybitnym charakterem toniczno-klonicznym.

Twarz sinieje, zęby zacięte, na ustach zjawia się piana, często zabarwiona krwią, język często skaleczony, wskutek kurczowego szczękocisku, oddech krótki, chrapliwy, chora jakby z wysiłkiem chwyta powietrze. Odruch rogówki ginie, czucie skórne i mięśniowe wzmożone, na koniec następuje zupełna utrata przytomności.

Niekiedy spostrzegać można niewielkie wynaczynienia podskórne, zjawiające się zwykle tylko w bardzo ciężkich przypadkach. Atak trwa zwykle od $\frac{1}{2}$ do 2 i 3 minut, stopniowo drgawki ustają, oddech robi się wolniejszym, przytomność wraca powoli i tylko po pierwszych napadach. W przypadkach ciężkich chora i w przerwach jest zupełnie nieprzytomna. Liczba napadów jest bardzo względna, opisywano przypadki śmierci po jednym napadzie. MARTIN widział 70 ataków u jednej eklamptyczki, BRUMMERSTAEDT 81, a DEPAUL 160.

Niekiedy odrazu, a zawsze po pewnym czasie, następuje zapaść, z której chore tylko z wielkim trudem mogą wrócić do przytomności.

Przy sprzyjających warunkach, kiedy liczba i natężenie napadów nie jest zbyt wielkie, drgawki stają się coraz słabszymi i następują w coraz większych odstępach czasu, i chora powoli może wrócić do zdrowia. W przypadkach zaś ciężkich, przy coraz silniejszych i częstszych napadach, przy coraz większej zapaści zjawia się obrzęk płuc, osłabienie serca, często porażenia i na koniec — śmierć.

Istnieją pewne dane, że niekiedy objawy duszności, zapaści, porażenia mają miejsce bez wybuchu drgawek, wtedy mamy t. n. *eclampsie fruste* CHARLES'a.

Wogóle można zauważyć silne wzmożenie pobudliwości odruchowej (odruchy skórne, kolanowe).

Często spotykamy się z wybuchem napadów przy rozmaitych manipulacjach, wykonywanych około chorych bez uspienia. Spostrzegano wybuchy napadów przy ukłuciu igłą strzykawki PRAVAZ'a.

Do jakiego stopnia wrażliwość układu nerwowego jest wzmożona — świadczą przypadki, gdzie badanie zewnętrzne wywoływało ataki (WERNICH) niekiedy w kilkanaście godzin po ostatnim napadzie (STYPIŃSKI).

Tętno zawsze jest małe, często znikające pod palcem i zawsze szybkie, częste a niewyraźne. Częstość tętna wzrasta przed i opada po napadzie, tak że nie-

kiedy można, wyczuwając tętno, przewidzieć zbliżający się atak. Naprężenie ścian tętnicy jest zwykle zmniejszone (STUMPF).

Ciepłota ciała w większości przypadków jest zwykle nieco wyższa, niż normalnie, podczas samego napadu podnosi się jeszcze cokolwiek. Spotkać można nierzadko ciepłotę, dochodzącą do 40 stopni i wyżej.

Zaznaczyć jednakże tu trzeba, że istnieją spostrzeżenia, przeczące jakiemukolwiek związkowi między samem cierpieniem, napadami i podwyższeniem ciepłoty (HERMANN).

Nadzwyczaj ciekawe są zmiany, zachodzące w sprawie przemiany materii podczas drgawek porodowych; odbija się to najwyraźniej na ilości i jakości moczu. Zwykle ilość moczu jest stale zmniejszona, tak że czasami dochodzi do zupełnej anuryi. Ciężar gatunkowy za to zwiększa się (SEEGER) i dochodzi do 1020 a nawet 1037.

Jeden z najczęstszych stosunkowo objawów stanowi białkomocz. Według PAUPERTOW'a białko w moczu spotyka się w 80% wszystkich przypadków, WINCKEL podaje 84%, SCHAUTA 85,6%, GOLDBERG 90,79% a LANTOS 91,3%.

Czy i o wiele te cyfry mają rację bytu, trudno powiedzieć, tembardziej, że i u zupełnie normalnych położnic często spotykamy się z pewną zawartością białka w moczu. LANTOS twierdzi, że przeciętnie białkomocz pojawia się u 18,57% ciężarnych, MIKSCHIK podaje 19%, BLOT 19,5%, LITZMANN 20%. CROSTI nazywa tego rodzaju białkomocz hyperfunkcyjnym. Częściej zjawia się białko w moczu pierwiastek, niż powtórnie rodzących. A zatem widzimy, że białkomocz podczas ciąży i porodu spotyka się stosunkowo dość często i może wcale nie zależeć od jakichkolwiek zmian tkanki nerkowej (SOROKIN-SZCZERBIN, SAFT).

Z tego, co powiedzieliśmy, wynika, że nie zawsze białkomocz w eklampsji można kłaść na karb samego cierpienia, wielkie albowiem pytanie, czy u tegoż samego osobnika bez eklampsji również nie zjawiłoby się białko w moczu. Niejakim potwierdzeniem tego przypuszczenia są dane, dotyczące przypadków drgawek porodowych, gdzie nie spostrzegano wcale białkomoczu (CHARPENTIER, INGERSLEV i inni).

Z tem wszystkim jednak fakt pojawiania się białka w moczu w eklampsji jest ustalony, GUENIOT twierdzi nawet, że stopień toksemii znajduje się w prostym stosunku do ilości białka.

Ilość białka nie jest jednakowa podczas całego przebiegu cierpienia, wzrasta podczas napadów i spada po ustaniu tychże, największa ilość, jaką obserwowano, jest, zdaje się, 2,5% (S. FLATAU, STUMPF). Białkomocz znika stosunkowo dość prędko, często w 12—24 godzin po ostatnim napadzie niema go już wcale, co jednak nie przeszkadza, że może zjawić się przy pewnych warunkach, HAULTAIN obserwował eklamptyczkę, u której w ciągu kilku miesięcy po porodzie pojawiał się białkomocz w czasie, odpowiadającym zwykłej menstruacji.

Skład chemiczny białka, wydzielanego przez nerki eklamptyczek, zdaje się być dość rozmaitym. HERMAN obserwował 12 przypadków drgawek z białkomoczem, w dwóch z nich była bardzo duża ilość paraglobuliny, obie te chore wyzdrowiały. U trzech z tej samej grupy paraglobuliny w moczu było znacznie mniej, niż zwykle, z nich dwie zmarły, a trzecia została przy życiu, lecz z ciężkim bardzo zapaleniem nerek. Spostrzeżenie to zdaje się do pewnego stopnia być w związku z obserwacjami, donoszącymi o obecności i działaniu globulin w krwi eklamptyczek. Cechą szczególną białka, wydzielanego podczas drgawek, ma być nadzwyczaj łatwa jego rozpuszczalność za dodaniem nieznacznej ilości kwasu octowego, co ma stanowić różnicę od białka, zwykle w moczu znajdowanego.

Mocz eklamptyczek stale ma wysoki stopień kwasoty, zwiększa się również ilość kwasu moczowego, zjawia się leucyna i tyrozyna⁶⁾ i wogóle nieutlenione produkty życiowej działalności komórek organizmu chorej (SCHILDKNECHT).

Badania STUMPF'a dowiodły, że często mamy cukromocz, a krzywa ilości cukru idzie prawie równolegle z krzywą białkomoczu, t. j. zwiększa się przed napadami i zmniejsza po ustaniu.

Ilość mocznika jest bardzo rozmaita i może być znacznie niższa, jak również i wyższa od normalnej zawartości.

Inne składniki zdają się niewiele różnić od zwykłego stosunku, zaznaczyć należy jeszcze pojawianie się acetonu (PALMER) i kwasów żółciowych.

W osadzie moczu spotykamy wałeczki nerkowe ziarniste i szkliste, które jednak prędko stosunkowo znikają — co dowodzi, że nerki położnic, cierpiących na drgawki prędko *ad integrum* wracają. Bardzo często również spotykamy komórki nabłonkowe w stanie rozpadu lub zwyrodnienia oraz białe i czerwone ciała krwi.

Bardzo ważne jest spostrzeżenie A. GAUTIER, który jeszcze w r. 1886 zauważył obecność leukomain w moczu ciężarnych. MASSEN, szczegółowo prowadząc rozbiór moczu eklamptyczek, znalazł zawartość leukomain $1,22\frac{0}{00}$ do $6,54\frac{0}{00}$, gdy normalnie przypuszczamy zaledwie $0,5\frac{0}{00}$.

Bardzo być może, że to właśnie te substancje są powodem wielu nerwowych objawów u położnic i eklamptyczek, zwłaszcza, jeśli przypuścimy, że utleniające własności krwi są jednocześnie znacznie obniżone podczas wybuchu drgawek. Jak wiadomo, wątroba silnie cierpi podczas eklampsji, a zatem cały szereg produktów przemiany materji, podlegających w zwykłych warunkach zneutralizowaniu w wątrobie, przedostaje się do krwiobiegu i tym sposobem powoduje przyjęte obecnie powszechnie zatrucie krwi.

Twierdzenie to ma dużo danych za sobą, zwłaszcza, jeśli przypomnimy sobie wyniki nowych prac J. EJGER'a i J. HOPADZE nad zachowaniem się wątroby względem aromatycznych produktów gnicia w kiszka. Cierpienie wątroby jest bezwątpienia również powodem spotykanej podczas drgawek cholemmi a także jest przyczyną zwiększenia we krwi ilości mocznika, która według BUTTE dochodzi podczas lekkiego przebiegu do $0,038\%$ a nawet $0,096\%$ (normalnie $0,016$ — $0,020\%$). W ciężkich przypadkach zawartość mocznika we krwi jest prawie zwyczajna, według dowodzeń BUTTE, zjawisko to zależy od zniszczenia znacznej ilości tkanki wątroby, która wtedy nie wytwarza prawie wcale mocznika, a ztąd i ilość tej materji we krwi jest niska. Spostrzegano niejednokrotnie we krwi methemoglobinę oraz leucynę (SCHILDKNECHT). Ciśnienie krwi w tętnicach podczas drgawek wzmagą się i to dość znacznie.

VINAY (1894) dowiódł, że u kobiet, dotkniętych białkomoczem, ciśnienie wynosi do 18—20 ctm. rtęci w sfigmomanometrze POTAIN'a, gdy u ciężarnych prawidłowych jest ono zwykle aż do chwili rozpoczęcia porodu. VAQUEZ i NOBECOURT stwierdzili ten fakt i dodają, że podczas napadu drgawek ciśnienie wzmagą się i dochodzi do 25 ctm., w przerwach zmniejsza się, nie dochodząc jednak do normy. Obniżenie ciśnienia jest zwiastunem ustania napadów. To właśnie wzmożone ciśnienie może być powodem tak licznie spotykanych podczas drgawek wycieczek i wylewów w mózgu, nerkach i wątrobie.

Z ustaniem jednak napadów niebezpieczeństwo jeszcze nie przechodzi zupełnie. Najczęściej mamy po eklampsji do czynienia z cierpieniami nerek. Według

⁶⁾ Których obecność jest dowodem rozpadu złożonych ciał białkowych w silnie wstrząśniętym ustroju i stoi w związku z ciężkimi porażeniami wątroby (STUMPF).

statystyki LOEHLEIN'a z 248 pozostałych przy życiu eklamptyczek spostrzegano zapalenie nerek w 22 przypad., t. j. 9,27⁰/. Rzadziej nieco zdarzają się następne cierpienia umysłowe w postaci mniej lub więcej ostrej manii, melancholii lub obłądki halucynacyjnego. LOEHLEIN podaje stosunek omawianych cierpień na 5,24%, OLSHAUSEN na 5,5%, według tego ostatniego częściej mamy do czynienia z psychozami, powstałymi na gruncie *pyaemia puerperalis* lub też *endocarditis ulcerosa*. Według danych BRAUN'a, WIEGER'a, SEEGER'a oraz poprzednich dwóch, przecięciowo otrzymamy 31 przypadków psychoz na 515 spostrzeganych drgawek, co czyni 6⁰/. Ciężkość przebiegu drgawek nie zdaje się mieć wpływu na pojawianie się psychozy, jak również i obecność białkomoczu, aczkolwiek przyjęte jest istnienie pewnego związku między cierpieniami nerek a psychozami. Psychozy zwykle wybuchają na drugi lub trzeci dzień po ustąpieniu zapaści. Rokowanie zwykle jest dobre; przy użyciu bromków i chloralu chore wkrótce przychodzą do siebie (OLSHAUSEN).

Wspominane wyżej cierpienia narządu wzroku mogą również przez pewien czas trwać, najczęściej w postaci mniejszej lub większej ślepoty (SEEGER, ELJASZEWICZ).

To samo się zdarza ze spostrzeganą niekiedy amnezyą. BIDON, który stosunkowo dużo spostrzegał przypadków amnezyi *post eclampsiam*, podzielił według natężenia cierpienie na trzy stopnie: 1) zapominanie oddzielnych słów i liczb, 2) częściowe lub zupełne niepamiętanie przebiegu porodu, 3) zapominanie całego okresu ciąży i położu, a nawet czasów przed zamążpójściem.

JOCOS obserwował po napadach drgawek zupełną utratę pamięci całego życia, chora zapomniała zupełnie czytać i pisać, po miesiącu zaledwie powoli zaczęła wracać pamięć wydarzeń, osób i t. d.

Z innych komplikacji spotykamy t. zw. Schluckpneumonie oraz posocznicę. Przyczyna tej ostatniej leży, rzecz prosta, w trudności zastosowania zwykłych nawet środków ostrożności przy wijącej się w napadach drgawek chorej. Posocznica jest prawdopodobnie powodem wyższej odsetki śmiertelności przy drgawkach w dawniejszych wykazach statystycznych.

Czy karmienie przez eklamptyczki niema jakiego wpływu na niemowlęta — nie wiemy. Istnieje jedna tylko praca GAMULIN'a z paryskiej kliniki BAUDELOQUE'a, według której dzieci karmione przez matki, dotknięte białkomoczem, nie zdają się na tem zbyt tracić. Przeciętny dzienny przyrost wagi wynosił mniej więcej około 35 grm., co nie zbyt różni się od danych normalnych.

Rozpoznanie drgawek porodowych jest łatwe: objawy choroby, nagłość napadów, krótkotrwałość, typowy przebieg, zapaść, anurya oraz częste powtarzanie się napadów, wszystko to razem tworzy nadzwyczaj charakterystyczne cechy, rzadko pozwalające się mylić temu, kto raz choćby miał możność spostrzeżenia przebiegu tego wstrząsającego cierpienia ⁷⁾.

Trudność niekiedy w różniczkowaniu mogą przedstawiać napady padaczki i histeryi, które jednakże rzadko zdarzają się podczas ciąży, a tembardziej porodu (SCHROEDER, ELLIOT). Bardzo ważnym, a li tylko przy drgawkach zdarzającym się objawem jest białkomocz. Histeryę łatwo odróżnić po przytomności chorej, nie tak typowym przebiegu drgawek oraz po istnieniu odruchów żrenicznych, czego brakuje przy drgawkach.

Napady padaczki nie następują tak szybko jeden po drugim, oprócz tego zawsze mamy pewne dane z wywiadów.

⁷⁾ Że jednakże niekiedy mogą się nasuwać pewne wątpliwości co do istoty choroby, dowodzi przypadek, opisany przez SOŁOWIEWA, gdzie lekarz wziął drgawki porodowe za otrucie.

Niekiedy można być wprowadzonym w błąd przy istniejącem zapaleniu opon mózgowych (WINCKEL, FRITSCH), ale anamneza i wysoka ciepłota ciała ułatwiają rozpoznanie. Drgawki, spowodowane istnieniem nowotworów w mózgu a także zjawiające się w następstwie ostrej małokrwistości lub zatrucia np. alkoholem, nie przedstawiają żadnych trudności w różniczkowaniu.

Rokowanie przy drgawkach jest wogóle bardzo poważne, na 23 przypadki spostrzegłem 5 zejść śmiertelnych. Odsetki jednakże śmiertelności wahają się u rozmaitych autorów w dość dużych granicach np.

BIDDER	17,3 ⁰ / ₀	LINDFORS	24,0 ⁰ / ₀
C. BRAUN	31,0 ⁰ / ₀	LITZMANN	25,0 ⁰ / ₀
CHARLES	24,42 ⁰ / ₀	LOEHLEIN	23,0 ⁰ / ₀
DOHRN	29,0 ⁰ / ₀	MORAWČIK	10,7 ⁰ / ₀
DUEHRSEN	25,0 ⁰ / ₀	PAUPERTOW	20,83 ⁰ / ₀
ESKELIN	19,33 ⁰ / ₀	SEEGER	18,71 ⁰ / ₀
GOLDBERG	24,7 ⁰ / ₀	SCHREIBER	19,7 ⁰ / ₀
HOFMEIER	39,4 ⁰ / ₀	SPAETH-SCHAUTA	36,5 ⁰ / ₀
KNAPP	4,5 ⁰ / ₀	VEIT	21,6 ⁰ / ₀
LANTOS	28,3 ⁰ / ₀		

Mniej więcej 20⁰/₀ z podlegających drgawkom porodowym kobiet umiera. Według LOEHLEIN'a tylko w 11,6⁰/₀ śmiertelnych zejść przyczyną jest sama eklampsja, reszta zaś zależy od częstych tu komplikacji i cierpień następnych. Z tych przyczyn drugorzędnych najczęściej spotykamy się z wylewami krwi w mózgu, dalej z obrzękiem płuc, upadkiem działalności serca oraz posocznica.

BAILLY spostrzegł śmierć wskutek zaduszenia podczas napadu własnym chorej językiem, który, zagjawszy się nadzwyczajnie w tył, zamknął zupełnie otwór krtaniowy.

DUEHRSEN widział śmierć w 45 godzin po ostatnim napadzie wskutek żołądkowego krwotoku. Przy rokowaniu siła i częstość napadów zdaje się mieć pewien wpływ, jak to widać z zestawionej przez B. FRIEDEMANN'a tablicy.

Liczba napadów	Liczba przypadków	Zejsć śmiertelnych	%
1—10	152	36	23,6%
11—20	62	17	27,4%
21—30	24	12	50,0%
31—40	17	13	76,4%
41—50	5	3	60,0%
51—60	3	3	100%
61—70	—	—	—
71—80	1	1	100%

Przy ilości napadów większej, niż 20, jest połowa zejść śmiertelnych. Jednakowoż, jak wszędzie, tak i tu nie brak wyjątków: ROSENSTEIN widział wyzdrowienie po 81 napadach, a DUEHRSEN i PFANNENSTIEL widzieli zejście śmiertelne po jednym tylko ataku. DUEHRSEN jest zdania, że rokowanie znacznie się pogarsza, gdy mamy więcej, niż 10 napadów, GUERICH za to odrzuca zupełnie możliwość rokowania na podstawie liczby napadów.

(C. d. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 31 października r. b.

TREŚĆ: 1) W. MIKLASZEWSKI—O zmiennej nierówności źrenic (*Mydriasis alternans*).

Dla należytego zrozumienia zaburzeń w szerokości źrenic prelegent przedstawił w głównych zarysach budowę narządów nerwowych, zawiadujących ruchem źrenic. Na przedstawionym szemacie mówca rozpatrzył: łańcuch odruchu świetlnego, którego włókna czuciowe przebiegają w nerwach wzrokowych i krzyżują się częściowo, potem zaś idą w szlakach do ośrodków w okolicy 3-ej komory, ztąd wychodzą włókna MEYNERT'a, łączące te ośrodki z ośrodkami nerwu okoruchowego. Gałązka ruchowa przebiega w nerwie okoruchowym i przechodzi przez splot rzęskowy przed przebieciem gałki ocznej. Prócz odruchu bezpośredniego na światło spostrzegamy odruch pośredni (przy podrażnieniu jednego oka — w drugim); zjawisko to, t. zw. odruch współczulny, zależy od niezupełnego krzyżowania się włókien czuciowych łańcucha odruchowego świetlnego, wskutek czego obydwie ośrodki okoruchowe są unerwione przez jeden nerw czuciowy.

Zjawisko to kol. MIKLASZEWSKI nazywa współodruchem świetlnym. Zwężacz źrenicy jest nadto w związku z mleczem. Nie tylko światło samo przebiega, lecz i wyobrażenie światła i ciemności sprowadza zwężenie lub rozszerzenie źrenicy; musi przeto zachodzić łączność pomiędzy zwężaczem źrenicy i korą mózgową.

Przystosowanie źrenicy do odległości (*accomodatio*) nie jest odruchem, ponieważ niema tutaj łańcucha czuciowo-ruchowego. Pobudzenie korowe sprowadza zbieżność oczu, a zwężenie źrenicy przy tem jest ruchem towarzyszącym. Jest to więc współruch. Ośrodki rozszerzacza źrenicy są położone na wysokości 6 pary nerwów szyjowych do 1 pary piersiowych. Gałąź czuciową tego odruchu stanowią wszystkie nerwy czuciowe i włókna czuciowe w rdzeniu oraz idące od kory; gałąź ruchowa przebiega od korzonków przednich do splotu szyjowego, tworzy potem *plexus caroticus*, następnie gałązka przechodzi przez ganglion GASSERI i przez splot rzęskowy w postaci nerwów rzęskowych długich do oka. Wpływy duchowe na rozszerzanie się źrenicy wskazują związek jej z korą. Szerokość źrenicy jest wielkością nie stałą. Równość źrenic w obu oczach zależy, podług kol. MIKLASZEWSKIEGO, od skrzyżowania niezupełnego włókien czuciowych łańcucha odruchowego świetlnego, wskutek czego obie źrenice nawet przy jednostronnem oświeceniu są jednocześnie czynne.

Takiej łączności czynnościowej niema w układzie odruchu współczulnego, dla tego też nierówność źrenic przy zachowaniu ich odruchów, współruchów i współodruchów zależy, podług kol. MIKLASZEWSKIEGO, najprawdopodobniej od sprawy chorobowej w układzie odruchu współczulnego.

Zjawisko zmienności w nierówności źrenic, polegające na tem, że raz jedna, drugi raz druga źrenica bywa rozszerzona lub zwężona, tłumaczy sobie kol. MIKLASZEWSKI przez podrażnienie i przedrażnienie łańcucha odruchu współczulnego, wskutek czego raz działa on silnie, innym zaś razem jest w stanie chwilowego wyczerpania, przyczem łańcuch odruchu świetlnego bierze nad nim górę. Termin dla omawianego zjawiska: *mydriasis saltans* nie obejmuje całości zjawiska; nierówność źrenic zmienna nie odpowiada również całości obrazu klinicznego. Kol. MIKLASZEWSKI sądzi, że najodpowiedniejszy byłby termin: nierówność źrenic zmienna naprzemienna.

Omawiane zjawisko jest uważane za objaw, wskazujący cierpienie organiczne układu nerwowego (wiąd. porażenie, przymiot i t. d.). Nieliczni tylko autorowie spostrzegali je u neurasteników, w chorobach narządów wewnętrznych, nawet u ludzi zdrowych; lecz zawsze uważają je za „*signum mali ominis*“ i za objaw bardzo rzadki.

Kol. MIKLASZEWSKI spostrzegał to zjawisko w ciągu 2 lat ostatnich w 20 przypadkach. Na 120 zbadanych starców kol. MIKLASZEWSKI znalazł nierówność źrenic u 15, a zmienność tego objawu u 5. Prelegent spostrzegał to zjawisko: 1) w 2 przypadkach u ludzi zupełnie zdrowych, 2) u 2 mężczyzn młodych i zdrowych z objawami nerwobólu, 3) w 4 przypadkach histeryi u kobiet, 4) w 2 przypadkach ogłupienia starczego, 5) w 2 przypadkach wiađu rdzenia, 6) w jednym przypadku: zapalenia nerek, wady serca, gośćca ostrego, gruźlicy, w 2 przypadkach wiađu starczego, i w 2 — stwardnienia naczyń.

Kol. MIKLASZEWSKI stawia następujące wnioski: 1) „Nierówność źrenic zmienna jest zjawiskiem dość częstem wbrew istniejącym poglądom. 2) Zjawiać się może w różnym wieku, nie wyłączając starczego, chociaż w tym ostatnim jest wyrażona słabo. 3) Zdarza się nietylko w chorobach nerwowych i wewnętrznych, lecz bywa i u całkiem zdrowych, nie jest zatem objawem chorób organicznych nerwowych. 4) Jest objawem cierpienia czynnościowego (nerwicą) układu współczulnego“.

W dyskusyi kol. Wł. JANOWSKI zaznacza, że jedną z chorych, opisywanych przez kol. MIKLASZEWSKIEGO, obserwował w r. 1897 przez czas dłuższy; rozszerzenie to jednej, to drugiej źrenicy u tej chorej występowało codziennie naprzemian, czyli było naprzemiennie. Kol. JANOWSKI uważał zjawisko to za jeden z objawów histeryi, a więc za zaburzenie natury czynnościowej. Przemawiał za rozpoznaniem histeryi u tej chorej cały szereg danych z wywiadów i wynik badania podmiotowego.

Co do nazwy tego zjawiska, to kol. JANOWSKI jest zdania, że kol. MIKLASZEWSKI słusznie proponuje nazwę: „nierówność źrenic zmienna naprzemienna“.

Zdaniem kol. Wł. GAJKIEWICZA, obserwacye kol. MIKLASZEWSKIEGO są niezmiernie ważne. Kol. GAJKIEWICZ przypomina, że są osoby, które mogą, kiedy chcą, zwęzać źrenice. Co się tyczy 2 przypadków z nerwobólami, podanych przez prelegenta, to, zdaniem kol. GAJKIEWICZA, nie można ich zaliczyć do kategorii chorych ze zmienną nierównością źrenic.

Kol. L. BREGMAN jest zdania, że nierówność źrenic w większości przypadków, a zwłaszcza w tych, w których jest zmienna, bywa zależna wprawdzie od niejednakowego unerwienia nerwów współczulnych, w niektórych jednak razach jest ona prawdopodobnie następstwem różnicy w rozwoju lub unerwieniu ośrodków mózgowych, będąc analogiczna do nierównej innerwacji nerwów twarzowych; dotyczy to zwłaszcza osobników, którzy i pod innymi względami przedstawiają pewne cechy degeneracyjne. Również jak i stała nierówność źrenic, objaw ten dawno już nie jest uważany, jako właściwy wyłącznie cierpieniom organicznym. Nie jest on jednak zawsze, jak to utrzymuje kol. MIKLASZEWSKI, li tylko czynnościowym. Przeczy temu choćby 5 spostrzeżeń, podanych przez prelegenta u starców, u których niemniej prawdopodobne są zmiany w ośrodkach.

Kol. Jan PILTZ zaznacza, że w 4 przypadkach *dementiae praecoxis catalonicae* spostrzegał w ciągu kilku miesięcy zmiany w źrenicach; w ciągu jednego dnia źrenice u tych chorych zmieniały się kilka razy. Kol. PILTZ przypomina, że są 3 rodzaje nierówności źrenic: 1) stała, która nie jest objawem patognomicznym, 2) nierówność źrenic zmienna: jedna źrenica pozostaje bez zmiany, druga zaś rozszerza się, czy też się zwęża; ma to miejsce w migrenie, po atakach epilepty-

cznych, w nerwobólach i t. d., 3) specjalna forma nierówności źrenic, kiedy obie źrenice zmieniają się nierównomiernie.

Co do znaczenia nierówności źrenic zmiennej, zdania dotychczas są podzielone. W przyszłości będzie rzeczą ważną określić, czy objaw ten jest natury czynnościowej, czy też bywa przejawem choroby organicznej.

Kol. J. PIOTROWSKI zapytuje, czy prelegent uwzględnił w pracy swej objawy ze strony stanu ogólnego w tych przypadkach? Następnie prosi o wyjaśnienie, dla czego nie oddzielił w szemacie tego, co jest pewne, od tego, co jest problematyczne, i czy zawsze w przypadkach *myosis* bywa porażenie układu sympatycznego.

Kol. NUSBAUM tak częstych zmian nierówności źrenic nie spostrzegał i sądzi, że 2-letnia obserwacja nie wystarcza, aby stanowczo można wnioskować o tem, czy objaw ten jest natury czynnościowej, czy też może być zwiastunem cierpienia organicznego. Kol. NUSBAUM zapytuje, czy zmienność nierówności źrenic nie jest w związku z połowicznymi zmianami w czuciu?

W odpowiedzi kol. MIKŁASZEWSKI zaznacza, że już dawno zwrócono uwagę na to, że u tabetyków w czasie silnych napadów bólów zwężone źrenice mogą się rozszerzać.

W odczycie swym kol. MIKŁASZEWSKI nie omawiał etiologii zjawiska, lecz jego stronę anatomo-fizjologiczną. Zaznaczył jednak, że szereg przyczyn bliżej nie znanych, jak przekrwienie miejscowe, zatrucia ogólne i miejscowe mogą spowodować nierówności źrenic zmienną. Do rzędu tych przyczyn zaliczyć należy nerwobóle, wzruszenia psychiczne i t. d.

W wieku schyłkowym najmniej można mówić o zaburzeniach czynnościowych, chociaż w tych razach przy pewnym stanie sprawności ustroju zmiany na tle miażdżycy naczyń należą niemal do stanu fizjologicznego.

W pracy swej, która niebawem ukaże się w druku, kol. MIKŁASZEWSKI uwzględnił odnośne piśmiennictwo.

Aug. Łogucki.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 18 listopada r. b.

Na posiedzeniu odczytano projekt kwestyionariusza w sprawie kąpeli publicznych i czystości ludu. Dotąd zdołano dowiedzieć się zaledwie o 3 łaźniach wiejskich, a i to dwie z nich nie są czynne. D-r A. Sawicki przystał opis łaźni w cukrowni w Leonowie. Łaźnia ta, wzniesiona przed 4 laty według planu Obrębowicza i Mateckiego, kosztem 2,270 rb., czynna jest w piątki i soboty. Podczas kampanii korzysta z niej darmo 30—60 osób dziennie, po kampanii 10—20. Przeciętnie wypadaloby 5 kąpeli rocznie na robotnika. Koszt roczny utrzymania łaźni wynosi 175 rb. Prócz łaźni Leonów posiada łazienki na Wiśle dla robotników, wzniesione przed 20 laty kosztem 1000 rb.; koszt ich utrzymania wynosi rocznie 80 rb.

Nadesłano dane, dotyczące czystości służby folwarcznej w paru wsiach gub. Płockiej. Dane te brzmią smutno. Nawet dzieci przy piersi kąpią się zaledwie przez pierwsze 2—4 tygodnie życia codzień lub co drugi dzień. Później jeszcze przez kilka miesięcy do roku kąpią je raz lub dwa razy na tydzień. Przesąd wrzucania brudnych pieluszek do kąpeli — żeby się dziecko lepiej chowało — wśród

ludu mało jest rozpowszechniony. Po za wiekiem niemowlęstwa kąpeli ciepłych nikt nie bierze, chyba w chorobie, jako środek leczniczy. Wanę zastępuje wtedy beczka lub kadź. Czeszą się i myją dokładnie wodą z mydłem lub naparem z popiołu drzewnego na ogół tylko na niedziele i święta. Do codziennego mycia twarzy i rąk mężczyźni wodę, nabraną do ust, puszczają z nich na złożone dłonie; dla dzieci często służy ciepła woda, pozostała po płukaniu i obieraniu kartofli. Miednicę zwykle zastępuje miska od jedzenia lub szaflik od zmywania statków. Ręcznik wyjątkowo tylko bywa używany. Z kąpeli rzecznych i stawowych kobiety, a zwłaszcza ludzie starsi, mało korzystają. Wogóle z wiekiem coraz mniej dbają o czystość. Koszule zmieniają raz na tydzień; bieliznę na pościeli i słomę w siennikach 3—4 razy na rok. Gruntowne mycie izby odbywa się przy bieleniu ścian (3 razy na rok). Zamiatanie izby codziennie. Tu i owdzie zamiast nocników służą kupki śmiecia w kącie izby. Okna nigdy się nie otwierają. Statki myją codziennie i to dokładnie.

D-r ŁAZAROWICZ odczytał rzecz o ratowaniu w nagłych wypadkach na prowincyi. Wskutek nieznamomości najprostszych zasad ratownictwa, ginie u nas mnóstwo ludzi. Żąda, żeby wykłady o ratownictwie dodawane były do nauki higieny, żeby były obowiązkowe w szkołach technicznych, agronomicznych i leśnych. Odczyty popularne o ratownictwie należy urządzać, gdzie się tylko uda, a zwłaszcza już w towarzystwach sportowych, strażach ogniowych ochotniczych, warsztatach kolejowych. Z książek odpowiednich najlepsze jest w naszym piśmiennictwie tłumaczenie odczytów ESMARCH'a. W rozprawach zwracano uwagę, że odczyty takie byłyby pożądane przy kursach ogrodniczo-pszczelniczych (p. Kuczalska), że pożądane byłyby towarzystwa ratownicze, zwłaszcza w osadach fabrycznych, na wzór niemieckich samarytańskich (D-r ZWEIFBAUM), że należałoby ściślej opracować i ograniczyć plan takich wykładów, aby nie stały się źródłem partactwa lekarskiego (D-r JAWORSKI).

D-r JAKIMIAK zwrócił uwagę, że wskutek braku własnego organu Tow. higienicznego wiele cennych referatów ginie — nie dostaje się do druku, inne zaś — drukowane po różnych pismach, trudno będzie w razie potrzeby odnaleźć.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Posiedzenie z d. 12 listopada r. b.

Posiedzenie to, jako tysiączne od założenia Towarzystwa, było poświęcone prawie wyłącznie odczytom historycznym.

1) Prezes, kol. WYZGO, otworzył posiedzenie piękną mową, w której, uczciwszy pamięć znakomitych założycieli Towarzystwa, opisał założenie jego i pierwsze posiedzenie. Odtąd Towarzystwo pracowało tak naukowo, jak i praktycznie, nie pomijając żadnej sprawy, odnoszącej się do zdrowotności kraju. Wydawało dzieła naukowe, popularyzowało pojęcia higieniczne, występowało z inicjatywą zwalczania epidemii. Rozwój naukowy osłabiło zniesienie uniwersytetu, i, następnie, akademii w Wilnie; od r. 1885 Towarzystwo znów zaczęło się ożywiać. Powstała sekcya sanitarna, laboratorium, znacznie wzrosła liczba członków. Pamięć założycieli Towarzystwa uczczono powstaniem.

2) Sekretarz, kol. CZARKOWSKI, odczytał nadesłane przez członka honor. kol. BIELIŃSKIEGO „Stosunek Towarzystwa do społeczeństwa w pierwszym dwudziestopięcioleciu jego istnienia (1805—1831)“. Głęboki wpływ Towarzystwa zaznaczył się podniesieniem poważania dla nauki wogóle, a dla medycyny i lekarzy

w szczególności, zabieraniem głosu w sprawach zdrowotnych, zwalczaniem mistyków i mesmeryzmu, osłabieniem przesądów kastowych. Zwróciło ono uwagę na wadliwość szkół wogóle i żeńskich w szczególności, żądało wprowadzenia wychowania fizycznego dla młodzieży, założyło instytut szczepienia ospy (1808), pierwszy w Europie, i instytut macierzyństwa (1809), który udzielał pomocy biednym rodzącym w ich mieszkaniach. Swoją działalnością Towarzystwo pozyskało zaufanie rządu i społeczeństwa i stało się najwyższą instancją w sprawach higieny i zdrowotności.

3) Kol. STRZEMIŃSKI opisał epidemię duru wysypkowego, jaka panowała na Litwie w r. 1812—1813. Skupienie znacznej liczby ludzi, brak żywności, złe warunki zdrowotne, następnie odwrót bezładny francuzów, którzy napełnili Wilno i okolice masami chorych i trupów, spotęgowały złośliwość epidemii. Prawie całe Wilno zamieniło się w jeden szpital. Za najskuteczniejsze lekarstwo przeciwko durowi uważano wówczas emetyk, który stosowano także przeciw bezwładom, występującym po durze. Rozumiano dobrze zaraźliwość duru, jak w ogóle chorób epidemicznych, wiedzano, że wojny i głód sprzyjają jego powstawaniu; obok tych przyczyn ŚNIADECKI przyjmował jeszcze inną: zejście się różnych narodów, jak to bywa podczas wojny.

4) Kol. ZAHORSKI miał odczyt o Józefie FRANKU, jako profesorze i działaczu społecznym. Jako dyrektor kliniki terapeutycznej, podniósł ją do rzędu najlepszych w Europie, wykształcił wielu profesorów, którzy zajęli katedry w uniwersytecie wileńskim, wypierając Niemców. Studentom chętnie pomagał nauką i pieniędzmi. Mając ogromną praktykę, zapisywał szczegółowo historie chorób, które wraz ze spostrzeżeniami klinicznymi posłużyły mu za materiał do licznych dzieł naukowych. Badał kraj pod względem klimatycznym, topograficznym i zdrowotnym, dał początek zbieraniu wiadomości statystycznych o chorobach i śmiertelności. Jednocześnie odegrał wybitną rolę w towarzystwie wileńskim, urządzał koncerty na cele dobroczynne i rozwijał zamiłowanie do muzyki. Swoją działalnością podniósł w oczach publiczności stanowisko lekarza, pogardzane w tych czasach. W obec jego przymiotów i zasług nikną ujemne strony charakteru, o których prelegent w krótkości nadmienił.

5) Kol. STEMBO pokazał i darował Towarzystwu fotografie röntgenowskie, przedstawiające guz w śródpiersiu, nogi olbrzyma, wykazujące znaczną grubość kości, i krtań obojnaka męskiego, pokazanego przez kol. DILLON'a na posiedzeniu d. 12 września; krtań miała cechy męskie. J. S.

ODCINEK.

BŁĘDY W RECEPTURZE I ICH SKUTKI.

Napisał

D-r C BINZ.

Profesor, Radea tajny i Dyrektor instytutu farmakologicznego w Bonn.

Z drugiego wydania tłómaczyli D-r L. W.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 48).

V. Zapisywanie złych pigułek.

Pigułki stanowią dla dorosłych pacjentów najwygodniejszą, najdokładniejszą i najczystsza postać farmaceutyczną. Jednak lekarz powinien umieć je przepisać, w przeciwnym bowiem razie otrzymuje kruche, zbyt miękkie lub zbyt

twarde, zbyt grube lub zbyt cienkie, rozkładające się same w sobie lub pozwalające ulatniać się głównym substancjom i t. p. W najlepszym razie pigułek takich nie podobna łykać, lub też pozostają one zupełnie bez skutku; nieraz zdarza się jednak, że szkodzą choremu.

20) R. KOBERT opowiada w swym podręczniku receptury o przypadku, w którym przepisane pigułki były tak twarde, że, przy osłabionem zwłaszcza trawieniu pacyenta, w całości przechodziły przez przewód pokarmowy, a kilka z nich zatrzymało się w wyrostku robaczkowym, powodując śmiertelne zapalenie otrzewny.

Kto nie dba o trawienie pacyenta wogóle, a pigułek w szczególności, ten niechajże zapisuje pestki od wisien lub szklane perełki. Jeżeli lekarz przepisze jakieś niemożliwe ciasto pigułkowe, w takim razie bardziej od niego na tem polu doświadczony aptekarz powinien poprawić błąd, o ile, naturalnie, przyczem istota przepisu nie ulegnie przeistoczeniu. W każdym jednak razie powinny być pewne granice podobnych błędów, popełnianych codziennie.

W ostatnich latach leczą krzywicę fosforem, podawanym codziennie w ilości $\frac{1}{2}$ — 1 miligramma, z dobrym skutkiem nawet przy złych warunkach higienicznych. Niekiedy lekarze zapisują fosfor w pigułkach (zamiast w mieszance), zapominając o niezbędnej w tym wypadku twardej otoczce, wskutek czego utlenia się lub ulatnia się z miękkiej masy, a lekarz i pacjent napróżno czekają na dobre skutki lekarstwa, widoczne w tych przypadkach, w których recepta bez błędu została napisaną i wykonaną.

VI. Przepisywanie zbyt wielkich dawek, szczególnie dzieciom.

Ponieważ urzędowa farmakopea nie podaje dawek maksymalnych dla dzieci, a tylko dla dorosłych, przypuszczać przeto należy, że lekarz, opierając się na nauce i doświadczeniu, sam sobie wybierze najstosowniejsze dawki, odpowiednie dla mało odpornego, a tak rozmaitego wieku dziecięcego. Tak też w istocie bywa, nie zawsze jednak.

21) U pewnego 20-miesięcznego dziecka wskazany był kalomel w małych dawkach. Lekarz, czy to przez nieświadomość, czy też przez pomyłkę, zapisał kilka dawek po 0,5 każda. Naturalnie już po pierwszym proszku wystąpiło straszne rozwolnienie, które jeszcze bardziej osłabiło i tak już słabe i chore dziecko.

22) Pewne słabe dziecko, u którego podejrzewano istnienie robaków, otrzymało w ciągu 48 godzin 0,5 santoniny, czyli najwyższą dzienną dawkę dla dorosłego, jakiej bez wykrzyknika (!) nie wolno przepisywać. Dziecko dostało silnych drgawek i umarło wskutek tego. Może być, że pół gramma santoniny, rozdzielonej na całe dwie doby, nie zaszkodziłoby dziecku zdrowemu, lecz niestety, w tym przypadku dziecko od kilku dni prawie nic nie jadło, kiszkki były przeto puste, a santonina, zamiast przejść przez nie, rozpuściła się w alkalicznym soku kiszkowym i zatrula organizm.

Wogóle dzieci są bardzo skłonne do drgawek, wobec czego ostrożnym być należy przy zapisywaniu środków, mogących je przy zbyt wielkiej dawce wywoływać.

23) Chłopcu pięcioletniemu zapisano przeciw nocnemu moczeniu się pięć dawek saletranu strychniny, po 0,005 każda, co wieczór jeden proszek. Gdy to nie pomogło, przepisano nowych sześć proszków, każdy po 0,006, wieczorem 1—2 proszki. Po zażyciu pierwszego z tych nowych proszków, dziecko dostało drgawek i umarło. Poniżając, że dawka 0,006 strychniny bardzo jest bliska ustanowionej dla dorosłych najwyższej dawki (0,01), zapomniano, że w tym przypad-

ku ośrodki nerwowe dziecka były już poprzednio silnie podrażnione dziesięciu dawkami strychniny, nowa przeto dawka przepełniła pełne już naczynie¹⁾. Lekarzowi wytoczono sprawę sądową, która jakimś cudem pomyślnie się dlań skończyła.

24) Pewien lekarz wyczytał w podręczniku chorób dziecięcych HENOCH'a, że w przypadkach porażeń mięśniowych, pozostających niekiedy po błonicy, zastrzykiwania strychniny okazują doskonałe działanie. Przy tem jednak źle zrozumiał słowa autora, gdzie powiedziano, że do wyleczenia wystarcza 0,012—0,02 (t. j. na całą kurację, a zatem ilość ta powinna być podzielona na kilkanaście mniejszych dawek), przepisał więc 1% roztwór siarczanu strychniny (dziwnym wypadkiem nie saletrzan strychniny, który jest oficynalnym przetworem) i pełną strzykawkę PRAVAZ'a, czyli 0,01, zastrzyknął pod skórę 4½-letniemu chłopcu, przekraczając tym sposobem maksymalną dawkę, przeznaczoną dla dorosłych. Po dziesięciu minutach dziecko zmarło. Sądy skazały lekarza na 3 miesiące więzienia, w drodze łaski zamieniono karę na 6 tygodni twierdzy.

Niedostateczne zwrócenie uwagi na ustanowioną najwyższą dawkę strychniny, jakoteż zapomnienie o strasznie trującym działaniu tego leku, demonstrowaniem co rok na wykładach farmakologii, jakoteż szybkie zapisanie recepty—sprowadziły nieszczęście na dzielnego skądinąd lekarza, a pacjentowi jego zgottały śmierć.

Oto kilka przykładów błędnego zapisywania recept, zebranych przeze mnie w Niemczech w ostatnim dziesięcioleciu. Z łatwością dałoby się szereg ich przedłużyć. A ileż to takich wypadków nie wychodzi wcale na światło dzienne, zaś skutki ich pokrywa milcząca ziemia!

Jeden tylko, mojem zdaniem, istnieje sposób, zapobiegający wedle możliwości podobnym błędom; jest nim klinika, w której każdy praktykant powinien zalecane przez siebie lub przez klinicystę lekarstwa natychmiast zapisać na papierze, receptę zaś poddać kontroli i krytyce klinicysty, tak jak to dawniej bywało. W ten sposób praktykant wdroży się do przyszłej swej działalności praktycznej. W życiu codziennem wymaga się nawet od młodego lekarza, by bez długiego namysłu, tem mniej zaś bez radzenia się książki, naprędce wyciągniętej z kieszeni, zapisywał receptę i wskazywał sposób użycia lekarstwa. A zatem i w szkole, t. j. w klinice i w poliklinice, trzeba uczyć sposobu zapisywania racjonalnych recept, podobnie jak uczyć dyagnostyki, symptomatologii i t. p.

Zadaniem farmakologa—zapoznać studenta z teorią i praktyką zasad i szczegółów piśmiennego zapisywania lekarstw, wobec czego w każdym uniwersytecie wykładana bywa receptura i ucza pisania recept, lecz zadaniem klinicystów—wyrobić w praktykantach pewnego rodzaju doświadczenie. Klipicysta łatwiej da sobie z tem radę, niż nauczyciel farmakologii, obecność bowiem chorego w klinice nadaje wykładowi i egzaminowi daleko większe znaczenie i powagę.

Przytoczone powyżej przykłady dowodzą, że ostrzeżenia moje nie są zbyt czne, niespodziane zaś powodzenie niniejszej pracy, (drukowanej pierwotnie, jako artykuł w Nr. 48 Berlin. klin. Woch. 1897), wydanej w postaci odbitki wskutek żądania pewnego wybitnego niemieckiego klinicysty, przekonywa mnie o jej pożyteczności.

¹⁾ Ponieważ strychnina bardzo wolno wydziela się z ustroju, skutkiem czego łatwo nagromadza się w nim, przeto przy dłuższem jej stosowaniu należy być bardzo ostrożnym. C. BINZ, Farmakologia. 12 wydanie, 1894. Str. 67.

Wiadomości bieżące.

— Ruch na polu budowy uzdrowisk dla niezamożnych suchotników w ostatnich latach objął niemal całą Europę i Amerykę. Przodują w tym kierunku Niemcy, gdzie sprawą tą kieruje komitet, na którego czele stoi kanclerz niemiecki, książę Hohenlohe; protektorat nad komitetem objęła cesarzowa. Stwiernieniem tego stowarzyszenia stanęło w Niemczech 17 uzdrowisk, zaś 8 wybudowały towarzystwa ubezpieczeń. W tych 25 sanatoriach znajduje pomieszczenie około 1700 suchotników. Do liczby istniejących już w Niemczech uzdrowisk przybędą w roku bieżącym i przyszłym jeszcze 26, których budowa już została lub wkrótce będzie rozpoczęta, 22 z nich powstaną z ofiar publicznych, 4 zaś—z funduszków towarzystw ubezpieczeń. Te 26 sanatoriów obliczone są w przybliżeniu na 2000 chorych. Za rok więc Niemcy będą w stanie dać pomoc w specjalnych uzdrowiskach prawie 4000 suchotników. Liczba zaiste, imponująca, jaką żadne z cywilizowanych państw świata poszczycić się nie może. Austria bowiem ma dotychczas jedno sanatorium, Szwajcarya—3, na Węgrzech i w Szwecyi wkrótce mają powstać po 3, Norwegia ma 1 uzdrowisko gotowe, a drugie rozpoczęte, Holandya—1, Francya—1 gotowe i 3 rozpoczęte, Rosya—3 w Finlandyi, Anglia właściwych sanatoriów dla suchotni-

ków jeszcze nie posiada, Ameryka rozporządza 5-ma. A my, zdaje się, dalecy jeszcze jesteśmy od urzeczywistnienia wielokrotnie już przez lekarzy naszych rzucanej myśli o potrzebie uzdrowisk dla suchotników.

— W lecie roku zeszłego miejscowość kuracyjna Inselbad przy Paderbornie (Niemcy) zmieniła właściciela, który zakład z gruntu odnowił i zamienił na uzdrowisko, odpowiadające wszelkim i słusznym nowoczesnym wymaganiom. Zakład leczniczy uwzględnia przezważnie leczenie astmy, które w ostatnich latach, stosownie do zmienionych poglądów na istotę tej choroby, zostało zmienione. Bliższych szczegółów o nowych urządzeniach i o pięknym położeniu dowiedzieć się można z prospektu, który można otrzymać bezpłatnie. Urządzenia dla kuracyi zimowej, która dla astmatyków ma ważniejsze znaczenie, niż kuracya letnia, stanowią bardzo pożądany nabytek. W zakładzie kąpielowym znajdujemy wszystko, co pojmujemy pod ogólnem mianem fizycznej terapii. Komunikacya bardzo dogodna, gdyż Paderborn leży na głównej linii kolejowej — Berlin - Kolonia.

— „Nowiny Lekarskie“ od dnia 1 stycznia 1900 roku wychodzić będą co dwa tygodnie przy powiększonym składzie członków redakcyi.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1900 i o uregulowane zaległych rachunków.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowości lekarskich“ Nr. 10 księgarni G. Sennewalda w Warszawie.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою, Варшава 25 Ноября 1899 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.