

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO 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 Administracja „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. Kopeczyński. (Ciąg dalszy). — Drgawki porodowe (Eklampsja) w świetle badań współczesnych. Podał W. Popiel. (Ciąg dalszy). — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 7 listopada r. b. — Z TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 3, 17 i 9 listopada r. b. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — ZMARLI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ”
GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

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

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

„MEDYCYNĄ”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r St. Kopeczyński — 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. 49).

Jeżeli zechcemy teraz zreasumować wyniki badania tak klinicznego, jak i anatomo patologicznego, to przedstawią się one mniej więcej w sposób następujący:

Chora, dotknięta przymiotem, zaczęła doznawać stopniowego zaniku władz umysłowych. Po dwóch latach choroby nastąpił atak apoplektyczny z następ-

czym bezwładem połowicznym. Po kilku tygodniach pojawiło się porażenie nerwu okoruchowego prawego. Pomimo energicznego leczenia przeciwprimiotowego (wtarto 72,0 maści szarej i podano wewnętrznie kilkadziesiąt gramów jodu potasu) poprawy stanu nie otrzymano prawie wcale. Zniechęcenie umysłowe (*dementia*) trwało w dalszym ciągu, tylko ruchy prawej gałki ocznej stały się nieco swobodniejszymi, i ogólna waga ciała nieco się zwiększyła. Szerokość i oddziaływanie źrenic na światło podlegały ciągłym wahaniom. Przez cały czas obserwacji chora z wyjątkiem kilku dni wogóle nie gorączkowała. Zmarła chora po całorocznym pobyciu w zakładzie wskutek przewlekłej sprawy zapalnej w nerkach i wyczerpania mięśnia sercowego.

Badanie makro- i mikroskopowe wykazało dwa ogniska rozmiękania w okolicy torebek wewnętrznych z wtórnym zwyrodnieniem dróg piramidalnych, zajęcie specyficzne podstawy mózgu, nieco opony miękkiej, nerwu okoruchowego prawego i w słabym stopniu lewego, zajęcie skrzyżowania się nerwów wzrokowych, głównie zaś wybitne zajęcie mniejszych i większych naczyń, biegnących wzdłuż podstawy mózgu. W rdzeniu, oprócz zwyrodnienia pęczków piramidalnych, żadnych zmian nie znaleziono.

Biorąc rzecz zgruba, przypadek nasz nic nadzwyczajnego nie przedstawia. Przy bliższym jednak rozpatrzeniu zasługuje on na bardziej szczegółowy rozbiór.

Wyborny znawca przymiotu układu nerwowego OPPENHEIM¹⁾ w swej wyczerpującej monografii o tym przedmiocie wspomina, iż najczęstszą i najlepiej scharakteryzowaną postacią przymiotu układu nerwowego centralnego jest t zw. *meningitis cerebro-spinalis*. Przymiot ma albo jednocześnie atakować mózg i rdzeń, albo też rozwijać się na drodze zstępującej lub wstępującej. Liczne jednak badania autorów tak obcych, jak i naszych (GOLDFLAM, GAJKIEWICZ, ORŁOWSKI) świadczą, iż może on ograniczać się albo jedynie do mózgu, albo też jedynie do rdzenia. W naszym przypadku, pomimo kilkoletniego trwania choroby żadnych zmian specyficznych w rdzeniu nie znaleźliśmy.

Sadowiąc się w mózgu, przymiot, jak to już oddawna zaznaczał VIRCHOW, zajmuje przeważnie jego podstawę. Zdaniem badaczy, którzy, jak JULLIARD, uważają przymiot za cierpienie przeważnie układu limfatycznego, zjawisku temu sprzyja niezwykle bogactwo przestrzeni limfatycznych między- i podoponowych w t. zw. *trigonum interpedunculare*, obok skrzyżowania się nerwów wzrokowych i t. p. W naszym przypadku również mieliśmy do czynienia z *meningitis basilaris syphilitica*, w którym jednak poza nieznacznym zajęciem opony miękkiej i większym nerwów, leżących u podstawy mózgu, głównie widzieliśmy zmiany w naczyniach. Postać naczyniowa przymiotu mózgu dowodzi sprawy rozlanej, cechuje się ciężkimi objawami, zbliżonymi bardzo do paraliżu postępującego, i daje, jak to już zaznaczali HEUBNER, LÖWENFELD i NAUNYN, najgorsze rokowanie²⁾.

¹⁾ OPPENHEIM. Die Syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. W IX tomie szczegółowej patologii i terapii NOTHLAGA. Wiedeń 1896.

²⁾ Porówn. notatkę SOKOŁOWSKIEGO „Przypadek zapalenia przymiotowego tętnic mózgowych“ Gazeta lekarska 1883. Objawy mózgowe—ogólna apatia, przytępienie władz umysłowych, niezwykła senność—wystąpiły w 4 miesiące po zarażeniu, a w 10 miesięcy przy potęgowaniu się tych samych objawów bez porażen ogniskowych chory zmarł. Badanie pośmiertne wykazało stwardnienie i zwężenie wszystkich tętnic u podstawy mózgu. Podobny przypadek, gdzie chory zmarł w 7 miesięcy od chwili zarażenia przy objawach przymiotu naczyń mózgowych, opowiedział na posiedzeniu W. T. L. w dniu 6. IX. 98 kol. KOZERSKI, przedstawiając odpowiednie preparaty.

Oprócz stopniowego zaniku władz umysłowych wskutek upośledzonego odżywiania mózgu ta postać naczyniowa charakteryzuje się jeszcze i tem, że daje objawy ogniskowe — najczęściej wskutek spraw rozmiękczenia. W naszym przypadku mieliśmy takich ognisk kilka; umiejscowiły się one, jak to najczęściej bywa, w zwojach ośrodkowych istoty szarej, a dotknąwszy torebki wewnętrznej, dały objawy porażenia, przyczem po stronie prawej, wskutek małych zmian, objawy te były bardzo nieznaczne, po stronie lewej niedowład był bardzo wyraźny.

Po kilku tygodniach pobytu chorej w zakładzie wystąpiło porażenie nerwu okoruchowego prawego, i powstała w ten sposób t. zw. *hemiplegia alternans superior*. Gdyby porażenie nerwu okoruchowego nastąpiło nie podczas obserwacji, a wcześniej, to w braku wywiadów możnaby było przypuszczać, iż obraz kliniczny *hemiplegiae alternantis* wywołany został przez jedno ognisko, umiejscowione w odnodze mózgowej, które zniszczyło zarówno drogi piramidalne, jak i część wewnątrz-mózgową nerwu okoruchowego. U nas jednak, jak widzimy, *hemiplegia alternans* zależała od dwóch odmiennych i oddzielnych spraw: rozmiękczenia torebki wewnętrznej i nacieczenia przymiotowego nerwu okoruchowego po tej samej stronie u podstawy mózgu. Dwa podobne przypadki, gdzie *hemiplegia alternans* zależała również od dwóch oddzielnych przyczyn, opisuje OPPENHEIM ³⁾, jeden — UHTHOFF. Z dwunastu przypadków *hemiplegiae alternantis*, zebranych przez UHTHOFF'a z literatury, w 9 istniało ognisko w odnodze mózgowej (w 5-iu — gumat, w 4-ch rozmiękczenie), w 3-ch zaś pozostałych ognisko znajdowało się w moście.

Porażenie nerwów okoruchowych w przymiocie jest rzeczą powszechnie znaną. Już GRAEFE wspomina, że ze 160 przypadków porażenia nerwu okoruchowego więcej niż połowę sprowadzał do przymiotu. RICORD i FOURNIER nazywają porażenie nerwu okoruchowego „la signature de la vérole” — oznaką przymiotu. ALEXANDER powiada, iż co najmniej 72% jego przypadków porażenia nerwu okoruchowego, zwłaszcza jednostronnego, zależało od przymiotu. UHTHOFF, który przedmiotowi temu poświęcił specjalną monografię, powiada, iż na 250 zebranych przez niego przypadków przymiotu mózgu (100 własnych spostrzeżeń z 17 sekcyami, 150 — z literatury) — porażenie nerwów okoruchowych notowano w 90 przypadkach, przyczem w 37 jednostronne, w 37 obustronne, w 16 w kombinacji z *hemiplegia alternans*. Najczęściej porażenie nerwów okoruchowych zależy od sprawy specyficznej na podstawie mózgu, jak to było w naszym przypadku, i dotyczy albo całego nerwu, albo jego oddzielnych gałęzi, np. *rectus sup.*, dając *ptosis*. Niekiedy jednak chodzić tu może o sprawę czysto jądrową, a zdaniem SIEMERLING'a, który szczegółowo zbadał pod względem anatomo-patologicznym 10 przypadków jądrowego porażenia nerwów okoruchowych w paraliżu postępującym, 15% przypadków *ophthalmoplegiae exterioris* jest pochodzenia przymiotowego. Również nie należy zapominać, że i *ophthalmoplegia exterior* może być pochodzenia nie jądrowego, a obwodowego. Zbierając się u podstawy mózgu w jeden pień, niektóre włókna tego nerwu, a jak w danym przypadku włókna dla zwieracza tęczówki i mięśnia rzęskowego, mogą być zaoszczędzone. Przypuszczają niektórzy, że to samo da się powiedzieć i o *ophthalmoplegia interna*, a przynajmniej o zwrotnej nieruchomości źrenic, jako jedynym objawie zaję-

³⁾ OPPENHEIM. Nachtrag zur Mittheilung über die oscillirende Hemianopsia bitemporalis als Kriterium der basalen Hirnsyphilis. Berliner Klinische Wochenschrift. 1888. Nr. 29.

cia odpowiednich gałązek nerwu okoruchowego (patrz niżej). Jak to widać z historyi choroby, i nerw blokowy (*n. trochlearis*) po stronie prawej był dotknięty. Badanie anatomiczne nie wykryło jednak zmian ani w jądrze tego nerwu, ani w jego pniu. Prawdopodobnie ten cienki nerw został dotknięty sprawą specyficzną gdzieś w dalszym swym przebiegu, być może, u wejścia do szczeliny oczodołowej. Wogóle nerw ten stosunkowo rzadko bywa dotknięty, zaledwie, jak to wykazuje statystyka, w 5% przypadków przymiotu mózgu.

Co się tyczy nerwu wzrokowego, to klinicznie, o ile stan chorej pozwalał na odpowiednie zbadanie, nie przedstawiał on żadnych zaburzeń (o zwrotnej nieruchomości źrenic będziemy mówili poniżej); tarcza nerwu wzrokowego przedstawiała się przez cały czas choroby zupełnie prawidłowo. Przy badaniu anatomicznym znaleziono sprawę gumatyczną w ulubionem miejscu, u podstawy *chiasma*, i pewne nacieczenie przymiotowe samego skrzyżowania się nerwów wzrokowych.

Z zestawień UHTHOFF'a, które przytacza OPPENHEIM, wynika, że nerw wzrokowy bywa dotknięty w 30—40% przypadków przymiotu mózgu. Na 150 przypadków z sekcją stwierdzono klinicznie 15 razy zastoinę tarczy nerwu wzrokowego, 7 razy *neuritis optica* i 10 razy zwykły zanik. Zdarza się jednak, że istnieją zaburzenia wzrokowe bez zmian oftalmoskopowych na dnie oka, zwłaszcza wtedy, gdy sprawa przymiotowa dotyczy *chiasma*. Najczęściej mamy wtedy różne postacie hemianopsyi.

Prawdopodobnie i w naszym przypadku mieliśmy jakieś braki w polu widzenia, których zniedołężnienie umysłowe chorej nie pozwalało wykryć. Przypuszczać również możemy, iż, w razie dłuższego trwania sprawy chorobowej, mielibyśmy tę lub inną postać hemianopsyi,—być może, ze względu na zajęcie środkowej części *chiasma* i na wahanie się objawów, *hemianopsia bitemporalis fugax*, jak to opisał OPPENHEIM⁴⁾, następnie zaś zmiany w nerwie uwidoczniłyby się za pomocą oftalmoskopu czy to pod postacią *neuritis optica*, czy też brodawki zastoinowej, czy wreszcie t. zw. zaniku zstępującego. Zanik pierwotny nerwu wzrokowego i ślepotą zupełną w przymiocie mózgu należą do niezwyklej rzadkości, gdy tymczasem przejściowe osłabienie wzroku, a nawet czasowa ślepotą są rzeczą częstą.

Z innych szczegółów naszego przypadku zasługują na uwagę brak gorączki z wyjątkiem kilku dni, w które chora przechodziła influencję, i silne pragnienie (*polidipsia*), objawy, notowane zresztą prawie stale w sprawach przymiotowych na podstawie mózgu.

Chora nasza, jak to wiadomo, przedstawiała od pierwszych chwil wybitne osłabienie władz umysłowych (*dementia*); jeżeli przypomnimy sobie znalezione u niej cielesne objawy, to nie będziemy się wcale dziwili, iż na początku rozpoznano paraliż postępujący. Bo istotnie: nierównomierność i częsty brak oddziaływania ze strony źrenic, porażenie nerwu okoruchowego (zwyrodnienie jąder nerwu okoruchowego spotykamy nieraz w paraliżu postępującym⁵⁾, porażenia spastyczne ze strony kończyn po jakimś ataku apoplektycznym (zwyrodnienie dróg piramidalnych bocznych czy to pierwotne „endo-

4) OPPENHEIM. Die oscillirende Hemianopsia bitemporalis als Kriterium der basalen Hirnsyphilis. Berliner klin. Wochenschrift. 1887. Nr. 36.

5) SIEMERLING und BORDECKER. Chronische fortschreitende Augenmuskellähmung und progressive Paralyse. Archiv für Psych. und Nervenkrankheiten. 1897. T. 29, Z. 2.

genne“, czy to wtórne, należy, jak tego dowiódł WESTPHAL, także do obrazu anatomo-patologicznego paraliżu postępującego), wreszcie zaburzenia mowy, wprowadzie niezupełnie charakterystyczne, wszystko to razem wzięte z silnem zniedołężnieniem umysłem przemawiało za uczynionem rozpoznaniem. Na sekcyi jednak znaleziono prawie wyłącznie przymiot mózgu. Ten błąd dyagnostyczny pobudza nas do szczegółowszego rozpatrzenia stosunku przymiotu mózgu do paraliżu postępującego.

Że przymiot może wywoływać różnego rodzaju psychozy, o tem wspominają oddawna różni klinicyści. Już w r. 1872 WILLE w swej pracy p. t. „Die syphilitischen Psychozen“⁶⁾, powołując się na spostrzeżenia JESSEN'a, ESMARCH'a, MEYER'a, WESTPHAL'a, GRIESINGER'a i własne, powiada, że psychozy przymiotowe należą do bardzo częstych, że przybierają postać bądź manii, bądź melancholii, najczęściej zaś zniedołężnienia umysłowego, że towarzyszą im zwykle różne objawy cielesne, jak: bóle głowy, porażenia nerwów okoruchowych, porażenia kończyn, charłactwo przymiotowe i t. p. HEUBNER⁷⁾ w roku 1874 w swej słynnej monografii o zmianach przymiotowych w naczyniach wspomina również o zaburzeniach psychicznych w przymiocie mózgu i czyni je zależnemi od zaburzeń w krążeniu krwi. Spotykał on: ociężałość w myśleniu, osłabienie pamięci i zdolności kombinacyjnych, senność, obojętność, to znów drażliwość, podniecenie i t. p. OBERMEIER⁸⁾ przytacza dwa przypadki *meningo-encephalitis gummosa* na wypukłości mózgu, w których za życia istniały zaburzenia psychiczne pod postacią halucynacji, ataków furji i t. p. W przypadku POOLEY'a (cyt. u OPPENHEIM'a) podobne zaburzenia psychiczne były spowodowane przez *meningo encephalitis gummosa* w płatach potylicznych. CLOUSTON⁹⁾ w swym podręczniku psychiatrii w rozdziale p. t. „*Syphilitic insanity*“ rozróżnia niezbyt wprowadzie ściśle 4 postacie psychoz przymiotowych: 1) krótkie ataki maniakalne w drugorzędnym okresie przymiotu, 2) postać halucynacyjną, 3) zaburzenia psychiczne wskutek upośledzonego odżywiania mózgu w następstwie wybitnych zmian przymiotowych w naczyniach; opisane przez autora przypadki jeden *mania resonatoria*, drugi *paranoia halucinatoria* po kilku latach przeszły w zniedołężnienie umysłowe; sekcya wykazała zmiany przymiotowe w naczyniach mózgowych, 4) postać syfilomatyczną, kiedy gumaty, wrastając z opon w istotę mózgową, powodują napady manii, różne objawy somatyczne, wreszcie zniedołężnienie umysłowe.

MAIRET¹⁰⁾ bezwzględny przeciwnik pochodzenia przymiotowego paraliżu postępującego, w rozdziale V swej pracy „o paraliżu postępującym“ przytacza kilka własnych spostrzeżeń, w których u osobników, pod względem nerwowym dziedzicznie wcale nie obarczonych, poza cielesnymi objawami przymiotu mózgu występowały zaburzenia psychiczne pod postacią manii prześladowczej, obłądu halucynacyjnego, halucynacji wzroku, słuchu i t. p.

Sprawę psychoz przymiotowych poruszył POSTOWSKIJ¹¹⁾. Nazywa on je psychozami organicznemi, dowodząc, że u podstawy ich leżą sprawy opo-

⁶⁾ WILLE. Die syphilitischen Psychosen. Allgem. Zeitschr. für Psych. 1872. T. 28.

⁷⁾ HEUBNER. Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. Lipsk. 1874.

⁸⁾ OBERMEIER. Zur pathologischen Anatomie der Hirnsyphilis. Zeitschr. für Nervenheilkunde. 1893. T. 3. Z. 1—3.

⁹⁾ CLOUSTON. Clinical lectures on mental diseases. Londyn. 1892. rozdz. XII.

¹⁰⁾ MAIRET. De la paralysie générale. Paryż 1898.

¹¹⁾ POSTOWSKIJ. K diagnostikie sifilicznych psychoz. Obozrenije psichiatrii, niewrologii i eksperymentalnoj psichologii. 1897. Nr. 1 i 2.

nowe i oponowo-mózgowe. Zdaniem jego, mogą one dawać obraz kliniczny *mania gravis i dementia primaria* i posiadają cały szereg cech różniczkowych, zniewalających do wyodrębnienia tych psychoz w klasyfikacji chorób umysłowych.

O tem, że niektóre przypadki manii, hipochondrii szybko ustępowały pod wpływem specyficznego leczenia, spotykamy niejednokrotne wzmianki u wielu autorów.

Z kilku przytoczonych przykładów, jak również z całego szeregu innych obserwacji wynika, że cierpienia przymiotowe mózgu mogą bez wątpienia powodować różnorodne psychozy. A teraz, nie wdając się w roztrząsanie sprawy stosunku przyczynowego przymiotu do paraliżu postępującego i powołując się na odczytaną przed kilku miesiącami z tego miejsca gruntowną pracę kol. RYCHLIŃSKIEGO¹²⁾, przechodzę do rozpatrzenia następującej sprawy: czy obraz kliniczny paraliżu postępującego, którego istotę stanowi pierwotny, a może wtórny zanik pierwiastków nerwowych w korze mózgowej, może być wywołany przez zmiany przymiotowe w naczyniach, oponach i nerwach mózgowych, innemi słowy, czy t. zw. *pseudoparalysis luetica* może być wyodrębniona, jako osobna jednostka chorobowa z właściwemi sobie cechami znamionami.

W ostatnich czasach poczęto dowodzić, iż obraz kliniczny paraliżu postępującego stanowi zbiór objawów, który może być wywołany przez cały szereg różnych czynników. BINSWANGER¹³⁾ rozróżnia nawet 7 rodzajów t. zw. „*paralyseähnliche Krankheiten*“, mianowicie: 1) *psychosis polineuritica*, 2) *alcoholismus chronicus*, 3) *pseudo-paralysis syphilitica*, 4) *Dementia praesentilis*, 5) zaburzenia psychiczne w sprawach korowych wskutek stwardnienia tętnic, 6) w *encephalitis chronica progressiva*, 7) *neurasthenia*. Z tych wszystkich postaci pseudo-paraliżu najbardziej zbliżona do paraliżu postępującego ma być postać przymiotowa, zwłaszcza w tych razach, gdzie sprawom specyficznym uległy naczynia mózgowe. Upośledzając odżywianie kory mózgowej, mają one wywoływać ten sam obraz anatomo-patologiczny, jaki spotykamy w paraliżu postępującym: zastój limfy w rozszerzonych drogach limfatycznych, zwyrodnienie szkliste i koloidalne ścian naczyńiowych, zanik włókien i komórek nerwowych, zwiększenie jąder i włókien neuroglii i t. p. Klinicznie ta postać przymiotu mózgu przebiega pod postacią zniedołężnienia umysłowego (*dementia*). Podobieństwo będzie tem większe, że, jak to twierdzi MENDEL¹⁴⁾, paraliż postępujący przybiera w ostatnich czasach przeważnie tę postać. Z drugiej znów strony coraz częściej opisywane przypadki paraliżu postępującego, spotykane u dzieci i u dorastającej młodzieży (t. zw. *iuvénile Form der progressiven Paralyse*) na tle dziedzicznego przymiotu ma, zdaniem MENDEL'a, stanowić ogniwo pośrednie pomiędzy temi dwoma cierpieniami

HOMEN¹⁵⁾ np. opisuje 3 przypadki, dotyczące jednego rodzeństwa, gdzie, jak przypuszcza, na tle *lues hereditaria tarda* rozwinęły się w 12-ym,

¹²⁾ RYCHLIŃSKI. Przyczyny powstawania bezwładu postępującego. Nowiny lekarskie. 1899. Nr. 7, 8 i 9.

¹³⁾ BINSWANGER. Die Pathogenese und Abgrenzung der progressiven Paralyse der Irren von erwandten Formen. Neurologisches Centralblatt. 1897. Nr. 18.

¹⁴⁾ MENDEL. Welche Veränderungen hat das Klinische Bild der Paralyse in dem letzten Decennium erfahren? Neurol. Centralblatt. 1898. N. 22.

¹⁵⁾ HOMEN. Eine eigenthümliche bei drei Geschwistern auftretene typische Krankheit unter der Form einer progressiven Dementia in Verbindung mit ausgedehnten Gefäßveränderungen (wohl Lues heredit. tarda). Archiv für Psych. T. 24.

19-ym i 20-ym roku życia objawy stopniowo postępującego zniedołężnienia umysłowego z porażeniami, atakami epileptycznymi i t. p. Po 3½, 7 i 6 latach wszystkie te przypadki zakończyły się śmiercią. Badania pośmiertne wykazały zmiany specyficzne w tętnicach mózgu, ogniska rozmiękczenia w zwojach mózgowych, zgrubienia opon i zmiany przymiotowe w trzewach. Podobne przypadki opisali HUTCHINSON, MENDEL i BURY. W przypadku MENDEL'a, dotyczącym dziewczynki, stopniowy zanik władz umysłowych rozpoczął się w 9-ym roku życia wraz z innymi objawami przymiotowymi. Od czasu do czasu podczas przebiegu demencji występowały objawy maniakalnego pobudzenia. Śmierć nastąpiła w 18 roku życia. Badanie pośmiertne wykazało przymiot mózgu¹⁶⁾.

Pomimo jednak, iż t. zw. demencyjna postać przymiotu mózgu zbliżona jest bardzo do paraliżu postępującego, dwie te choroby przy bliższej analizie różnią się nieco pod względem przebiegu klinicznego, rokowania i leczenia. Przytaczany powyżej WILLE w swej pracy o psychozach przymiotowych w r. 1872 powiada, iż różnią się one pewnymi cechami cielesnymi, jak przejściowe porażenia, silne bóle głowy, charłactwo przymiotowe i t. d. ROSENTHAL¹⁷⁾ w swej monografii o paraliżu postępującym powiada, iż choć porażenie postępujące przymiotowego pochodzenia należy uważać za możliwe, to jednak posiada ono niektóre cechy znamienne, jak to, że stan ogłupienia bywa rzadko poprzedzany przez stan maniakalny lub melancholiczny, że spotykamy w niem często porażenie oddzielnych nerwów czaszkowych, przemijające bezwłady i t. p. Wreszcie, powiada on, możliwe jest powikłanie takiej psychozy przymiotowej paraliżem postępującym.

FOURNIER¹⁸⁾ powiada, iż *dementia paralytica* i *pseudoparalysis generalis syphilitica* to dwie choroby etiologicznie jednakowe, bo powstałe na tle przymiotu, lecz co do istoty, charakteru anatomo-patologicznego i przebiegu zupełnie różnorodne. *Dementia paralytica*, podług FOURNIER'a, to *parasyphilis*, to okres pochorobowy przymiotu, zależny od wytworzonych przez zarazek toksyn, tymczasem w *pseudo-paralysis syphilitica* spotykamy świeże wykwyty specyficzne. Dla tego też i leczenie przeciwpzymiotowe w paraliżu postępującym jest bezskuteczne, w *pseudo-paralysis luetica* często bardzo pomocne. W tem ostatniem cierpieniu występują objawy ogniskowe, wreszcie zaburzenia psychiczne w niem mają inny charakter.

MAIRET (l. c.), który rozbierał postać chorobową nazywa *syphilis cérébrale à forme de paralysie générale* albo *paralysie généralisée syphilitique*, przypisuje jej następujące cechy różniczkowe: 1) bóle głowy, 2) ogniska umiejscowione porażen, 3) zanik niektórych mięśni, 4) zajęcie sfery czuciowej bądź pod postacią nadczułości ogólnej, bądź pod postacią znieczulenia miejscowego, gdy

¹⁶⁾ Niedawno spostrzegaliśmy w klinice chorób nerwowych w szpitalu św. Ducha następujący przypadek: 20-letnia dziewczyna zmarła po jednodniowym pobycie w klinice przy objawach posocznicy. Z wywiadów, jakie zdołaliśmy zebrać (chora w ciągu ostatnich lat pięciu była kilkakrotnie badana w poliklinice d-ra GOLDFLAMA), okazało się, iż od 15-go roku życia zaczęła ona naraz doznawać stopniowego zaniku władz umysłowych i ogólnego drżenia. Nic więcej w ciągu lat 5 nie notowano. Badanie pośmiertne (d-r DMOCHOWSKI) wykazało cirrhosis hepatis luetica w stopniu nadzwyczaj wybitnym i dwa duże ogniska rozmiękczenia w lobus frontalis dexter i w lobus parieto-occipitalis sinister. Mieliśmy więc do czynienia z lues hereditaria tarda.

¹⁷⁾ ROSENTHAL. Paralysis progressiva. Warszawa. 1879. str. 124 i nast.

¹⁸⁾ FOURNIER. Rapports de la syphilis avec la paralysie générale. Archives générales de médecine. 1894.

tymczasem w paraliżu postępującym spotykamy najczęściej *hypalgesiam universalem*, 5) znaczne upośledzenie odżywiania, czyli t. zw. charłactwo przymiotowe.

THOMSEN ¹⁹⁾ rozbiera praktyczne znaczenie różniczkowania tych dwóch postaci chorobowych. Jak jedni, tak i drudzy chorzy kwalifikują się wprawdzie bezwarunkowo do zakładu, chorzy jednak z klasycznym paraliżem postępującym, chociaż dawniej przechodzili przymiot, nie powinni podlegać kuracji przeciwprzymiotowej, gdy tymczasem dla chorych z *pseudo-paralysis luetica* leczenie to jest bardzo wskazane.

LANCEREAUX ²⁰⁾, negujący wszelki związek przymiotu z paraliżem postępującym, powiada, iż nazwa *pseudo-paralysie générale syphilitique* jest nienaukowa i dowodzi braku kontroli anatomicznej. Przymiot mózgu jest cierpieniem *sui generis*, zależnem przeważnie od zmian specyficznych w naczyniach.

ZACHER ²¹⁾ opisuje 3 przypadki typowego pod względem klinicznym paraliżu postępującego z ogniskami rozmiękczenia w torebce wewnętrznej. Badania pośmiertne i mikroskopowe wykazały zmiany w korze mózgowej, typowe dla paraliżu postępującego, oprócz tego zmiany przymiotowe w tętnicach, tak u podstawy mózgu, jak i w korze mózgowej. Rozbierając z tego powodu stosunek przymiotu mózgu do paraliżu postępującego, autor powiada, iż nie zgadza się z RUMPF'em, który twierdzi, iż zmiany w naczyniach wskutek upośledzonego odżywiania kory mózgowej mogą wywołać obraz anatomo-patologiczny, w zupełności odpowiadający paraliżowi postępującemu. Prawdopodobnie, zdaniem autora, w tych trzech przypadkach mieliśmy do czynienia z dwiema sprawami równoległymi. Wszak niewielkie zmiany w naczyniach nawet drobnokomórkowe nacieczenie okołonaczyniowe, drobne wybroczyny i t. p., znajdują się w obrazie anatomo-patologicznym paraliżu postępującego.

FUERSTNER ²²⁾ również utrzymuje, iż przypadki *dementiae* ze sprawami ogniskowymi powinny być usunięte z dziedziny paraliżu postępującego. Leczenie specyficzne w klasycznym paraliżu postępującym szkodzi, bo sprowadza szybkie wyniszczenie, charłactwo i skraca przebieg. Dalej, u prawdziwych paralityków zmian przymiotowych w naczyniach nie znajdujemy.

RYCHLIŃSKI ²³⁾ w swym szkicu o klinicznym przebiegu bezwładu postępującego powiada, iż nie uznaje nazwy *pseudo-paralysis luetica*. W ostatniej swej pracy ²⁴⁾ tak w jednym miejscu w kwestyi tej się wyraża: „Przymiot w swym długotrwałym przebiegu wywołuje u niektórych osobników zbiór objawów, które pozwalają na rozpoznanie bezwładu postępującego; przypadki jednak tego rodzaju nie są bezwładem w ścisłym znaczeniu i powinny stanowić odrębną grupę organicznych cierpień mózgu“.

¹⁹⁾ THOMSEN. Ueber die practische Bedeutung der Syphilis-Paralyse-Frage. Zeitschrift für Psych. 1890. T. 46.

²⁰⁾ LANCEREAUX. Syphilis cérébrale. Gazette hebdomadaire de médecine. 1882.

²¹⁾ ZACHER. Ueber 3 Fälle von progressiver Paralyse mit Herderkrankungen in der inneren Kapsel. Archiv für Psych. 1888. T. 19.

²²⁾ FUERSTNER. Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Progressiven Paralyse. Arch. für Psych. und Nervenkrank. 1892. T. 24.

²³⁾ RYCHLIŃSKI. Kliniczny przebieg bezwładu postępującego. Odczyty Kliniczne. Serya IX. Z. 6 i 7. Warszawa 1897, str. 49.

²⁴⁾ RYCHLIŃSKI. Przyczyny powstawania bezwładu postępującego. Nowiny Lekarskie 1899. Nr. 7, 8 i 9.

Większość autorów niemieckich odróżnia wprawdzie rozlane cierpienia przymiotowe mózgu od paraliżu postępującego, dodając jednak, iż ostatni może rozwinąć się z pierwszych. Wielu z nich (ZIEHEN, TUCZEK, SCHÜLE i inni) żądają pozostawienia nazwy *pseudo-paralysis luetica* w tym sensie, w jakim ją podał FOURNIER.

W podręcznikach psychiatrii (KRAEPELIN'a, KRAFFT-EBING'a, KORSAKOWA, SCHÜLE'go, ZIEHEN'a, KIRCHHOF'a i innych) różni autorowie różnie zapatrują się na rozbieżną psychozę przymiotową, wogóle zależnie od zapatrywania się na rolę przyczynową przymiotu w paraliżu postępującym. Obszerniej sprawę tę przedstawia KIRCHHOF²⁵⁾. KRAFFT-EBING w swej monografii o paraliżu postępującym²⁶⁾ wykazuje trudności tego różniczkowania, powołuje się na swój przypadek²⁷⁾, opisany w podręczniku psychiatrii, jako *lues cerebri* „ähnlich dem Krankheitsbild der *Dementia paralytica*“. Przypadek ten ERLICKI, przeciwnik wyodrębniania nowej postaci chorobowej, uważa za paraliż postępujący z objawami ogniskowymi²⁸⁾.

W ostatnich czasach o rozbieżnym przedmiocie pisali WICKEL²⁹⁾ i KLEIN³⁰⁾. WICKEL opisuje 6 przypadków rozlanego cierpienia przymiotowego mózgu z zaburzeniami psychicznymi pod postacią manii wielkości, hipochondryi, zniechęcenia umysłowego i t. p., z których w 5 pod wpływem specyficznego leczenia nastąpiło znaczne, nawet długotrwałe polepszenie, jeden zakończył się śmiercią. Badanie pośmiertne wykazało, oprócz zmian w korze mózgowej, charakterystycznych dla paraliżu postępującego (zanik włókien stycznych i t. d.) jeszcze zmiany specyficzne w naczyniach, leżących u podstawy mózgu. KLEIN opisuje 7 klinicznie badanych przypadków przymiotu mózgu, w których, oprócz różnorodnych zaburzeń psychicznych, istniały objawy organicznego specyficznego zajęcia mózgowia. Na mocy badań tych dwóch autorów, jak również i innych, możemy przeprowadzić następujące różniczkowanie pomiędzy paraliżem postępującym a *pseudo-paralysis luetica*.

Strona psychiczna chorego, dotkniętego rozlaną sprawą przymiotową, zwłaszcza naczyniową, mózgu, może uleść różnym zaburzeniom. Spotykamy wtedy i wszelkiego rodzaju obłąd (prześladowczy, halucynacyjny), manię wielkości, stan melancholiczny, hipochondryczny, halucynacje słuchowe; stany te bardzo często przechodzą jedne w drugie. Na tę kapryśność psychiki i usposobienia syfilityka zwraca uwagę wielu autorów (KRAFFT-EBING, SCHÜLE); dziś taki chory jest skromny, przyzwyczajony, jutro brutalny, dziś dowcipny, jutro tępy, bez wszelkich zdolności kombinacyjnych. Jeżeli *lues cerebri* występuje odrazu pod postacią zniechęcenia umysłowego (*dementia*), co zresztą zdarza się rzadziej, (psychozy przymiotowe trwać mogą po lat kilkanaście, zanim dadzą obraz zniechęcenia umysłowego), wtedy również psychika chorego będzie się przedstawiała nieco inaczej, niż w klasycznym

²⁵⁾ KIRCHHOF. Lehrbuch der Psychiatrie. Lipsk i Wiedeń 1892, str. 450 i in.

²⁶⁾ KRAFFT-EBING. Die progressive allgemeine Paralyse. Pat. i ter. szczegół. NOTHNAGEL'a. Wiedeń 1894, str. 79.

²⁷⁾ KRAFFT-EBING. Lehrbuch der Psychiatrie. Wiedeń 1893, str. 650.

²⁸⁾ ERLICKI. Wykłady kliniczne o chorobach umysłowych. Warszawa 1897, str. 325.

²⁹⁾ WICKEL. Casuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri und Dementia paralytica nebst einem anatomischen Befunde. Arch. für Psych. und Neurol. 1898. T. 30. Z. 2.

³⁰⁾ KLEIN. Casuistische Beiträge zwischen Dementia paralytica und Pseudoparalysis luetica (FOURNIER) Monatsschrift für Psych. und Neurologie. 1899. T. 5. Z. 6 i T. 6. Z. 1 i 2.

paraliżu postępującym. Przedewszystkiem nie będziemy mieli wtedy tej głębokiej zmiany charakteru, tego zupełnego rozpadu życia duchowego, co u typowego paralityka. W *pseudo-paralysis luetica* chory nie zatracą do szczeru poczucia swej indywidualności, przeciwnie, zachowuje on, jak to zaznacza wielu autorów, przez długi czas pogląd krytyczny na swą chorobę. „Naturalnie, powiada KLEIN, u chorego z długotrwałą *pseudo-paralysis luetica* w końcu pozostają duchowe ruiny, lecz ruiny, w których jednak dopatrzyć się możemy architektoniki pierwotnej budowy, u paralityka zaś w końcowym okresie choroby, używając tego samego porównania, powiedzieć możemy, iż z dawnego gmachu duchowego pozostały jedynie tylko gruzy i rumowiska“ (l. c. str. 137). Te częściowe braki starano się objaśnić i anatomo-patologicznie: gdy w paraliżu postępującym widzimy rozlany zanik włókien stycznych, tych najważniejszych dróg asocyacyjnych, w przymiocie mózgu mamy najczęściej sprawy miejscowe, posuwające się to tu, to tam nasileniami, etapami. Ztąd ta ciągła zmiana w usposobieniu, w charakterze zaburzeń psychicznych. Mania wielkości, którą FOURNIER uważał za cechę różniczkową dla paraliżu postępującego i *pseudo-paralysis luetica*, zdarza się i w tej ostatniej chorobie.

U naszej chorej, która przedstawiała wybitne cechy zniedołężnienia umysłowego, także były widoczne pewne wahania w stanie świadomości, w usposobieniu: bywały dni, kiedy oryentowała się dobrze co do czasu i miejsca, w którym się znajduje, innym razem nie mogła zdać sobie wcale z tego sprawy. Niestety jednak, nie była ona pod względem psychicznym dostatecznie zbadana. Z innych objawów, znamiennych dla *pseudoparalysis luetica*, wymienić należy bóle głowy i bezsenność. Niekiedy przeciwnie wraz z ociężałością w myśleniu, osłabieniem pamięci, obojętnością zjawia się odurzenie i nadzwyczajna senność: chory dniami całymi może spać bez przerwy ³¹⁾.

Bardzo charakterystyczne dla *pseudo-paralysis luetica* są objawy ogniskowe, jak monospazmy, monoparezy, padaczka JACKSON'owska, porażenia połowiczne, porażenia połowiczne z zajęciem nerwów czaszkowych po stronie przeciwnej, czyli t. zw. *hemiplegia alternans cum n. oculomotorio, faciali, hypoglosso* i t. p. Ataki podobne zdarzają się i w paraliżu postępującym, zależą jednak od zmian organicznych w komórkach kory mózgowej, skutki tych napadów wyrównują się zawsze łatwo; tu zaś zależą one zwykle od gumatów w oponach lub od ognisk rozmiękczenia w następstwie zakrzepu; niekiedy przechodzą one również bez śladu, są przemijające, częściej jednak dają stałe objawy ogniskowe.

Zaburzenia mowy przedstawiają się inaczej w obydwu tych chorobach. W paraliżu postępującym mamy charakterystyczne przestawianie liter i sylab, zacinalenie się, rodzaj bezładu w artykulacji, tu zaś mowa ma więcej charakter dyzartryczny, jaki spotykamy przy zajęciu na znacznej przestrzeni torebki wewnętrznej (por. mój przypadek).

Porażenia mięśni ocznych zdarzają się w obydwu postaciach chorobowych. W paraliżu postępującym zależą one jedynie od zwyrodnień odpowiadających im.

³¹⁾ U jednego z moich pacjentów, którego widział również kol. RYCHLIŃSKI, przez długi czas jedyne objawy przymiotu mózgu była ociężałość w myśleniu i niezwykła senność. Chory całymi dniami leżał w łóżku i budził się tylko do przyjmowania pokarmów. Po trzech miesiącach, pomimo energicznego specyficznego leczenia, nastąpił atak apoplektyczny o charakterze rozmiękczenia.

wiednich jąder nerwów okoruchowych, tu zaś niekiedy wprawdzie również od tej samej przyczyny (HUTCHINSON, OPPENHEIM, SIEMERLING), głównie zaś zależą od sprawy oponowej u podstawy mózgu i od nacieczeń przymiotowych i zwyrodnień samych nerwów (por. mój przypadek).

Zwrotna nieruchomość i nierównomierność źrenic, objaw niemal stały paraliżu postępującego, w *pseudo-paralysis luetica* podlega częstym wahaniom i może służyć za ważny moment różniczkowy (por. mój przypadek; szczegóły patrz niżej).

Co się tyczy nerwu wzrokowego, to w paraliżu postępującym tylko wtedy, gdy dołączają się doń objawy wiadu rdzenia (t. zw. *Taboparalysis*), występuje prosty zanik tego nerwu; w *pseudo-paralysis luetica* zanik nerwu zdarza się niezwykle rzadko, natomiast *neuritis optica* dość często.

Ze strony czucia w *pseudo-paralysis luetica* nie spotykamy zwykle ogólnej paralitycznej hypalgezyi (mój przypadek), częściej miejscowe znieczulenia, np. w obrębie nerwu trójdzielnego, lub nadczułość.

Co się tyczy ogólnego przebiegu, to przedewszystkiem zaznaczyć wypada, iż wrzekomy paraliż przymiotowy trwa znacznie dłużej od klasycznego paraliżu postępującego. W dwóch przypadkach KLEIN'a (l. c.) trwał on po lat 15, w przypadku CLOUSTON'a ³²⁾ psychoza przymiotowa z następczem zniedołężnieniem umysłowem trwała lat 35. Wiadomo wszak, iż przymiot mózgu trwać może niekiedy bardzo długo. OPPENHEIM ³³⁾ np. podaje, iż spostrzegał zwrotną nieruchomość źrenic, jako jedyną pozostałość po przebytych przymiocie mózgu, w ciągu lat 15.

Paralysis pseudo-luetica, zwłaszcza pod wpływem specyficznego leczenia, niekiedy i bez tego, daje przerwy długotrwałe, podczas których chory przedstawia się zupełnie zdrowym. Być może, iż wielu owe przerwy w *pseudo-paralysis luetica* brało za wyleczony paraliż postępujący. Najbardziej jednak charakterystyczną cechą w rozbieganem cierpieniu jest wahanie się, ciągłe nasilenia i spadki tak objawów cielesnych, jak i psychicznych.

Przy rozpoznawaniu wiele nam pomódz może znalezienie zmian przymiotowych na skórze (blizny), w kościach (zgrubienia), w narządach wewnętrznych.

Rozpoznawszy wrzekomy paraliż przymiotowy, a nawet domyślając się go z pewnem prawdopodobieństwem, należy zaraz najpierw ostrożnie, później energicznie stosować leczenie specyficzne. Często choremu z *pseudo-paralysis luetica* możemy pomódz bardzo wiele.

(D. n.).

*

*

*

³²⁾ CLOUSTON. Clinical lectures on mental diseases. Londyn. 1892. str. 458.

³³⁾ OPPENHEIM. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin. 1898. str. 667.

DRGAWKI PORODOWE

(*Eklampsya*)

w świetle badań współczesnych.

Podał

D-r med. Włodzimierz Popiel.

Zarządzający miejskim przytułkiem położniczym.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 49).

Nie bez wpływu jest okoliczność, czy mamy do czynienia z pierwiastkami, czy z wieloródkami, dane statystyczne wykazują nam:

A U T O R	% śmiertelności	
	Pierwia- stki	Wielo- ródki.
Eskelin	20,69	14,71
Lantos	24,24	33,33
Späth-Schauta	37,3	44,8
Thomas	14,5	50,00
Veit	19,8	28,6

Ztąd, jak widzimy, odsetka śmiertelności między wieloródkami jest znacznie wyższa, czemu to przypisać, jak dotąd, nie wiemy.

Wogóle śmiertelność przy drgawkach, jako jednej z przyczyn, przedstawia nie zbyt wielką odsetkę. Według wykazów EHLER'a w Berlinie na 141,702 zejść drgawki były powodem w 70 przypadkach, co wynosi 0,049%.

Rokowanie w ostatnich czasach jest cokolwiek lepsze (INVERARDI), ważną rolę gra tu, zdaje się, terapia, bez wyróżniania jednakowoż któregośkolwiek z istniejących sposobów leczenia. Według TURNIER'a do roku 1887 śmiertelność matek wynosiła 37%, później aż do roku 1891, przy stosowaniu chloralu, chloroformu i upustów krwi, dochodziła do 38%. Gdy zaś od roku 1895, oprócz wymienionych środków, zaczęto stosować w dużej ilości mleko nawet za pomocą zgłębnika, odsetka zejść śmiertelnych spadła do 9%.

Rokowanie bywa zwykle najgorsze wtedy, jeżeli napady drgawek nie ustają po porodzie. Stosunkowo zaś jest najlepsze, jeśli drgawki, nie pojawiając się przed porodem i podczas porodu, wybuchają dopiero po porodzie. Chociaż i tutaj są wyjątki: na 6 spostrzeganych przypadków drgawek po porodzie mieliśmy 4 zejścia śmiertelne, w jednym z nich przy bardzo niewielkim białkomoczu w ciągu 8 godzin było 26 ataków w ciągłej zapaści.

Wogóle, gdy napady zaczynają stawać się krótszymi i lżejszymi, gdy przerw y są coraz większe, a czynności ustroju wracają wtedy do stanu prawidłowego może my śmielej zwiastować rychły koniec cierpienia. Po za częstością i natężeniem napadów SCHROEDER i OLSHAUSEN kładą nacisk na właściwości tętna. *Signum mali ominis* stanowi tętno drobne i częste. Podwyższenie się ciepłoty również nie zwiastuje nic dobrego, a jeśli nawet po ustaniu napadów ciepłota nie wraca do przeciętnej normy, to możemy przewidywać zejście śmiertelne (STUMPF). Anu

rya zawsze prawie jest złym zwiastunem. Co do żółtaczk, to aczkolwiek świadczą one o ciężkim porażeniu wątroby, jednakże nie zawsze idzie w parze z ciężkością cierpienia. Lecz nie na tem kończy się niebezpieczeństwo życia przy napadach drgawek. Trzeba pamiętać jeszcze o całym szeregu cierpień następujących, jak zapalenie płuc, opłucny, nerek, posocznica, które poza drgawkami mogą dać jaknajgorsze wyniki. Jako łżejsze następstwa i zwykle ustępujące le-
czeniu, wymienić należy rozmaitego rodzaju zaburzenia wzrokowe, mowy, pamięci, obłądy, porażenia i t. p.

Rokowanie co do płodu jest zazwyczaj jeszcze cięższe. Pominąwszy niebezpieczeństwo, jakie dla dziecka przedstawia sam akt porodu, pamiętać musimy, że mamy zwykle do czynienia z ustrojem płodu mocno wstrząśniętym. Stan, w jakim matka znajduje się podczas drgawek, nie może pozostać bez wpływu na dziecko. Krew matki, jaką odżywia się dziecko, przeładowana jest rozmaitemi toksynami, leukocytami, zawiera wielką stosunkowo ilość CO_2 i t. p. Nie bez wpływu na koniec jest tu terapia: często spostrzegano dzieci, urodzone podczas drgawek, w stanie zupełnego uśpienia, z którego bardzo je było trudno ocucić. Śmiertelność dzieci podaje

BIDDER	na 23,1%	LOEHLEIN	44%
CHARLES	41,88%	PAUPERTOW	24,7%
ESKELIN	33,55%	SCHAUTA	20,5%
GOLDBERG	47%	SEEGER	34,87%
LANTOS	39,29%	WINCKEL	77%

LOEHLEIN twierdzi, że przy życiu pozostaje się około 56% dzieci, po za klinikami zaś stosunek ten jest jeszcze mniej pomyślny. Znacznie gorsze wyniki otrzymujemy, jeśli drgawki pojawiają się podczas ciąży, wywołując poród, wtedy, według SCHAUTA'y śmiertelność dzieci wynosi 41,8% (por. wyżej).

Pewne dane co do rokowania daje nam według B. FRIEDEMANN'a metoda terapii. Przy leczeniu wyczekującym niebezpieczeństwo zagraża płodowi najwięcej, najmniejszą zaś odsetkę śmiertelności dzieci przy drgawkach daje cięcie cesarskie. Nie bez pewnego wpływu na życie dziecka jest liczba napadów.

Liczba napadów	Liczba przy- padków	Żywych dzieci	Martwych dzieci	%
1—5	105	93	12	11,4%
6—10	34	26	8	23,5%
11—20	32	21	11	34,3
21—30	6	2	4	66,6
30—40	1	—	1	100,0

Wysoce ciekawe są przypadki, gdzie spostrzegano u noworodków również napady drgawek (LWOW, SINAJSKI, SCHMIDT). Przypadki te zdają się potwierdzać teorię intoksykacji krwi.

Według danych anatomo-patologicznych, badania pośmiertne dzieci zmarłych przy porodach drgawkowych wykazują często zmiany zupełnie analogiczne z obserwowanymi u matek.

Leczenie. Jak wyżej widzieliśmy, drgawki porodowe dają bardzo wysoką odsetkę śmiertelności, to też oddawna zajmowano się sprawą leczenia drgawek, niestety, jak dotąd bez wielkich wyników. Istnieją nawet spostrzeżenia i zbierane odpowiednie dane statystyczne (AUVARD), dowodzące, że śmiertelność w przypad-

kach, gdzie nie stosowano żadnej terapii, wynosi zaledwie 25%, co w porównaniu z niektórymi wykazami jest stanowczo nie gorszym, a może nawet lepszym stosunkiem, aniżeli wyniki zabiegów leczniczych, stosowanych do tej pory.

Wogóle, nie mając dokładnego pojęcia o istocie cierpienia, nie możemy myśleć o jakimkolwiek racjonalnem leczeniu przyczynowem. Cała nasza pomoc, jak dotąd, ogranicza się na stosowaniu paliatywów często niezbyt skutecznych, a jeszcze częściej wątpliwą posiadających wartość.

Szczególniej właśnie w eklampsyi stwierdzić możemy, jak rozmaite, często wręcz przeciwne sobie stosowano środki, względnie do zmieniających się poglądów i panujących teorii. Nie chcąc stawać na gruncie jednostronnych, a mylnych może częstokroć zapatrywań, trudno dawać jakieśkolwiek ogólne wskazania lub przepisy leczenia drgawek porodowych.

Jak wszędzie, tak i tutaj leczenie rozpada się na postępowanie zapobiegawcze oraz leczenie istniejącego już cierpienia. Mocz zatem każdej ciężarnej powinien być badany na białko i wałeczki, i, w razie obecności jednego lub drugich, przy jednoczesnych obrzękach twarzy, nóg i rąk, surowo trzeba zalecić używanie środków zapobiegawczych, jakimi w danym razie jest spokój, odpowiednia dieta i mleko (CHARLES, CHARPENTIER, TARNIER). Pokarmy mięsne należy ograniczyć, zalecając natomiast roślinne. Wielkie usługi w tych przypadkach oddają umiejętnie stosowane kąpiele, a nawet hidropatyczne zabiegi w rodzaju zawijań w wilgotne prześcieradła i koce i t. p. (BRENS, LIEBERMEISTER). Używane obficie poprzednio suche kąpiele (CALDERINI) wyszły obecnie z użycia.

Istniejącą blednicę, małokrwistość należy usuwać przy pomocy żelaza i arsenu. Skąpą diurezę możemy pobudzić, zalecając używanie wód Fachingen, Vichy i t. p. oraz ostrożnie stosując naparstnicę. Baczna uwagę zwracać należy na czynność przewodu pokarmowego i przy pomocy lekkich środków przeczyszczających podtrzymywać w należytem stanie. Według zdania INVERARDI'ego bardzo zbawienne jest stosowanie *in prodromis* jakiego silnie przeczyszczającego środka, np. *tra jalapae comp.*

Z innych środków zapobiegawczych ARNAUD uważa za zbawienne podawanie małych dawek słabego roztworu chloralu. Leczenie i stniejących już napadów ma na celu usunięcie istniejącego zatrucia oraz ograniczenie i mo żliwe opanowanie powtarzających się napadów i rozpada się na ogólnie lekarskie zabiegi oraz specjalnie położnicze. Do pierwszej kategorii, oprócz rozmaitych środków farmaceutycznych, należy oddawna stosowany, to wychwalany, to znów potępiany upust krwi. Jeszcze za czasów teorii, tłumaczących drgawki prze krwieniem lub obrzękiem mózgu, wprost przyczynowo zdawała się być wskazana weneseckya. Gdy obecnie stwierdzone jest znaczne zwiększenie się ciśnienia krwi w tętnicach podczas napadów drgawek, usunięcie pewnej ilości krwi z obiegu w wielu przypadkach może być zupełnie umotywowane. Jak wiadomo, upust krwi — jeden z największych skarbów leczenia ubiegłych lat—w połowie bieżącego stulecia został odrzucony, a nawet zupełnie zapomniany i dopiero w ostatnim dziesiętku lat nanowo zaczął wchodzić w użycie. Teoretycznie i doświadczalnie (W. POPIEL) stwierdzono, że umiejętnie stosowany upust krwi zbawie nnie oddziaływa na ustroj osobnika. W danym przypadku usunięcie pewnej ilości przeładowanej toksynami krwi i zmniejszenie nienormalnie wzmożonego ciśnienia daje niekiedy wyniki wprost zdumiewające. Według BOUCHARD'a, ilość toksyn, usuniętych przy pomocy upustu 500 grm. krwi, równa się ilości trujących substancji, usuwanych z ustroju drogą wydzielin i wydaliny w ciągu 24 godzin. Jeszcze w roku 1838 DÉSORMEAUX polecał gorąco upust krwi przy drgawkach wraz ze stosowaniem wianien, lodu i środków przeczyszczających.

Do nieprzyjaciół tego środka zaliczyć należy MARTIN'a i WINCKEL'a,¹⁾ którzy w swych podręcznikach wprost zakazywali stosowania weneseckcyi.

Odepchnięty w Europie, znalazł uznanie upust krwi w Ameryce, gdzie tamtejsi lekarze od lat 15 z powodzeniem stosują ten zabieg, opierając się na rozumowaniu, że w ten sposób zmniejszamy istniejące u chorej wzmożone ciśnienie krwi, obrzęk płuc i utrudnioną pracę serca, przyczem zwracają uwagę na to, że eklamptyczki zdradzają nieraz bardzo wyraźną skłonność do apopleksyi, będącej, jak wiadomo, jedną z przyczyn śmierci przy drgawkach.

W Europie z powodzeniem i, zdaje się, oddawna stosowano ten zabieg w klinice DEPAUL'a, gdzie WOLSKI miał możność spostrzegania, jak dwa dni trwające drgawki, opierające się wszelkim zabiegom, ustały po upuszczeniu funta krwi. Sam DEPAUL na podstawie 133 przypadków gorąco poleca ten zabieg.

ZWEIFEL i MENGE, stosując rzeczony środek, mają na względzie głównie mechaniczne jego działadzie, KOLLMANN zaś, stojąc na gruncie ostatnich poglądów na istotę drgawek, zachwala upust krwi, jako usuwający wprost część zatrutej krwi.

W odpowiedniej literaturze mamy dość przypadków, gdzie po daremnem wypróbowaniu wielu środków i zabiegów weneseckcyja dawała nadspodziewane wyniki (J. H. BENNET, LAPEYRE i inni). Jak wszędzie, tak i tutaj nie braknie entuzjastów. CATTO odrzuca wszelkie narkotyki i bezwarunkowo radzi upust krwi, PAMARD każdej chorej przedewszystkiem upuszcza do 1000 ctm. sz. krwi, GRIFFITHS SWAYNE podaje 34 przypadki ciężkich drgawek po porodzie, gdzie nie stracił żadnej chorej dzięki stosowaniu upustów krwi. J. M. HARDY i DOUGLAS AYRES są zdania, że wczesna weneseckcyja nie tylko prowadzi do wyzdrowienia, ale służy jako środek zapobiegawczy przeciw napadom. Według zdania BYFORD'a nakoniec każdy przypadek drgawek, gdzie nie stosowano omawianego zabiegu, jest wprost stracony. Są to jednakowoż zdania bezwątpienia zbyt entuzjastyczne. Według wielu powag, upustu krwi nie wolno uważać przy drgawkach za środek radykalny.

CHARLES, VEIT na podstawie długoletniego doświadczenia i ogromnego materiału twierdzą, że weneseckcyja nie zawsze daje dobre wyniki i nie w każdym przypadku może i powinna być stosowana. Jako potwierdzenie tych poglądów, nie od rzeczy będzie przytoczyć spostrzegany przez ROGOWICZA jeszcze w r. 1870 przypadek, gdzie trwające w ciągu 19 godzin napady drgawek, pomimo zastosowania 31 pijawki na tył głowy oraz upuszczenia trzech talerzy krwi, ustały dopiero po zastosowaniu morfiny⁸⁾. Pominąwszy zbyt krańcowe zdania, zdaje się, że kobiety pełnokrwiste z dobrem i pełnem tętnem, przy groźącym obrzęku płuc, przedstawiają właśnie wskazania do zastosowania weneseckcyi podczas napadów drgawek. S. FLATAU dodaje, że upust krwi powinien być również stosowany we wszystkich tych przypadkach, gdzie zapaść więcej zdaje się być groźną, aniżeli same napady drgawek. Oprócz zwykłego miejsca upustów — przedramienia — BACCELLI poleca przednią powierzchnię stopy, co według niego ma mieć szczególniejszy wpływ na ekskrecję nerek.

W ostatnich czasach zaczęto zalecać wlewania fizyologicznego roztworu soli po weneseckcyi. Metoda ta teoretycznie stoi może nawet wyżej od samych li tylko upustów krwi, gdyż wtedy osiągamy poniekąd rozcieńczenie krwi nasyc-

⁸⁾ LANGE w Heidelbergu obserwował przypadek drgawek, w którym pomimo upustów krwi, chloroformu, morfiny miało miejsce 25 napadów przed porodem i 7 po porodzie. Napady ustały odrazu po zastrzyknięciu 7 uncyi odwłóknionej krwi.

nej szkodliwymi substancjami. BUÉ, PORAK, OUI, G. COEN, FERRE, MANGIAGALLI, BERNHEIM i inni spostrzegali wiele przypadków nawet bardzo ciężkich drgawek, wyleczonych dzięki stosowaniu wspomnianej metody ⁹⁾.

W tymże mniej więcej kierunku wydalania toksyn działają dość często stosowane zawijania i kąpiele, które szczególnie polecał w swoim czasie BREUS. Ze względów praktycznych jednak, stosowanie wanień podczas drgawek często jest za uciążliwe, a niekiedy wprost niewykonalne. Oprócz tego kąpiele takie np. po porodzie łatwo mogą stać się źródłem zakażenia. Zresztą sam akt kąpieli, poruszanie chorej jest wysoce dla niej samej drażniące i bardzo często staje się powodem wybuchu nowych napadów (por. wyżej). Dogodniejsze i łatwiejsze w praktyce są obwijania, stosowane z powodzeniem przez WIEGAND'a jeszcze w roku 1820, a później gorąco przez LIEBERMEISTER'a polecane. JAQUET (1870 r.) wykazał cały pożytek, jaki przynieść mogę *lege artis* stosowane zawijania, szczególnie wskutek nadzwyczaj tą drogą wzmożonych wydzielniczych zdolności skóry; przy stosowaniu tego zabiegu trzeba jednakże pamiętać o niektórych warunkach, jak np. wyższej cokolwiek ciepłocie pokoju, gdzie umieszczamy chorą, dokładnem zawinięciu i t. p. Jednocześnie zalecamy używanie płynów, mleka wody (Fachingen, Giesshübl). GUBAREFF widział bardzo dobre rezultaty przy stosowaniu pęcherza gumowego, napełnionego ciepłą wodą, na okolicę nerek. ZWEIFEL radzi podawać kwasy roślinne np. cytrynowy. W stanie zapaści zastosować można zgłębnik żołądkowy. OLSHAUSEN robi słuszną uwagę, że wogóle wszystkie procedury, połączone z poruszaniem chorej, nie zawsze są na miejscu. Uwadze tej nie możemy odmówić słuszności, zwłaszcza, jeśli przypomnimy sobie cytowane wyżej przypadki, gdzie napady drgawek powtarzały się przy zewnętrznem badaniu albo nawet użyciu strzykawki PRAVAZ'a.

Przechodząc do środków farmaceutycznych zaznaczyć trzeba, że cały arsenał używanych dawniej przetworów został zupełnie zarzucony z bardzo nielicznymi wyjątkami. Podczas napadów drgawek nikt obecnie nie daje ani jednego z tych środków, którymi dawniej szczerze chore traktowane. Niekiedy tylko stosuje się naparstnicę, do której CLAIBORNE radzi dodawać *kali aceticum* lub kalomel, jak to uczynił np. J. SMITS w opisanym przez siebie przypadku ¹⁰⁾.

W ostatnim dziesiątku lat zaczęto (w Ameryce) z powodzeniem stosować przetwory *Veratrum viride*, już to jako *tra Veratri*, już jako *Extractum fluidum*, *per os* lub podskórnie.

WALTER B. CHASE, CHARLES JEVETT, FEARN gorąco zalecają stosowanie przy drgawkach *Extr. fl. Veratri viridis* po 15 kropeł do 3,0—4,0, dopóki tętno z twardego nie zrobi się miękkim i zwolnieje do 60 uderzeń na minutę. Wogóle posiadamy dużo spostrzeżeń z tamtej strony oceanu, dotyczących szczęśliwego zastosowania rzeczonego środka w ilościach niekiedy bardzo wielkich. Między innymi J. SHOBER obserwował napady drgawek w 7-ym miesiącu ciąży, napady były

⁹⁾ LENE opisuje przypadek drgawek, które udało mu się uspokoić stosowaniem obfitych ława-tyw ze słonej wody.

¹⁰⁾ Chora z silnym białkomoczem, ogromnymi obrzękami, masą wałeczków w moczu, działalność serca nieregularna, puls mały wolny, źrenice zwężone. J. SMITS, widząc przeciwwskazania do stosowania narkotyków i wenesekcji, uciekł się do kalomelu, którego podał razem 0,40 grm. Wraz z pojawieniem się obfitych płynnych wypróżnień (w nich obficie kryształki moczownika) drgawki zaczęły ustawać i ustąpiły zupełnie po 20 wypróżnieniu. Szóstego dnia chora urodziła płód macerowany. Przypadek ten służyć może jako wymowny przykład dla krańcowych zwolenników innych metod leczenia i przekonywa nas, że każdy ze sposobów postępowania przy drgawkach dać może świetne wyniki, o ile jest racjonalnie i trafnie zastosowany.

dość długie. Zaczęto stosować *Extr. fl. Veratri viridis* po 20 kropel co 4 godziny w ciągu 3 dni, napady zaczęły ustawać, jednocześnie zmniejszano dawki *veratri*. Ogółem chora przyjęła 830 kropel tego środka bez żadnych ubocznych skutków oprócz zwolnienia tętna.

RICHARD NEWTON podaje opis 28 przypadków, leczonych tym sposobem, wszystkie z jak najlepszym rezultatem nawet wtedy, gdy rozpoczęto podawanie *Veratri* już po 18 atakach.

Pomimo tylu pochlebnych wzmianek europejscy lekarze odzywają się dość sceptycznie o tym środku, a nawet uważają go za szkodliwy, jako ujemnie działający na serce i krążenie krwi u chorej.

Dość szczegółowe dane o farmakologii *Veratri viridis* podawał PARVIN z Filadelfii na zjeździe w Genewie, uważając go za najlepszy z istniejących środków. Według P. *Veratrum* działa na przyczynę (?) cierpienia i na objawy tegoż i obniża częstość tętna, co ma być bardzo ważne, gdyż rzadko kiedy zjawiają się drgawki przy tętnie wolnem (60 uderzeń na minutę), dalej wzmacnia działalność skóry, obniża ciepłotę i zwiększa ilość wydzielanego przez chore moczu. Według danych PARVIN'a przy poleconym przez niego sposobie leczenia śmiertelność matek spada zaledwie do 8%. Z osobistych naszych obserwacji mamy do zanotowania tylko dwa przypadki drgawek podczas porodu, kiedy zastosowaliśmy użycie *Extr. fl. veratri viridis*. Z początku zaleciliśmy podawanie tego środka co godzina po 10 kropel, po widocznem zwolnieniu tętna i uspokojeniu się napadów, co 2 i 3 godziny. W obudwu przypadkach chore urodziły same żywych i donoszonych chłopców. Powikłań w okresie połogowym nie było.

Między innymi środkami próbowano we Francyi stosować wdechania tlenu (JACCOUD, ROBIN, TARNIER), choć, zdaje się, bez wybitnych wyników. Ostatnio zachwalał ten środek MOCALISTER w Anglii.

Nadzwyczaj wdzięczne pole ma leczenie symptomatyczne w uspokajaniu silnie przy drgawkach wzmożonej pobudliwości nerwowej. Tutaj narkotyki, stosowane w bardzo wielkich czasem dawkach, znakomicie wpływają na uśmierzanie tak niepokojących objawów, jakimi są napady drgawek. Jeszcze przed sześciu laty COHEN w Hamburgu z powodzeniem stosował podczas eklampsji mako-
wiec przy pomocy ławatyw z *tra opii*.

CHARLES SCHOYER w roku 1867 podawał duże dawki bromku potasu i często otrzymywał bardzo zadawalające wyniki.

(C. d. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 7 listopada r. b.

TREŚĆ: 1) L. LUBLINER—Przedstawienie chorego z promienicą krtani wraz z okazaniem preparatów drobnowidzowych grzybków promienicy. 2) Wł. SZREYNER — Przedstawienie chorego po trepanacyi czaszki, wykonanej z powodu padaczki urazowego pochodzenia. 3) St. KURTZ—Przedstawienie dziecka z hermafrodytyzmem. 4) L. KRAUSE — Przedstawienie dziecka po operacyi laparotomii z powodu ostrej niedrożności kiszek. 5) A. SOKOŁOWSKI—Przypadek ciężkiej postaci anemii, spowodowanej przez anchylostomum duodenale, wraz z przedstawieniem chorego. 6) Jan PILTZ (z Lozanny) — Kilka słów o nowych zjawiskach żrzeniowych.

1) Kol. LUBLINER przedstawił chorego z promienicą krtani. 29-letni A. S., woźnica, cierpiący od 2 miesięcy na ból gardła, zgłosił się do ambulatoryum szpitala Starozakonnych w dniu 26 października r. b., gdzie, badając go, kol. LUBLINER znalazł stan następujący: Budowa chorego prawidłowa, odżywianie dobre.

Chory ma oddech bardzo utrudniony, głos mocno ochrypły. Na przedniej powierzchni szyi nad chrząstkami tarczowymi wyczuwa się twarde nacieczenie, niepodatne przy przesuwaniu; ciągnie się ono do dolnej granicy chrząstki pierścieniowej. Boczne części szyi nie zajęte nacieczeniem; gruczoły chłonne nie wyczuwają się. Jama ustna i gardziel zupełnie zdrowe; zęby zdrowe, prócz ostatniego z lewej strony szczęki dolnej. Szczeka dolna zmian nie przedstawia. Badanie krtani wykazało: nagłośnia uciśnięta z boków i nieco pochylona ku lewej stronie, ma wygląd rurkowaty; jej błona śluzowa mocno nacieczona; więz nalewko-nagłośniowy prawy silnie nacieczony, jak również i struna fałszywa prawa, która przykrywa prawdziwą. Szpara głośni widoczna tylko w tylnym odcinku. Prawa połowa krtani nieruchoma.

W narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. Chory pochodzi z rodziny zdrowej; nigdy przedtem nie chorował.

Kol. LUBLINER umieścił chorego na swoim oddziale i wobec objawów wzmagającego się zaduszania chorego prosił kol. ODERFELDA o wykonanie choremu przecięcia tchawicy. Po 6 dniach po tracheotomii zauważono chełboczący guz w okolicy prawej chrząstki tarczowej w odległości 4 ctm. od rurki tracheotomijnej. W dniu 4 b. m. guz ten został przecięty. Ropa i wyskrobane masy z jamy ropnia zostały zbadane przez kol. STEINHAUSA, który wykrył w nich obecność grzybka promienicy.

Rozpoznanie więc: *perichondritis arytaenoidea et thyreoidea* niewiadomego pochodzenia stało się jasne dopiero po wykazaniu w ropie grzybka promienicy (*actinomyces*).

2) Kol. Wł. SZTEYNER przedstawił chorego po trepanacji czaszki, wykonanej z powodu padaczki urazowego pochodzenia. Chory ten, lat 24 liczący, przed 8 laty uległ złamaniu prawej kości ciemieniowej; od tego też czasu pozostał niepełny niedowład lewostronny wraz z zupełnem porażeniem i przykurczeniem palucha lewej ręki. Od 3 lat chory ten miewa napady padaczki, połączone z utratą przytomności.

Kol. RYCHLIŃSKI, który przez czas jakiś obserwował chorego, skierował go do kol. SZTEYNERA, przypuszczając, że napady padaczki mogą zależeć od ucisku kory mózgowej, spowodowanego bądź przyrastającą blizną, bądź torbielą, bądź też odłamkiem kości. Podzieliwszy te przypuszczenia, kol. SZTEYNER przystąpił do trepanacji czaszki, podczas operacji przekonano się, że w miejscu, odpowiadającym ośrodkowi palucha lewej ręki, była wielkości dużej wiśni torbiel surowicza, którą kol. SZTEYNER otworzył. Obecnie rana jest zupełnie zagojona.

Chory na trzeci dzień po operacji miał napad padaczki; napad był znacznie słabszy od poprzednich; chory nie stracił świadomości.

3) Kol. St. KURTZ przedstawił 6-tygodniowe dziecko z hermafrodytyzmem męskim; dziecko to ochrzczono, jako dziewczynkę.

4) Kol. KRAUZE przedstawił 4½ roczne dziecko po operacji laparotomii, wykonanej w dniu 18 października r. b. z powodu ostrej niedrożności kiszek. Dziecko to przed 6 dniami dostało jakoby bez przyczyny silnego bólu w dolnej części brzucha; tegoż dnia zaczęło wymiotować; wymioty powtórzyły się nazajutrz i dnia następnego. Przy badaniu znaleziono: Dziecko wątłe nie gorączkuje. Tętno 120 słabe. Brzuch wzdęty w części górnej i lewej. Przez powłoki brzuszne widać było wyraźnie zarysowane pętle kiszek. Ton opukowy w tych miejscach tympanityczny. Wypróżnienia dziecko nie miało od 6 dni; wiatry nie odchodziły.

Rozpoznawszy na podstawie tych danych ostrą mechaniczną niedrożność kiszek, kol. KRAUZE przystąpił do operacji w godzinę po przybyciu dziecka do

szpitala. Po otwarciu jamy brzusznej z rany wystąpiła wzdęta *flexura sigmoidea*, skrecona na około swej osi, a po doprowadzeniu pętli do stanu normalnego wgłębi można było wyczuć palcem twór w postaci sznurka, idący zlewa na prawo i uciskający pętlę. Był to uchyłek MECKEL'a, wychodzący z kiszkki cienkiej i przyrastający do otrzewny ściennej. Kol. KRAUZE wyciął uchyłek, drożność wróciła. Po wprowadzeniu kiszek do jamy brzusznej, na ścianę nałożono szew dwupiętrowy. Po operacji nastąpiły wymioty kałowe, które więcej się nie powtarzały. Przebieg pooperacyjny był normalny. 9-go dnia po operacji kol. KRAUZE zdjął szwy; rana zagoiła się przez rychłozrost.

5) Kol. A. SOKOŁOWSKI, przedstawivszy chorego, dotkniętego ciężką postacią anemii, wywołaną przez tęgoryjca dwunastnicy (*anchylostomum duodenale*), przytoczył historję jego choroby.

Chory ten chińczyk, 21 lat liczący, żonaty, przybył na oddział kol. SOKOŁOWSKIEGO, skarżąc się na ogólne osłabienie, bóle głowy, bóle w kończynach i wskazując na jakieś nieokreślone uczucie w dołku. Ponieważ chory zna zaledwie kilka słów rosyjskich, trudno więc było dowiedzieć się od niego o przebiegu choroby.

Przy badaniu chorego zwróciła uwagę niezwykła bledość jego skóry i błon śluzowych. Budowa prawidłowa. Odżywianie liche. (Chory ma apetyt dobry). Język obłożony. Tętno 80, drobne, miękkie. Chory nie gorączkuje. W płucach zmian nie wykryto. Granice tępości serca nieco powiększone; u wierzchołka wyraźny szmer systoliczny podmuchowy, chuchający; szmer ten przy podstawie serca jest bardziej wyraźny. W żyłach szyjowych dawały się wysłuchiwać szmery w postaci buczenia (*bruit du diable*). Brzuch umiarkowanie wzdęty, przy obmacywaniu chory skarżył się na bolesność w dołku. Wątroba i śledziona nie wyczuwały się. Wszelkie ruchy męczą chorego. Odruchy skórne i ścięgniste nieco wzmożone. Czuć miejscami prawidłowe, miejscami zaś zniesione, to znów wzmożone. Miejsca zaburzeń czuciowych występują w postaci segmentów ograniczonych. Błona śluzowa gardzieli, krtani i nosa bardzo bleda. Kol. CETNAROWICZ, badając dno oka, znalazł objawy anemii siatkówki i naczyńówki, jak również *chorioiditis centralis*. W moczu zmian wyraźniejszych nie wykryto. Badanie krwi dało wynik następujący. Krew z żyły bleda, wodnista, barwy jasno-czerwonej, krzepnie łatwo. Na preparacie świeżej krwi czerwone ciała przedstawiają się dość prawidłowo, lecz układają się w rulony bardzo słabo. Ilość czerwonych ciałek w 1 mm. sz. 1,580,000, ilość białych 10500, % hemoglobiny—20. Stosunek białych ciałek do czerwonych jak 1:150. Na barwionych preparatach czerwone krążki barwią się trudno.

Na każdym polu widzenia można zauważyć erytrocyty różnej wielkości, różnego odcienia w zabarwieniu, również nieliczne poikilocyty; płytek BIZZOZERO jest stosunkowo mało; leukocyty widoczne na każdym polu widzenia w ilości od jednego do kilku. Zwiększenie się absolutnej liczby leukocytów należało położyć na karb ciałek eozynofilowych.

Badanie kału wykazało w nim obecność jaj tęgoryjca dwunastnicy w znacznej ilości. W kale znaleziono również liczne kryształki CHARCOT-LEYDEN'a. Z jaj tych w kale, umieszczonym w ciepłocie 25° R., wylęgły się liszki (larwy).

Zaznaczywszy, że przypadek powyższego cierpienia jest pierwszym spostrzeganym w Warszawie, prelegent nadmienił, że d-r GLUZIŃSKI również obserwował w roku bieżącym we Lwowie chorego, dotkniętego tą chorobą. Chory ten, wyemigrowawszy przed 4 laty do Brazylii, podupadł tam na zdrowiu i powrócił do kraju.

Ze względu więc na to, że i u nas jest wielu wychodźców do Brazylii, którzy powrócili i powracają będą do kraju, kol. SOKOŁOWSKI podnosi ważność obserwowanego przypadku. Powracający bowiem wychodźcy, dotknięci tą chorobą, mogą stać się rozsądnikami tęgoryjca, co przy braku zamięłowania do czystości u naszej ludności wiejskiej i robotniczej nie tak trudno może nastąpić.

Mając to na uwadze, kol. SOKOŁOWSKI bardzo szczegółowo nakreślił obraz choroby, wywoływanej przez tęgoryjca dwunastnicy, przypominając jej etiologię, symptomatologię, przebieg, rokowanie, leczenie i zapobieganie.

W dyskusyi kol. Wł. JANOWSKI sądzi, że w każdym przypadku ciężkiej anemii niezbędnie należy badać mikroskopowo wypróżnienia; badanie to uważa kol. JANOWSKI za podstawowe правило klinicznego badania, i w przypadkach anemii dopiero po wyłączeniu tą drogą pasorzytów kiskowych i nowotworu przystępuje on do dokładnego zbadania krwi.

Zdaniem kol. JANOWSKIEGO, w przypadku, przedstawionym przez prelegenta, pouczający też jest wynik badania krwi. Spostrzeżenie kol. SOKOŁOWSKIEGO o które należy uważać za przypadek do pewnego stopnia niemal doświadczalnie wywołanej ciężkiej anemii traumatycznej przewlekłej, jest właśnie bardzo ciekawe, jako dowodzące dobitnie, że w takiej anemii dane badania krwi mogą dawać wyniki, dawniej uznawane za charakterystyczne dla blednicy: 20% hemoglobiny przy z górą 30% normalnej ilości czerwonych krążków krwi. Jest to więc przyczynkiem do zdania, że szematów dla rozpoznawania choroby z samego badania krwi niema.

Również ciekawa jest notowana przez kol. SOKOŁOWSKIEGO eozynofilia w jego przypadku. Jest to znany dowód wyłaniających się coraz bardziej poglądów, że w sprawie odradzania się krwi komórki eozynofilowe stanowią jeden z ważnych czynników, a właściwie liczne ich wystąpienie jest jednym z ważnych etapów regeneracyi krwi. Ztąd może ona być tem większa, im regeneracja jest potrzebniejsza, a właściwie im idzie pomyślniej, co znowu zależy od szeregu innych warunków (etiologia przypadku).

Kol. M. REJCHMAN, podnosząc ważność rozpoznania choroby w danym przypadku, zapytuje, czy są dane, pozwalające odróżnić jajka tęgoryjca od jajek glistnicy robaczkowatej (*oxyuris vermicularis*), do których są podobne?

Kol. DOWNAROWICZ zwraca uwagę, że zmiany czuciowe, spostrzegane u przedstawionego chorego, mają formę segmentarną, przez co mogą wskazywać zmiany w mleczu.

Kol. J. PIOTROWSKI z powodu głosu kol. JANOWSKIEGO o znaczeniu eozynofilii we krwi, które jest jeszcze hipotetycznem, zaznacza, że należy się zastrzedz, że nie w każdej anemii bywa tak wiele ciałek eozynofilowych. Z wyników badania krwi tego chorego widać, że jest to *anaemia gravis*, lecz nie przedstawia obrazu *anaemiae perniciosae*, ponieważ krew tego chorego krzepnie dość szybko, niema w niej leukopenii i megaloblastów, co bywa w *anaemia perniciose*.

Objawy anemii z eozynofilią mogą budzić same przez się podejrzenie obecności pasorzytów kiskowych.

W odpowiedzi na pytanie kol. REJCHMAN'a, kol. SOKOŁOWSKI zaznacza, że jajka tęgoryjca zawsze mieszczą w sobie po kilka segmentów przewężnych, czego niema w jajkach glistnicy; powtóre, od kwasu octowego jajka glistnicy pęcznieją, jajka zaś tęgoryjca pozostają bez zmiany.

Na uwagę kol. DOWNAROWICZÓWNY kol. SOKOŁOWSKI odpowiada, że zmiany w czuciu w danym przypadku są, zdaniem jego, więcej zależne od zmian w ner-

wach obwodowych, aniżeli od zmian w mleczu, ponieważ występują one zmiennie.

6) Kol. Jan PILTZ (z Lozanny) wygłosił odczyt p. t. „Kilka słów o nowych zjawiskach źrenicznych“. Praca ta będzie drukowana w jednym z najbliższych numerów „Medycyny“.

W dyskusyi kol. L. RZECZNIOWSKI prosi prelegenta o wytłomaczenie przyczyny powstawania zwężenia źrenicy w objawie, sformułowanym przez niego w sposób następujący: Po energicznem zamknięciu obu oczu, źrenice, które przed zamknięciem oczu były szerokie lub umiarkowanie rozszerzone, w chwili otwarcia oczu ukazują się zwężonemi.

Kol. RZECZNIOWSKI bowiem przypuszcza, że przyczyna może leżeć tutaj w zmienionych warunkach krążenia w gałce ocznej. Co do miejsca kory mózgowej, przy którego podrażnieniu udało się prelegentowi otrzymać zwężenie źrenicy po stronie przeciwległej, to kol. RZECZNIOWSKI zapytuje, czy prelegent uważa punkt ten za ośrodek korowy źrenicy.

Kol. L. DYDYŃSKI zaznacza, że podobne również badania, wykazujące wpływ wyobraźni na odruch źreniczny, robione już były na osobach, wprowadzonych w sen hipnotyczny. Gdy osobnikom takim wskazać jakikolwiek bądź przedmiot i powiedzieć, że jest to paląca się lampa, dostrzedz wtedy można zwężenie się źrenic. Doświadczenia prelegenta różnią się tem, że były robione na ociemniałym chorym. Chory ów przedstawia nader ciekawy przypadek pod tym względem, że źrenice jego oddziaływały, jak się okazuje, i na rzeczywiste światło, jakkolwiek utrata wzroku była u niego zupełna. Wskazuje to, że dla odruchu źrenicznego istnieją osobne włókna, które nie służą zupełnie do przewodnictwa wrażeń wzrokowych.

Zdaniem kol. DYDYŃSKIEGO, zaburzenia cyrkulacyjne w gałce ocznej nie mogą powodować zwężenia źrenic i odchylenia gałki ocznej ku górze i na zewnątrz przy biernem otwieraniu powiek, gdy badany osobnik jednocześnie przeciwdziała temu skurczem powiek; przemawia za tem fakt, że podobne zwężenie źrenic i odchylenie gałek ocznych ku górze występuje i we śnie; wskazuje to, że istnieje prawdopodobnie pewien specjalny ośrodek, który sprowadza ten szereg wspólnych i jednoczesnych ruchów.

Kol. E. DOWNAROWICZÓWNA przypomina, że istnieje hipoteza, tłumacząca zjawisko zwężania się źrenicy przy forsownem roztwieraniu powiek w ten sposób, że podrażnienie w jądrze górnej gałązki nerwu twarzonego, które leży w bliskości jądra nerwu okoruchowego, w stanach patologicznych zwiększonej pobudliwości może przechodzić na komórki nerwu okoruchowego.

Kol. H. NUSBAUM sądzi, że, jeżeli u niewidomego pod wpływem światła zwężały się źrenice, to musiały pozostać w siatkówce jakieś cząstki włókien, wrażliwych na światło. U niewidomego nie mogą źrenice oddziaływać na światło, lecz mogą oddziaływać na wyobrażenia.

W odpowiedzi na zapytania kol. RZECZNIOWSKIEGO, kol. PILTZ zaznacza, że istnieją dwie hipotezy, o których wspomniał w odczycie, objaśniające objawy zwężania się źrenic przy zamykaniu oczu. Prawdziwsza jest, jego zdaniem, teoria, że objaw ten zależy od współruchu wskutek jednoczesnej podnieci ośrodka okoruchowego. Co do miejsca kory mózgowej, przy którego podrażnieniu występuje zwężenie źrenicy po stronie przeciwległej, to kol. PILTZ sądzi, że jest to najprawdopodobniej ośrodek korowy źrenicy.

Aug. Łogucki.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny szpitali i przytułków z dnia 3 i 17 listopada r. b.

D-r J. SZWAJCER O szpitalu Zapasowym.

Prelegent zapoznał słuchaczy najprzód z historią powstania szpitala Zapasowego w r. 1883, przygotowania i otworzenia go dla chorych we dwa lata później. Z początku szpital był otwierany co rok tylko na kilka miesięcy zimowych. Od roku zaś 1892 szpital zmieniono na stały i przeznaczono wyłącznie dla chorych zakaźnych ostrych. W r. 1894 szpital nabyty został na własność przez miasto kosztem 90000 rb., i wówczas to podjęto starania o zupełne przekształcenie i rozszerzenie go według wymagań nowoczesnej higieny. Starania te znalazły silne poparcie ze strony p. Inspektora szpitali TROICKIEGO i Rady Miejskiej.

Projekty te dotyczyły następujących spraw: 1) Wzniesienie szeregu pawilonów dla chorych. 2) Przekształcenie obecnego pomieszczenia dla chorych na mieszkanie dla zarządu, sióstr miłosierdzia, lekarza, kaplicy, apteki, pracowni i t. d. 3) Zaprowadzenie wodociągów i skanalizowanie całej posesyi i połączenie Sadurki z kanałem miejskim. 4) Wzniesienie nowej sali sekcyjnej i kaplicy przedpogrzebowej. 5) Wzniesienie nowych budynków gospodarczych. 6) Zbudowanie nowej pralni z suszarnią i kamery dezynfekcyjnej. 7) Zniesienie parkanu, oddzielającego nowe pawilony od sąsiednich ogrodów Hosera i postawienie na tem miejscu sztachtet i werend dla chorych. 8) Urządzenie nowych krat przed szpitalem od ulicy Wolskiej i uporządkowanie parku szpitalnej o.

Do robót tych przystąpiono w roku zeszłym, a obecnie wszystkie są prawie na ukończeniu.

Cztery nowo wzniesione pawilony dla chorych są systemu barakowego, na wzór szpitala berlińskiego Moabit. Stoją one na głębokich suterenach i są murowane, parterowe. Każdy pawilon posiada werandę, wychodzącą na ogród. W każdym jest sala na 8—10 łóżek, do której prowadzi korytarz, z którego prowadzą boczne drzwi do pokoiów dla siostry miłosierdzia i lekarza oraz kuchenki podręcznej. Za tą salą jest druga mniejsza na 6—8 łóżek, a za nią dwa pokoiki, separatu dla chorych konających, niespokojnych lub z nierozpoznaną jeszcze chorobą. Do pokoiów przylega weranda z drugim wejściem od podwórza. Między jedną a drugą salą są 2 łazienki i 2 klozety wodne, między którymi jest skrytka z wpustem do sutereny dla spuszczenia brudnej bielizny chorych. Tym sposobem każdy pawilon w razie potrzeby, rozdzielić można na dwa oddzielne z osobnymi wejściami, klozetami i wannami.

Ściany w pawilonach są olejno malowane; wszystkie kąty zaokrąglone, okna podwójne bez parapetów; podłogi terrakotowe; wentylacja systemem wodnym. Na każde łóżko wypada 7 metr. kw. powierzchni i 30 metr. sz. przestrzeni. Powierzchnia okien zajmuje $\frac{1}{6}$ powierzchni podłogi. Łóżka chorych są żelazne angielskie z materacami drucianymi. Stoliki bez szufladek z blatami marmurowymi. Łazienki z natryskami i umywalniami porcelanowymi.

Przy 4 pawilonie z boku jest przystawka murowana na salę operacyjną z 2 wejściami z pawilonu i od podwórza.

Jeden pawilon od drugiego jest oddzielony przestrzenią, równającą się podwójnie wziętej wysokości pawilonu, t. j. około 11 metrów.

Oprócz tych 4 nowych pawilonów, szpital Zapasowy posiada 5 barak drewniany o 2 salach i 4 pokojach, przeznaczony wyłącznie dla chorych na ospę.

Mieści on 32 łóżka. Razem więc szpital posiada obecnie 120 łóżek, prócz 30 łóżek w 2 barakach zapasowych przenośnych systemu DOEKER'a.

W roku przyszłym szpital przystąpi do budowy oddzielnego pawilonu dla pensjonarzy na kilkanaście łóżek.

Do nowych budowli, wzniesionych obecnie, zaliczyć należy: salę sekcijną z kaplicą przedpogrzebową; osobny budynek na pralnię z suszarnią parową i kamerą dezynfekcyjną; budynki gospodarskie na stajnię, oborę, wozownię, składy węgla i lodownę, oraz przeróbkę i rozszerzenie domu administracyjnego, z oddzielnymi wejściami: dla chorych i interesantów. Dla użytku lekarzy są tu dwa duże pokoje na kancelaryę i pracownię, zaopatrzoną w niezbędne przyrządy do badań bakteryologicznych. Koszt wszystkich opisanych budowli i przeróbek wynosi dotychczas około 90000 rubli.

W dyskusyi nad odczytem J. SZWAJCERA W. DĄBROWSKI podnosi z uznaniem obecny stan szpitala Zapasowego, ogromną różnicę względnie do stanu dawnego, zaznacza jednak pewne usterki, a mianowicie: 1) teren nieodpowiedni z powodu znacznego spadku; 2) niekorzystne umieszczenie werend na zachód; 3) szczupła przestrzeń, zajmowana przez każdy barak; 4) salki--separatki otwierają się do sal ogólnych; 5) nieodpowiednie umieszczenie okien w salach; 6) podłoga terrakotowa przedstawia tę złą stronę, że stąpanie po niej, ze względu na chłód, jest nieprzyjemne dla chorych. Dwie są przyczyny powyższych usterek: 1) szczupłość funduszków, 2) brak odpowiedniego doświadczenia w sprawie budowy szpitali. W. D. uważałby za pożyteczne wyznaczyć konkurs na budowę szpitali i powoływać do obrad większą liczbę lekarzy.

BARTOSZEWICZ zaznacza, że 1) teren jest nieodpowiedni ze względu na spadistość oraz zbiornik wszelakich ścieków (Sadurka), niedawno zaledwie przysypany gruzem; 2) należało przedsięwziąć badania bakteryologiczne gruntu; 3) niezupełnie uniknięto w budowie sal wszelkich nierówności, kantów, załamania i t. p., na czym może gromadzić się pył z mikrobami; piece winny dochodzić do sufitu, aby na górnej ich powierzchni nie osiadał pył; 4) zarówno w salach chorych, jak i innych częściach pawilonu, uderza ciążąca nota, szczupłość pomieszczenia.

TCHÓRZNICKI sądzi, że szpital dla chorych zakaźnych winien być kilka wiorst za miastem. Należało nie rozszerzać stary szpital, a budować nowy za miastem. Szpital taki w mieście przyczynia się do szerzenia chorób zakaźnych.

Z. KRAMSZTYK sądzi, że surowa krytyka w najlepszym szpitalu jest w stanie wykryć usterki. Mówca zwiedzał nowy szpital Zapasowy i może tylko znaleźć dla niego wyrazy uznania. W dalszym ciągu Z. K. podnosi konieczność utworzenia pawilonu dla pensjonarzy chorych zamożnych. Propozycję wyznaczania konkursów na budowę szpitali uważa za nieodpowiednią.

CHWAT zwraca uwagę, że 1) rzeczy, odkażone w kamerze dezynfekcyjnej, powinien wyjmować nie dezynfektor, lecz inna osoba; 2) powinna istnieć sala do umieszczania chorych, zanim właściwa choroba zostanie rozpoznana, i chorzy będą przeniesieni do właściwego oddziału; 3) powinna być sala do odwiedzania chorych rekonwalescentów; 4) powinny być piece do spalania opatrunków.

LUBLINER zapytuje, czy są przedsiębrane jakiekolwiek środki w celu dezynfekcyi trupów?

W odpowiedzi na powyższe zarzuty SZWAJCER czyni najprzód uwagę, że nie ma szpitala na świecie, któremu by nie można było uczynić różnych zarzutów. Robić zawsze należy, i w tym razie było zrobione to, co w danych warunkach jest możliwe.

Co do poszczególnych zarzutów, SZWAJCER odpowiada DĄBROWSKIEMU:

1) Teren szpitalny jest spadzisty w kierunku południowym, splantowanie całego obszaru pochłonęłoby ogromne koszty, większe może, niż koszt całego szpitala. Zresztą spadzistość terenu nie jest wadą, ale zaletą. Spadek byłby wtedy szkodliwy, gdyby poziom terenu był niższy od ulic sąsiednich, a tymczasem jest on znacznie wyższy, co właśnie jest niezmiernie ważną zaletą terenu.

2) Werendy umieszczone są w najkorzystniejszym miejscu, nie od strony zachodniej, ale wschodnio-południowej. Lepiej, że wychodzą na olbrzymie i piękne ogrody Hosera, niż na terytorium szpitalne, wprost stałego baraku ospowego. Co się kiedyś stanie z owymi ogrodami, trudno przewidzieć. Tak bliskie sąsiedztwo szpitala z pewnością odstraszy każdego od zbytniego zbliżania ewentualnych zabudowań. A zresztą nie wyłączona jest możliwość wywłaszczenia sąsiednich gruntów na korzyść szpitala, jako instytucji społecznej.

3) Co do szczupłości przestrzeni baraków, to i SZWAJCER sam to zaznaczył, ale trzeba było koniecznie się liczyć z ograniczonymi na ten cel funduszami i przeszkodami natury formalnej, nieuniknionymi w tym razie, gdyby kosztorys szpitala rozszerzono. Wada ta zresztą w obec systemu barakowego, a przede wszystkim dobrej i wielorakiej wentylacji, traci na ważności.

4) Separatki przy systemie barakowym muszą wychodzić na korytarz, wejście do nich od zewnątrz jest niemożliwe, bo nie byłoby miejsca dla okien.

5) Podłoga terrakotowa jest najlepsza, odpowiada najważniejszym wymaganiom higieny i powszechnie jest stosowana. Zła jej strona, chłód, da się tylko usunąć kosztem ogromnych nakładów przez rozprowadzenie pod podłogą sieci rur z gorącą wodą, jak to ma miejsce w Ependorfie.

6) Udział lekarzy przy budowie szpitala Zapasowego był stały.

SZWAJCER w odpowiedzi TCHÓRZNICKIEMU zaznacza, że szpital dla chorych gorączkowych zakaźnych nie może być daleko za miastem. Niepodobna ciężko chorych gorączkujących wozić kilka wiorst za miasto. Wszędzie też w dużych miastach szpitale dla chorych zakaźnych znajdują się w obrębie miasta. Nie trzeba tylko budować zbyt dużych szpitali, nie więcej, niż na 200—250 łóżek. Szpital ze względów ochronnych trzeba otoczyć t. zw. pasem bezpieczeństwa, wysadzonym drzewami przynajmniej na 15 metrów szerokim. Niesłusznie przeceniany jest wpływ szpitali infekcyjnych na szerzenie chorób zakaźnych. Dane, jakie sam mówca zebrał na zasadzie materiału szpitalnego, szczegółowo przytoczonego, wykazują, że cyrkuł Wolski pomimo wielu niekorzystnych warunków higienicznych, dostarcza względnie mniej chorych zakaźnych, niż inne (zajmuje 3, 4 miejsce).

SZWAJCER w odpowiedzi BARTOSZEWICZOWI zaznacza, że położenie szpitala Zapasowego jest bardzo korzystne i najlepsze może z pośród wszystkich innych szpitali. Znajduje się on na krańcu miasta, na wzniesieniu, z 3 stron jest otwarty i przystępny dla chorych z powodu ułatwionej komunikacji.

Grunt, jak się okazało przy kopaniu ziemi pod kanalizację, jest suchy, piaszczysty, a więc przepuszczalny; nigdzie na głębokości 7—8 metrów na wodę zaskórną nie natrafiono. Sadurka ze wszystkim zasypana, a dopływy jej połączone z kanałem miejskim. Żaden z baraków nie stoi na miejscu zasypanej Sadurki, gdyż znajduje się ona na krańcu terytorium. Badania bakteriologicznego gruntu nie robiono, bo nie ma to żadnego praktycznego znaczenia, i żaden szpital z wynikami rozbiórki bakteriologicznego liczyć się nie może. Jedyne znaczenie ma tylko skład geologiczny gruntu, jego suchość, przepuszczalność oraz poziom wody zaskórnej.

W odpowiedzi CHWATOWI SZWAJCER mówi: w kamerach, gdzie jest kąpiel, dezynfektor może także wyjmować rzeczy z kamery, jeśli przedtem zmienił ubranie. Jestto zresztą kwestya podrzędna i zależna od warunków miejscowych i urządzenia kamery. Główna rzecz, aby rzeczy odkażone nie stykały się z zakażonemi. Za sale obserwacyjne służą obecnie separatki, których głównem przeznaczeniem jest izolowanie chorych z nieokreśloną jeszcze chorobą. Po wybudowaniu pawilonu dla chorych zamożnych, będą oddzielne pokoje izolacyjne. Piec do spalania odpadków i opatrunków jest już zaprojektowany.

LUBLINEROWI odpowiada SZWAJCER, że trupy chorych zakaźnych bywają obwijane w płachty, zmoczone w sublimacie, i w ten sposób wynoszone.

W. M.

Posiedzenie wydziału biologicznego, chemiczno-fizycznego i statystyczno-meteorologicznego
z dnia 9 listopada r. b.

1) Przewodniczący wydziału, kol. NUSBAUM przedstawił tablice statystyczne, dotyczące szpitalnictwa w gub. Radomskiej, opracowane przez kol. FIDLERA z Radomia i nadesłane przez autora w darze Towarzystwu.

2) Kol. NENCKI zakomunikował wydziałowi postanowienie rady towarzystwa, na mocy którego przekazaną została wydziałowi sprawa wydania popularnego podręcznika higieny. Zarazem złożył kol. N. rękopis dokonanego przez jednego z lekarzy przekładu podręcznika, wydanego przez berliński urząd zdrowia p. t.: „Gesundheitsbüchlein“.

Dyskusya z udziałem kol. NUSBAUMA, TCHÓRZNICKIEGO, Jul. KRAMSZTYKA i NENCKIEGO doprowadziła do wniosku, że w zasadzie należałoby przystąpić do opracowania oryginalnego podręcznika higieny. Rozpatrzenie istniejących już prac polskich w tym zakresie, wykazanie luk, które wypełnić należy oraz podanie sposobu zaradzenia brakom poruczono komisji, złożonej z kol. JAWORSKIEGO, KRAMSZTYKA Jul., NENCKIEGO i TCHÓRZNICKIEGO.

3) Kol. NENCKI w celu ożywienia obrad wydziału proponuje wprowadzenie t. zw. skrzynki zapytań na wzór istniejącej przy Towarzystwie popierania przemysłu i handlu. Wniosek ten przyjęto bez zastrzeżeń.

Kol. NENCKI wypowiedział odczyt p. t. „Sól kuchenna i konserwacya mięsa“. Z pomiędzy sposobów solenia czyli t. zw. peklowania mięsa u nas w najczęstszym użyciu jest sposób najprostszy, polegający na tem, że się układa w beczce na przemian warstwy mięsa z warstwami soli, biorąc na 100 funt. mięsa około 6—8 funt. soli. Inne sposoby, jak zalewanie mięsa roztworem soli, iniekcye z tegoż roztworu, solenie pod ciśnieniem (około 20 atm.) i t. p., nie dają lepszych wyników.

Do zniszczenia rozmaitych drobnoustrojów, na powierzchni mięsa się znajdujących, potrzeba różnej koncentracji soli i różnego przeciągu czasu. Według SATTLER'a do zabicia *bact. coli comm.* potrzeba 7—8% soli i 6 tygodni; *bac. morbiifantis bovis* potrzeba 8—10% soli i 3 tyg.; *bac. enteritidis* potrzeba 7—8% soli i 4½ tyg.; *proteii vulgaris* potrzeba 8—18% i 3 tyg.; *bac. botulini* potrzeba 6% i 3—5 tygod.; *bac. typhi* roztwór bardzo stężony nie zabija nawet po 6 tygodn. Na zasadzie doświadczeń swoich SATTLER twierdzi, że do solenia mięsa używać należy conajmniej 10% soli i pozostawiać mięso w beczce 2—6 tygodni. Można wtedy uważać za prawdopodobne, że bakterye na powierzchni mięsa zostały zabite; drobnoustrojów wewnątrz mięsa solenie nie jest w stanie zabić. Roztwór 10% soli może tylko wyciągnąć z mięsa znaczną ilość toksyn.

W końcu zachęca N. do badań nad odkażającym działaniem innych sposobów konserwacyi mięsa, np. wędzenia.

Wiadomości bieżące.

— Upraszamy czytelników „Medycyny“ o łaskawe nadesłanie wiadomości o istniejących w kraju oddziałach i przytułkach położniczych. Dotąd wiemy tylko o istniejących w Warszawie, Łodzi i Lublinie.

— Według uchwały Komitetu gospodarczego IX zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie ma się odbywać 21, 22, 23 i 24 lipca 1900 roku.

— D-r Oskar WIDMAN, dotychczasowy docent patologii i terapii szczegółowej w Uniwersytecie Jagiellońskim, mianowany został prof. nadzwyczajnym na tejże katedrze.

— D-r E. LEHFELDT wydał w Berlinie nakładem firmy S. Kargera słownik p. t. „*Medicinisches Taschenwörterbuch der Deutschen, Englischen und Französischen Sprache*“.

— Zmarli. W Władysławowie d-r Wicenty KUDYRKO.

— W Warszawie d-r Ludwik KADLER.

— W Lipsku d-r Feliks Wiktor BIRCH-HIRSCHFELD, znakomity profesor patologii ogólnej i anatomii patologicznej, dyrektor instytutu patologicznego.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu imienia d-ra Adama HELBICHA: 1) Udział lekarzy polskich w postępie medycyny drugiej połowy wieku bieżącego. 2) Zasady określenia niezdolności do pracy i zarobkowania po uszkodzeniach wskutek nieszczęśliwych wypadków. 3) Czy istnieją odrębności w przebiegu i etiologii chorób u ludności żydowskiej w naszym kraju. 4) *Pharmacopoea pauperum* w szerokim rozumieniu tego wyrazu. Praktyczny przewodnik taniego ordynowania środków lekarskich i opatrunkowych. 5) Anatomia patologiczna i etiologia szankra miękkiego. 6) Unerwienie i refleksy jamy nosogardzielowej. 7) Anatomia patologiczna i etiologia dysenteryi. 8) Anatomia patologiczna i etiologia *enteritidis follicularis*. 9) Wahanie się ilości pepsyny w chorobach żołądka. 10) Zbadać doświadczalnie na zdrowych i chorych wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem roztworów różnego stężenia dwuwęglanu sodu. 11) Zbadać własności odkażające formaliny. 12) Porównanie wartości metod operacyjnych przetok pęcherzowych u kobiet po porodzie na podstawie własnego doświadczenia. Termin do złożenia rozpraw oznacza się trzechletni, to jest do dnia 19 października roku 1902. Nagród konkursowych na rzeczony okres konkursowy naznacza się trzy, za 3 prace uznane za najlepsze z pomiędzy nadesłanych. Pierwsza nagroda wynosić będzie rb. 450, druga rb. 300 i trzecia rb. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem: „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozpraw uwieńczonych zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego Członek zarządu.

W. Kosmowski.

Od Administracji.

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

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою, Варшава 2 Декабря 1899 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.