

GAZETA LEKARSKA.

I. Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO DRA BR. SAWICKIEGO W SZPITALU DZ. JEZUS.

PRZYCZYNEK

DO NAUKI O WŁÓKNIAKACH I WŁÓKNIAKO-MIĘŚNIAKACH POCHWY.

Podał

Stanisław Cykowski.

Do rzędu względnych rzadkości w ginekologii należą włókniaki i mięśniakowłókniaki pochwy. Ogólna liczba ogłoszonych dotąd przypadków nie dosięga setki. W tej liczbie na piśmiennictwo polskie przypadają dwa: L. NEUGEBAUERA i A. GABSZEWICZA.

Wśród prac, dotyczących omawianych nowotworów pochwy, a ogłoszonych w czasach ostatnich, bardzo obszerny i oparty na największym, bo 89 przypadków obejmującym materyale, jest artykuł GRUZDIEWA.

W literaturze bieżącej znalazłem oprócz tego wzmianki o 6-iu zaledwie innych przypadkach. Do powyższego dołączyć mogę 4 przypadki FR. NEUGEBAUERA, dotąd nie ogłoszone.

Z tych 4-ch przypadków dwa dotyczą guzów niewielkich; trzeci wielkości jabłka, był spostrzegany u osoby 43-letniej, zamężnej od 20-tu lat; chora rodziła 6 razy, raz roniła. Guz był bardzo twardy. Na operację chora się nie zgodziła. [Na 50000 chorych N. spostrzegał włókniaki pochwy tylko te 4 razy].

Ze względu na to uważam za rzecz nie pozbawioną pewnego interesu przytoczyć dwa przypadki, spostrzegane na oddziale szpitalnym dra B. SAWICKIEGO, a jednocześnie opis tych przypadków uzupełnić ogólnym obrazem cierpienia, opartym na ogłoszonej dotąd kazuistyce, tembardziej, że nawet w obszerniejszych podręcznikach, z małymi wyjątkami, sprawa ta jest traktowana zbyt pobieżnie.

Przypadek I-szy. B. K., lat 37, zapisała się dnia 21. VI. 1898 roku na oddział; wogóle była zdrowa; regularność miewa co trzy tygodnie, kilka dni trwającą; stolce często zaparte. Przed 6-iu laty urodziła poraz pierwszy; po pe-

wnym czasie zaczęła doznawać niewielkiego bólu tępego w dole brzucha; z czasem zauważyła, że między wargami sromu sterczy jakiś guz; guz ten początkowo mały, powoli zwiększał się i osiągnął wielkości jaja kurzego. Guz jest niebolesny; chora skarży się tylko na częste, lecz niebolesne oddawanie moczu. Stan ogólny chorej zadowalający. Wargi sromne rozwinięte prawidłowo; między wargami widać guz półkulisty, wielkości dużego jaja kurzego, pokryty bladą błoną śluzową, nieco pofałdowaną; guz niezbyt twardy elastyczny, niebolesny, można go odprowadzić do pochwy; przez pociąganie można guz wydobyć nieco więcej na zewnątrz i wtedy czuje się w palcach podczas obmacywania całkowity kulisty twór, wychodzący z dolnej części przedniej ściany pochwy; wprowadziwszy cewnik do pęcherza, znajdujemy tylną ścianę pęcherza wypuklającą się ku pochwie; najwidoczniej guz, pociągając za sobą ścianę pochwy i pęcherza, wytworzył przepuklinę pęcherzową (*cystocele*). Guz w części górnej wyraźnie odgraniczony, w części dolnej granice jego mniej wyraźne. Ujście cewki nie rozszerzone i nie zajęte zapaleniem; chora ma upławy. Wobec sprężystości guza rozpoznanie wahało się między torbielem pochwy a mięśniakowłóknikiem.

Dnia 30. VI. 98. guz usunięto. W tym celu cięciem podłużnym rozcięto ścianę pochwy, poczem przedostano się do guza, leżącego w przestrzeni pomiędzy pęcherzem a pochwą. Guz leżał wśród tkanki mięśniowej pochwy, przylegając do mięsnej pęcherza; wyłuszczać się dał dość łatwo, chociaż w wielu miejscach oddzielne pęczki mięsne ze ścianą pochwy, a w mniejszym stopniu — pęcherza, wchodziły w istotę guza i musiały być przecięte. Po usunięciu guza wycięto z pochwy nadmiar błony śluzowej, która pokrywała guz, poczem nałożono szew katgutowy, przechodzący przez brzegi i w części przez dno rany.

Usunięty guz ma budowę niejednorodną, zrazowatą; składa się z oddzielnych guzików, okrągławych, wielkości jaja gołębiego i mniejszych. Guzy te w części łączą się ze sobą, w części tylko przylegają do siebie, oddzielone mniejszą lub większą warstwą tkanki łącznej. Na przekroju guzy mają powierzchnię gładką dość jednolitą, blado-różową.

Badanie mikroskopowe, łaskawie wykonane [zarówno w tym, jak i w następnym przypadku] przez kol. S. ZIELIŃSKĄ, wykazało co następuje:

Do badania wzięto kawałki z paru miejsc, bliżej powierzchni guza, na której znajdowały się gdzieś resztki otaczającej tkanki. Skrawki były barwione hematoksyliną, eozyną i metodą van GIESSEN'a.

Pod mikroskopem dają one obraz wszędzie jednakowy czystego włóknika. Pęczki gładkich komórek mięśniowych spotykamy tylko na granicy guza; są to resztki ściany pochwowej; na skrawkach tych guz jakiejś wyraźnej otoczki nie posiada; od tkanki mięśniowej odgraniczony jest dość luźną tkanką łączną.

W budowie guza możemy zauważyć pod mikroskopem różne stopnie rozwoju. Są miejsca bardzo bogate w komórki łączno-tkankowe, podczas gdy w innych liczba komórek jest skąpa. Między temi różne stopnie przejściowe. W miejscach, obfitujących w komórki, te ostatnie są przeważnie duże, mają duże pęcherzykowate jądra, jasną protoplazmę, leżą gęsto obok siebie, oddzielone niewielką liczbą falisto idących włókien łączno-tkankowych. W miarę wystę-

powania włókien w coraz większej liczbie, liczba komórek się zmniejsza, jądra ich stają się coraz drobniejsze, zatracają kształt prawidłowy, barwią się mocno.

Włókna tkanki łącznej, stanowiące główną masę guza, są niezbyt grube i wogóle nie tworzą grubszych pęczków, idąc falisto w różnych kierunkach, splatają się wzajemnie, wskutek czego powstaje dość ścisła tkanina.

W miejscach, gdzie widzimy bardziej równoległe ugrupowanie się włókien, powstały długie szpary między pęczkami, których niekiedy jest dość dużo obok siebie. Naczynia krwionośne są niezbyt obfite; jedne mają ścianę wyraźną, niekiedy dość grubą, inne [o świetle stosunkowo dużem] są wysłane tylko śródbłonkiem, zresztą ścianę ich stanowi tkanka guza. W paru miejscach około naczyń widzimy nacieczenie drobnokomórkowe. Gojenie się bez powikłań; chora wypisała się po 25-iu dniach zdrowa.

P r z y p a d e k II-gi. O. W., lat 28, zapisała się na oddział dnia 1. X. 99 r. Wywiady dają wynik następujący: chora rodziła 4 razy prawidłowo, po raz ostatni przed rokiem; przed 1½ rokiem zauważyła między narządami płciowymi zewnętrznymi guz, wielkości jaja kurzego małego; guz nigdy nie sprawiał chorej żadnych dolegliwości, stale się powiększał; stolce i oddawanie moczu prawidłowe. Chora poza guzem, nie przedstawia żadnych innych nieprawidłowości. Miejscowo widzimy guz stożkowaty, wystający pomiędzy wargami sromnemi; na pierwszy rzut oka guz robi wrażenie wypadłej macicy; na przedniej, wystającej części guza, widzimy rozległe owrzodzenie, pokryte szarym nalotem; tylna część guza, schowana w szparze sromowej, posiada błonę śluzową niezmienioną. Badając szczegółowo położenie guza, znajdujemy, że guz zajmuje górną część szpary sromowej, jest przesunięty bardziej na prawo; obie wargi większe wolne, warga mniejsza lewa również wolna, warga mniejsza prawa wyraźna, lecz leży już na guzie, przebiegając po jego górnej części. Ujście cewki moczowej pod postacią półksiężycowej szpary, długie na 2 ctm., leży na stronie górnej lewej guza, przy jego podstawie. Podnosząc guz nieco ku górze, znajdujemy wejście do pochwy; po wprowadzeniu palca do pochwy czujemy, że guz zajmuje głównie *vestibulum*, mianowicie część jego górną prawą i wsuwa się do głębi, wzdłuż przedniej ściany pochwy. Guz ruchomy, wielkości jaja kurzego dużego, ma kształt jajowaty; wprowadzony do pęcherza cewnik, idzie początkowo na pewnej przestrzeni po guzie; w samym pęcherzu niema żadnych uchylek, mocz czysty, obfity.

Dnia 17. X. 99 guz usunięto; w tym celu wykonano cięcie okrężne, równoległe do granicy owrzodzenia, w odległości 1½ ctm. od wylotu cewki; następnie oddzieliwszy od guza zgrubiałą błonę śluzową, łatwo wyłuszczone guz z głębi po części na tępo, po części nożem; guz wielkości jaja gęsiego. Po wyłuszczeniu guza krwawienie z powierzchni rany było dość obfite; naczynia przewiązane, poczem brzegi rany złączono kilku szwami węzełkowymi. Cały guz wyłuszczyć się dał łatwo z wyjątkiem tylnej części, która tworzyła szypułę mięśniową, grubości małego palca; zapomocą tej szypuły guz łączył się z warstwą mięsną pochwy.

Usunięty guz ma spoistość mięśniaka; części przednie guza, gdzie było owrzodzenie, przedstawiają powłokę twardą, jakby chrząstkowatą; sam guz na

przecięciu ma zabarwienie blado-różowe; powierzchnia tutaj lekko włóknista, wyglądem odpowiada zwyczajnym mięśniakom macicy.

B a d a n i e m i k r o s k o p o w e . Pod mikroskopem widzimy na preparacie dwie, jakby wzajemnie przenikające się tkanki, różniące się barwą, co uwydatnia się głównie po zabarwieniu metodą van GIESSEN'a.

Jedna z tych tkanek tworzy siatkę o grubszych lub cieńszych beleczkach, której oczka nierówne, często podłużne lub gzygzakowate, wypełnione są inną tkanką. W niektórych miejscach beleczki, wytworzone przez pierwszą tkankę, znacznie się rozszerzają tak, iż oczka siatki, wypełnione tkanką innego rodzaju, znacznie się zmniejszają i prawie znikają. Tkanka, tworząca siatkę, ma wyraźne cechy włóknistej tkanki łącznej. Składa się z grubych włókien, przeważnie szklisto zwyrodniałych, z niewielką liczbą komórek. Tkanka ta zapomocą metody van GIESSEN'a barwi się mocno czerwono, zapomocą hematoksyliny z eozyną—brudno-niebieskawo-różowo. Tkanka, wypełniająca oczka wyżej opisaney siatki, zapomocą metody van GIESSEN'a barwi się żółtawo lub pomarańczowo. Tkanka ta posiada znaczną liczbę jąder, które są podłużne, wąskie i dość prawidłowo ugrupowane, t. j. widzimy już to grupy równoległe ułożonych podługowatych jąder, już to leżące obok siebie grupami poprzeczne ich przecięcia. Nie ulega wątpliwości, że są to gładkie włókna mięsne. Przemawia zatem jednakowa wszędzie postać jąder, ich ugrupowanie i żółtawe barwienie się odczynnikami van GIESSEN'a. Wogóle w preparatach wszędzie przeważa tkanka łączna, włókna zaś mięsne gdzieśkolwiek tylko występują w większych pęczkach.

Dnia 29. X. 99. chora wypisała się wyleczona.

Ogólna liczba przypadków, które zebrać zdołałem i na których oprzeć mogę moje wnioski, wynosi wraz z wyżej przytoczonymi 101. Z tego wynika, że mięśniako-włókniki pochwy nie należą do przypadków zbyt częstych. Przyczyny powstawania tych nowotworów nie są wiadome. Według HERFF'a i PFANNENSTIEL'a nowotwory te mają przedstawiać typowe *adenomyomata*, powstałe z resztek przewodu WOLFF'a, podobnie jak RECKLINGHAUSEN niektóre nowotwory mięśniowe macicy przyjmuje również za *adenomyomata*, pochodzące z resztek ciała WOLFF'a. Powyższe twierdzenie swoje HERFF opiera na tej zasadzie, że w 2-ch przypadkach mięśniaków sklepień pochwowych znalazł w powierzchownych warstwach twory torebkowate, które przyjął za rozszerzone zatkane gruczoły, zaś w środkowej części jednego z tych guzów znalazł ogniska, nabłonkowe istotnie podobne do resztek przewodu WOLFF'a. Badanie drobnowidzowe w przypadku PFANNENSTIEL'a również miało wykazać, że nowotwór był typowym *adenomyomatem*. Jednakże poglądów tych dwu autorów nikt więcej badaniem drobnowidzowym nie potwierdził.

Mięśniako-włókniki pochwy spotykano częściej u nierodzących lub rodzących nie często; przypadają one przeważnie na okres dojrzałości płciowej, spotykane zaś guzy tej kategorii u nieletnich VEIT chce przyjąć za *sarcomata*. Jednakże przypadek MARTIN'a dowodzi, że i u nieletnich możemy spotkać typowe włókniki pochwowe. Mianowicie, u dziewczynki jednodniowej, donoszonej znaleziono guz, w kształcie polipa, wychodzący z tylnej ściany pochwy;

przednia część guza sterczała we wchodzie do pochwy; badanie drobnowidzowe guza wykazało, że środkowa część guza składała się z tkanki łącznej włóknistej, obfitującej w grube naczynia; guz z zewnątrz był pokryty normalną błoną śluzową pochwy; włókien mięsnych i gruczołów w guzie nie znaleziono.

[D. n.].

II. Z KLINIKI CHOROÓB DRÓG MOCZOWYCH PROF. GUYON'A W PARYŻU.

O GRUŹLIICY CEWKI PRZEDNIEJ.

Napisali

N. Hallé i B. Motz.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 11].

W 5-iu naszych przypadkach sprawa, rozgrywająca się w gruczołach, była daleko bardziej posunięta, lecz ograniczona tylko do samej istoty gruczołowej. We wszystkich przypadkach powyższych wykryliśmy podczas badania pośmiertnego niewielkie torbiele: od wielkości grochu do wielkości fasoli. Torbiele te umiejscowione były w trójkącie cewko-opuszkowym w punktach, odpowiadających gruczołom COOPER'a, i położone były ku górze i ku tyłowi od opuszki, na prawo lub na lewo od linii środkowej i bezpośrednio przy tej ostatniej. Ściany torbieli, składające się z grubej warstwy tkanki włóknistej, były prawidłowe i jednolite, od strony wewnętrznej gładkie; zawartość stanowiła masa serowata, mniej lub więcej gęsta, koloru białego, matowego lub szarego, zbliżona wyglądem swym do mastyksu. Słowem, jest to obraz przemiany torbielowatej i serowatej, zachodzącej w gruczołach COOPER'a, dotkniętych gruźlicą.

W jednym z tych przypadków, pomimo że torbiel gruczołowa serowata była w zupełności ograniczona, odkryliśmy w otocze włóknistej opuszki i na zewnątrz od niej, pośrodku włókien łączno-mięśniowych, liczne typowe gruźelki z komórkami olbrzymimi, co dowodzi, że sprawa poczęła się szerzyć i na tkanki okołogruczołowe.

W innym przypadku spostrzagliśmy w miejscu, odpowiadającym gruczołowi w trójkącie cewko-opuszkowym po stronie lewej, ropień gruźliczy nieprawidłowy, kręty, z ścianami uchylkowatymi, pokrytymi masami serowatymi; otoczka włóknista gruczołu właściwie już nie istniała, sam gruczoł okazał się zniszczony, nawet prawy płat opuszki uległ owrzodzeniu. Prawie te same zmiany wystąpiły w drugim przypadku HARTMANN'a i LECÈNE'a, gdzie ropień gruźliczy krocza, połączony z przetoką pochodzenia gruczołowego, leczony był przez kilkakrotne łyżeczkowania.

W obu tych przypadkach sprawa, która ograniczała się początkowo tylko do gruczołów, stała się okołogruczołą i rozlaną, doprowadziwszy do wytworzenia się ropnia grzliczego w okolicy krocza. Na licznych okazach grzlicy dróg moczowych, przechowywanych oddawna w muzeum NECKER'a, widzimy całe ropnie krocza pozaopuszkowe, i podopuszkowe, których punktem wyjścia według wszelkiego prawdopodobieństwa były gruczoły COOPER'a, aczkolwiek jest to trudne do udowodnienia.

Ta właśnie druga serya spostrzeżeń odpowiada sprawom okołocewkowym w pojęciu ENGLISCH'a.

A zatem odróżnić wypada dwie postaci grzlicy gruczołów COOPER'a: 1) grzlica ograniczona, wewnątrz-otoczkowa (*intracapsulaire*) z jej trzema okresami rozwoju, t. j. z nacieczeniem grzliczem, jednolitem, zbitym, z rozmiękczeniem środkowym i wytworzeniem jam, wreszcie z przemianą całkowitą torbielowo-serową. Sprawa może tu osiągnąć swego ostatecznego rozwoju i zniszczyć całkowicie gruczoł, nie tknąwszy otoczki włóknistej. W takich przypadkach tkanka łączna okołogruczołowa pozostaje zdrową.

2) Grzlica gruczołowa i okołogruczołowa rozlaną. Należą tu: ropnie zimne krocza pozaopuszkowe i nadopuszkowe, a także umiejscowione z boku i pod opuszką, dające przetoki kroczone; jest to grzlica okołocewkowa ENGLISCH'a. W pierwszej postaci ograniczonej, wewnątrz-otoczkowej grzlica przebiegać może potajemnie, niepostrzeżenie; żaden bowiem objaw ze strony krocza nie zwraca na siebie uwagi.

Przeciwnie, postać druga może być klinicznie rozpoznana i niejednokrotnie już podlegała zabiegom chirurgicznym. Do powyżej opisanych zmian w samym ciele gruczołu dodać należy zmiany przewodu i płata dodatkowego, który towarzyszy niekiedy gruczołowi w głąb opuszki. Zmiany te wewnątrz-opuszkowe należą do prostszych, a jednak nie są pozbawione wielu stron ciekawych. Spostrzegaliśmy je w dwóch przypadkach:

W jednym z nich sprawa grzlicza okołocewkowa i wewnątrz-opuszkowa jest bezwarunkowo pochodzenia gruczołowego [COOPER'a]: po środku ogniska grzliczego w opuszcze odnaleźć można gronka [*acini*] gruczołu, z wyraźnie zaznaczającą się grzlicą okołogruczołą [*peri-adenite tuberculeuse*]. W następnym spostrzeżeniu, opuszka zawiera jamę pośrodkową podcewkową, łączącą się z cewką zapomocą przewodu gruczołu, który jest jeszcze zupełnie dobrze zachowany.

W trzech dawnych okazach muzeum NECKER'a, w których zmiany grzlicze należą do głębokich i licznych, widzieliśmy owe jamy środkowe, którym dały początek prawdopodobnie gruczoły COOPER'a, jak to należy sądzić na zasadzie dwóch wyżej opisanych przypadków.

Wszystkie te przeróżne zmiany natury grzliczej jak zewnątrz-, tak też i wewnątrz-opuszkowe, wogóle dość częste, zasługiwały na krótki opis i wyróżnienie ze względu na ich wielorakie postaci anatomiczne w różnych stopniach rozwoju. Jest to rozdział b. ważny w historii nauki o grzlicy okołocewkowej, zapoczątkowej przez ENGLISCH'a.

Streszczenie zmian histologicznych.

W poprzedzającym opisie anatomicznym ograniczyliśmy się do przedstawienia zasadniczych zmian charakterystycznych, nie uwzględnivszy szczegółów histologicznych. Rozpatrzenie powtórne typowych spraw gruźliczych, jak ziarnina i owrzodzenia w ich postaciach klasycznych, byłoby niezajmujące i pozbawiane korzyści.

Na zakończenie mamy zamiar streścić wyniki własnych badań histologicznych, usiłując przedstawić ogólny obraz zmian drobnowidzowych w gruźlicy cewki. Opis tych ostatnich różnić się będzie nieco od opisu w porządku powyżej dokonanym; w samej rzeczy, zmiany gruźlicze błony śluzowej dróg moczowych posiadają niekiedy cechy mało wybitne, tak, że na pierwszy rzut oka mogą powodować pewne wątpliwości co do istoty samej sprawy.

A. Z m i a n y w ś l u z ó w c e. Gdy badamy owrzodzenia gruźlicze błony śluzowej cewki lub nacieczenia jednolite powierzchowne lub głębokie, ulegające przemianom wstecznym i sprawie zserowacenia, nie należy się łudzić, że we wszystkich okazach i to na pierwszy rzut oka odkryjemy obrazy charakterystyczne dla gruźlicy. Bardzo często bowiem dno serowate owrzodzenia lub gruzełek, umiejscowiony w niem pośrodku, przedstawiają się na skrawku jedynie jako zbiór elementów niewyraźnych, częściowo zlewających się pomiędzy sobą, barwiących się źle i nie różniczkujących barwników. Na takim tle istnieją ogniska nieco bardziej blade, przezroczyste, prawie bezkształtne, w których odróżnić można zaledwie drobną ziarninę, cząsteczki jąder i kępki szklisto-serowate nieunaczynione. Są to zmiany wsteczne, będące na drodze do zserowacenia; twory gruźlicze dotknięte są rozległą sprawą nekrotyzacyjną i zdradzają dążność do zupełnego rozpadu i eliminacji. Ogniska serowate otoczone bywają wałem w postaci nacieczenia, składającego się z komórek młodych, przytem mniej lub więcej szerokiego i zwykle bardzo gęstego. W warstwach wewnętrznych, dotyczących do ogniska serowatego, komórki okrągłe są mniej wyraźne, luźniej ułożone; przeciwnie, bardziej na zewnątrz, w bezpośrednim sąsiedztwie tkanki zdrowej te same jednostki anatomiczne występują wyraźniej i barwią się prawidłowo. W tej to właśnie obrączce granicznej oraz na brzegach jej należy szukać zasadniczych zmian gruźliczych. Badając pewną seryę kolejną skrawków, zwykle udaje się odnaleźć gruzełki całkowite lub częściowe, jako to: zawierające komórki olbrzymie i krąg komórek t. zw. epitelioidnych oraz zarodkowych, dalej, komórki olbrzymie pośrodku kępki szklisto-serowatej lub pośrodku gruzełka o typie całkowicie zarodkowym.

W razie braku jednostek anatomicznych powyższych, które spotykają się zresztą nie na wszystkich skrawkach, badanie powierzchowne doprowadziłoby mogło do przeoczenia natury gruźliczej owrzodzenia lub znajdującego się pod niem guziczka i skłonić do fałszywego rozpoznania sprawy zwykłej zapalnej, wkraczającej w okres zmian wstecznych i wrzodziących. Wygląd makroskopowy zmian anatomicznych, istnienie jednocześnie spraw gruźliczych w innych częściach układu moczowego, rzadkość owrzodzeń cewki pochodzenia innego,

winny zachęcić badacza do dalszych i licznych badań całej seryi skrawków, zwykle wykrycie gruzelka lub komórki olbrzymiej utrwała rozpoznanie pod względem histologicznym.

Często też, rozległe zmiany dawne, owrzodzenia i nacieczenia obszerne bywają powikłane zmianami wtórnymi, świeżymi, znajdującymi się na drodze rozwoju nader charakterystycznego.

B. Zmiany w tkance jamistej. Guziki gruzlicze wtórne lub pierwotne, umiejscowione w tkance jamistej okołocewkowej, odznaczają się najwybitniejszymi cechami swoistymi. W przegrodach oraz w komorach [aréoles] tkanki jamistej spotkać się można często z typowym gruzelkiem, posiadającym pośrodku komórkę olbrzymią i prócz tego dwa kręgi koncentryczne: epithoidalny i zarodkowy.

W otoczce włóknistej ciała jamistego i poza granicami tejże spostrzegaliśmy gruzelki typowe w znacznej liczbie, ugrupowane w rzędy podłużne w przestrzeniach międzykomorowych. Ugrupowanie, tak dalece uderzające, zniewała do przypuszczenia, że układ chłonny odgrywa tu swą zwykłą rolę pod względem szerzenia się sprawy gruzliczej. Pod powierzchnymi guzikami gruzliczymi śluzówki oraz wokoło guzików głębokich, tkanka jamista przedstawia się niekiedy zupełnie zdrową. Częściej jednak bywa zgrubiałą i stwardniałą na przestrzeni różnej, co odbywa się kosztem powiększenia objętości przegród i równoległego zmniejszenia pojemności komór. Sprawa ta zapalna, ograniczona, przewlekła, odbywająca się wokoło ognisk gruzliczych, może być wtórną i wówczas wywołana jest bezpośrednio przez nowotworzenie się swoiste, polegające na istotnej sklerozie obwodowej, która zmierza do reakcyi oraz do wygojenia samoistnego. W innych przypadkach sklerotyczne przeistoczenie tkanki jamistej okołocewkowej bywa bardziej rozlane, obszerne i nawet ogólne: wówczas mamy do czynienia ze zmianami sklerotycznymi okołocewkowymi zwykłymi, jako z wynikiem zapalenia cewki przewlekłego, dawno istniejącego, które poprzedziło i przygotowało zapewne wybuch gruzlicy. Rozpoznanie anatomiczne różniczkowe obu tych postaci spraw sklerotycznych nie zawsze bywa łatwe; jednak topografia zmian, ograniczonych w jednym przypadku, rozlanych w drugim, a najbardziej dane patologiczne ułatwiają nam to zadanie.

Zmiany w gruczołach.

Gruzlca gruczołów cewki zasługuje na szczegółowe uwzględnienie: gruczoły te, jak wiadomo, położone są w samej masie tkanki jamistej okołocewkowej, z którą wspólnie zazwyczaj podlegają zachorzeniu. Często też sprawa umiejscowiona jest w przypadkach gruzlicy cewki jedynie w gruczołach i niezależnie od ciała jamistych prącia, które je otaczają, i przedstawia różne stopnie rozwoju. Okres początkowy, lekki i najczęstszy, polega na prostym rozszerzeniu gruczołu oraz na mniej wybitnie zaznaczonej proliferacyi nabłonka. Prócz tego, rozszerzony gruczoł otoczony bywa pasem tkanki, znajdującej się w stanie zapalnym z rozwojem komórek zarodkowych, a złuszczone nabłonek wypełnia wewnątrz gruczołu masą jednolitą i uległą zwyrodnieniu.

W niektórych przypadkach w samej istocie nacieczenia, otaczającego gruczoł, naprzeciw ściany gronka (*acinus*), spostrzegać można jeden lub więcej gruzełków typowych.

Wreszcie, w ostatnim stopniu rozwoju, grzłlica gruczołów, umiejscowiona w tkance około gruczołowej, odznacza się cechami wybitnymi: gruczoł jest powiększony i jakby wpochwiony w spory guzik, składający się z nacieczenia o typie zarodkowym; gronka (*acini*) gruczołu są przedziurawione i wypełnione komórkami nabłonkowymi, będącymi w okresach zwyrodnienia, dalej, liczne gruzełki z komórkami olbrzymimi, ziarnina lub masy szklisto-serowate w rozwoju wstępnym rozsypane są wśród tkanek, gruczoł otaczających.

Tego rodzaju zmiany gruczołowe, spostrzegane w kilku naszych przypadkach w pierwszym i rzadziej w ostatnim okresie swego rozwoju, wystąpiły jednak wszystkie w pewnym przypadku owrzodzeń rozległych cewki.

Częste występowanie zmian powyższych zniwala nas do wnioskowania, że gruczoły cewkowe odgrywają wcale niepoślednią rolę w powstawaniu i szerzeniu się grzłlicy cewki. Zmiany w gruczołach mogą być punktem wyjścia dla ognisk grzłliczych podśluzowych i dla owrzodzeń błony śluzowej: szczególnie są one w stanie, co nie ulega wątpliwości, pośredniczyć przy szerzeniu się spraw, powstających na powierzchni śluzówki, w głąb tkanki jamistej około-cewkowej.

Dotychczas nie mieliśmy jeszcze sposobności spostrzegać grzłlicę gruczołów COOPER'a w początkowej fazie rozwoju. W ciele gruczołu zdołaliśmy dojrzeć jedynie zmiany nieco dalej posunięte w postaci nacieczenia całkowitego, rozlanego i starego zwyrodnienia serowato-torbielowego.

W dwóch przypadkach grzłlicy wewnątrz-opuszkowej zrazu dodatkowego gruczołu COOPER'a mogliśmy stwierdzić, że zmiany początkowe zbliżone były do zmian, które spostrzegamy w innych gruczołach cewkowych: przedstawiały one wszystkie cechy grzłlicy okółogruczołowej rozlanej, którą opisaliśmy powyżej.

W przypadkach zapalenia okółocewkowego odkryliśmy w ciałach jami-
stych prącia zmiany, zupełnie identyczne ze zmianami w ciele jamistym cewki, a mianowicie: gruzełki elementarne, ogniska serowate, nawet jamy małe w oczkach tkanki jamistej, oraz gruzełki typowe w otocze włóknistej zewnętrznej i w tkance łącznej obwodowej.

Tylko w jednym przypadku udało nam się odszukać i zabarwić lasecznik KOCH'a wśród tkanek zmienionych; miało to miejsce w typowym owrzodzeniu błony śluzowej cewki, dobrze rozwiniętym i dość już głębokiem.

Laseczniki spostrzegano rozsypane nieprawidłowo, lecz miejscami bardzo liczne w masach serowatych, eliminujących się na dnie owrzodzeń. Odnaleźć je można, lecz rzadko, niewielkimi grupami pod owrzodzeniami, pośrodku guziczków, umiejscowionych w komorach podśluzowych tkanki jamistej.

W przypadku KRASTRE'a odkryto również laseczniki na skrawkach, pochodzących z powierzchni jamy grzłliczej pośrodku główki prącia.

W analogicznym przypadku MICHAUT'a wykryto laseczniki KOCH'a w wydzielinie z cewki.

Sądzimy zresztą, że szukanie laseczników Koch'a, często zawodne i zawsze zmudne, nie stanowi warunku niezbędnego do określania charakteru gruzliczego pewnych zmian.

Zwykle, cierpliwie przeprowadzone badanie histologiczne wystarcza, ażeby się upewnić co do rodzaju sprawy na zasadzie wykrycia gruzełka podstawowego i komórek olbrzymich.

I w istocie, wygląd drobnowidzowy owrzodzeń gruzliczych z dnem szklisto-serowatym oraz guzków serowatych pośród tkanki łącznej ciała jamistego, jest nader charakterystyczny. Istnieje jednak pewien obraz anatomo patologiczny, zresztą wyjątkowy, który mógłby wprowadzić w błąd badacza niezbyt wytrawnego. Mianowicie, w przypadkach zapalenia cewki rzekomo-błoniastego (*pseudo-membraneuse*) lub zgorzelinowego powierzchownego, na przecięciu cewki na powierzchni śluzówki istnieją niewyraźne jednostki nekrotyczne, złe barwiące się, będące na drodze do rozpadu, które możnaby przyjąć za nacieczenie rozlane błony śluzowej. Brak tu jednak zasadniczych postaci zmian gruzliczych; przytem patogeneza sprawy, ostre powstanie, brak innych zmian gruzliczych w układzie moczowym, które towarzyszą zwykle gruzlicy cewki, pozwalają na uniknięcie omyłki w rozpoznaniu pod względem histologicznym.

III. Gierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Jackson'a i bezwład postępujący.

Napisał

Dr med. Stan. Bucelski,

starszy ordynator Szpitala dla obłąkanych w Tworkach.

— → — — ← —

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 11].

W zwykłych warunkach sprawa, stanowiąca anatomiczny podkład bezwładu, rozwija się stopniowo, powoli, zagarniając coraz większy obszar, coraz inne części mózgu, przenosząc się z kory na węzły podstawowe i t. d. Taki bieg sprawy patologicznej ujawnia się na zewnątrz stopniowym wzmaganiem się zaburzeń intelektualnych i ruchowych. W danym przypadku nic podobnego nie widzieliśmy, można więc przypuścić, że sprawa, tkwiąca do pewnego czasu w rdzeniu, odrazu, w postaci licznych ognisk przerzuciła się na mózg, powodując tym sposobem raptowny wybuch i burzliwy przebieg choroby. W taki sposób, zdaje mi się, rozwija się bezwład w przeważnej liczbie przypadków wędu rdzenia, który też stanowi punkt wyjścia bezwładu, bezpośrednią materjalną

i pośrednią moralną jego przyczynę, a więc w tym razie bezwład jest istotnie cierpieniem wtórnym.

To, co mówiłem o stosunku władu rdzenia do bezwładu wtórnego daje się nawet łatwiej *mutatis mutandis* zastosować do innych cierpień rdzenia, takich np. jak *scleroris disseminata* i *atrophia muscularis progressiva*, do których, jak wiadomo, również niekiedy może przyłączyć się bezwład.

Widzimy więc, że wtorny rozwój bezwładu przy organicznych cierpieniach rdzenia daje się stosunkowo łatwo wytłómaczyć, ale taki sposób powstawania wtórnego porażenia mózgu nie może już mieć miejsca w przypadkach, w których chorzy, po przebyciu w dawniejszym swem życiu jakiejś ostrej psychozy, zapadają ponownie po kilku, czy kilkunastu latach zupełnego zdrowia na bezwład, również wtórnym przez wielu autorów zwany. Są to przypadki rzadkie, niewątpliwie rzadziej zdarzające się niż bezwład wtórny u tabetyków, i z podanych przez niektórych autorów liczb (włącznie z własnymi spostrzeżeniami) okazuje się, że :

z ogólnej liczby paralityków	poprzednio przeszło	co stanowi %
725	zadumę 4	0,55
515	paranoję ostrą 4	0,77
1034	szal 9	0,87
608	nieokreśl. ostrą psych. 4	0,65

a więc w anamnezie 2882-u paralityków mamy 21 razy ostrą psychozę, t. j. 0,72% przypadków, czyli w stosunku do wstępującej postaci bezwładu (której częstość podług moich obliczeń wynosi 4,47%) ten ostatni spotyka się przeszło 6 razy częściej. Na podstawie otrzymanych cyfr, możnaby jeszcze powiedzieć, że najwięcej szans zachorowania na bezwład mają maniacy, mniej — paranoicy i najmniej melancholicy.

Czas, przedzielający ostrą psychozę od bezwładu, wynosił 2 do 39-iu lat, przeciętnie—16, a przy uwzględnieniu oddzielnych postaci — przy zadumie 21 1/2 lat, przy ostrem pomieszaniu omamowem—11 1/2, przy szale—7, a przy postaciach bliżej nieokreślonych—25 lat. Należy jednak pamiętać, że w liczbie powyższych przypadków znajdują się i takie, w których okres zdrowia trwał krócej, bo tylko 2 do 5 lat. Oprócz znanych mi z literatury 3-ch przypadków paranoi i 1—szału, do tejże kategorii zaliczam 3 własne spostrzeżenia (V, VI, XI) szału, paranoi i postaci nieokreślonej, co do których ze względu na krótki okres zdrowia—można powziąć uzasadnione podejrzenie, że były to przypadki bezwładu, mianowicie pierwszy jego okres, przebiegający bez zaburzeń ruchowych i objawów osłabienia władz umysłowych pod postacią ostrej psychozy. Ale—powtarzam—może być tylko podejrzenie, gdyż wogóle bezwład nie zwykł tak długo pozostawać w stanie utajenia, a więc i w przypadkach powyższych psychoza i bezwład mogły stanowić dwie różne, niezależne od siebie postaci, ale właściwe ocenienie ich przedstawia nieprzyzwyczajone trudności. Każdemu są znane—wprawdzie dość rzadkie—przypadki przychoz, w których przy najściślejszem badaniu niepodobna wykryć żadnych objawów bezwładu; psychoza przebiega szybko i kończy się wyzdrowieniem, które jednakże okazuje

się pozornem, gdyż wkrótce napad obłąkania powtarza się i tym razem zaburzenia ruchowe i psychiczne już wyraźnie wskazują na bezwład. Każdy z takich napadów choroby—mówi SCHUELE (58)—przedstawia zupełnie samodzielny, odosobniony splot objawów, ale wątpliwem jest, aby to były dwie odrębne choroby i SCHUELE przypuszcza, że pierwszy napad cierpienia stoi w związku przyczynowym ze stanem czynnego przekrwienia (*Congestionzustand*), które może chwilowo ustąpić i psychoza przechodzi w pozorne wyzdrowienie.

Gdybyśmy nawet dla usunięcia wątpliwości wyłączyli przypadki z krótką przerwą, to i w takim razie pozostanie nam jeszcze pokaźna liczba spostrzeżeń z przerwą 10-iu do 39-iu lat [spoztrz. IX], a wówczas okres zdrowia wynosi przeciętnie 21 lat i przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z remisją bezwładu, staje się już nieprawdopodobnem. Tym sposobem musimy dojść do wniosku, że w odnośnych przypadkach sprawa patologiczna, właściwa bezwładowi, nie pozostaje w żadnym związku genetycznym z przebytą psychozą, a chociaż Gross (l. c.) mniema, że możliwą jest 10-letnia remisja, to jednakże trudno się z nim zgodzić, należałoby bowiem przypuścić, że zaburzenia w układzie nerwowym, objawiające się klinicznie jako psychoza, ustępują tylko pozornie, a niczem nie zdradzając swego utajonego istnienia, w końcu odzywają się ponownie. Tymczasem mamy liczne dowody powrotu pierwiastków nerwowych *ad integrum* przy wyzdrowieniu z psychozy ostrej,—wystąpienie zaś bezwładu po wielu latach zdrowia chyba dostatecznie może być wyłómaczone w inny sposób, niż składaniem winy na przebytą psychozę. Przyczyny, od których zależy ostra psychoza, być może, zarazem sprowadzają jakąś zmianę w układzie molekularnym, czy jakiś inny przewrót, już na zawsze osłabiający odporność tkanki nerwowej, która tym sposobem staje się wrażliwszą na zewnętrzne czynniki destrukcyjne, a zatem można przypuścić, że przebyta psychoza przy sprzyjających warunkach ułatwia powstanie bezwładu, nie stanowiąc jednak sama bezpośredniej jego przyczyny, z czego wynika, że przypadki, o jakich była mowa, w żadnym razie nie mogą być zaliczane do kategorii bezwładu wtórnego.

Również i bezwład, rozwijający się u głuptaków, nie zasługuje na nazwę „wtórnego.“ Z cyfr, przez niektórych autorów podanych (ASCHER 643 M.—3 przyp., KUNDT, 189 M. i 40 K.—1 M.; KAES 1093 M. 319 K.—1 M. 2 K.), okazuje się, że tylko 0,3% paralityków należało do kategorii umysłowo upośledzonych. Czy tak jest rzeczywiście—trudno powiedzieć...

Z 19-tu przytoczonych spostrzeżeń głuptactwa wszystkie należą do bardzo lekkich stopni tego upośledzenia, a ponieważ w większej połowie przypadków rozpoznanie tej wady rozwojowej nie było oparte na bezpośredniej obserwacji, lecz na podstawie wywiadów, którym w kwestyi tak subtelnej, jak decydowanie o sprawności umysłowej zaufać niepodobna, zwłaszcza że wywiady pochodziły od również, jak i sami pacyenci, nieinteligentnego otoczenia, to można przypuścić, że dyagnoza głuptactwa nie zawsze była zupełnie pewna. Niepewną też jest dyagnoza i w tych przypadkach, w których rozpoznawano głuptactwo *post mortem* na podstawie wagi mózgu; zmniejszona bowiem waga za znamię patognomoniczne poczytywaną być nie może, gdyż stopień sprawności umysłowej

nie zależy od absolutnej wagi mózgu, której zmniejszenie mogło w danym przypadku pozostawać w związku z zanikiem, tem najpospolitszem zjawiskiem przy bezwładzie. Uwzględniając uwagi powyższe, sędzę, że znalezione 0,3% głuptaków w liczbie paralityków, jest jeszcze za wysokie.

Osobiście ani razu nie zdarzyło mi się obserwować głuptaka, dotkniętego następnie bezwładem, nie uważam bowiem za dostateczne do stwierdzenia upośledzenia umysłowego takich wskazówek anamnestycznych, jak np. że chory od dzieciństwa był tępy,... nie chciał i nie mógł się uczyć,... był zawsze leniwy, pamięć miał bardzo słabą,... nie szanował cudzej własności,... cieszył się z cudzego niepowodzenia,... odznaczał się oryginalnością w ubiorze, mowie, postępowaniu i t. p. Tego rodzaju spostrzeżeń mam 7 (z 415), ale osobiście tych wad charakteru, czy może—umysłu nie stwierdziłem, genezy ich nie poznałem, zatem do przypadków wrodzonego upośledzenia umysłowego zaliczyć ich nie mogę.

Kwestyonując jednak częstość, nie myślę zaprzeczać możliwości bezwładu u głuptaków, sędzę wszelako, że rozwijający się w upośledzonym *ab origine* mózgu bezwład, powstaje pierwotnie, albowiem w lżejszych stopniach głuptactwa dla umysłu upośledzonego dostępne są wszelkie bodźce, jakie wywołują bezwład i u zupełnie normalnych ludzi, a przy wyższych stopniach głuptactwa, kiedy wrażliwość mózgu na czynniki natury moralnej jest zapewne zmniejszona, kiedy więc wzruszenia uczuciowe w etyologii nie odgrywają poważniejszej roli, a również nie może mieć znaczenia t. zw. przepracowanie umysłowe, do jakiego głuptak nie jest zdolny, to jednakże i poza tymi czynnikami jest jeszcze szereg innych „materyalnych,” jak syfilis, uraz, pijaństwo, które w wadliwym pod względem rozwoju mózgu mogą spowodować zmiany, ujawniające się na zewnątrz w postaci bezwładu.

Zjawienie się bezwładu u ludzi, poprzednio dotkniętych ostrym obłędem pijackim, jest zadziwiająco rzadkie. Nie licząc niepewnego przypadku, o którym wspomina SCHUELE (59), znalazłem jedno tylko niewątpliwe tego rodzaju spostrzeżenie (BERG), sędzę jednak, że w rzeczywistości przypadki takie zdarzają się częściej, sam bowiem znalazłem 3 z ogólnej liczby 415 paralityków, co stanowiłoby 0,72%. Wobec małej liczby spostrzeżeń, niepodobieństwem jest cokolwiek powiedzieć ani o charakterze rozwijającego się następnie bezwładu, ani o jego stosunku do poprzedniego obłędu pijackiego. Jednakże, opierając się na spostrzeżeniach *delirii tremennis* i jego następstw nawet w przypadkach, gdy podlegający mu zaprzestają dalszych nadużyć wysokowych, należy przypuścić, że alkohol w tych razach zdołał poczynić zmiany tak poważne, że zupełne ich usunięcie staje się już niemożliwym. Przekonywają o tem napady *delirii trem.* pod wpływem jakiegoś silnego bodźca, np. urazu u ludzi oddawna zupełnie niepijących. KRAEPELIN (60. 61) przypuszcza że *delirium trem.* rozwija się skutkiem jakiegoś poważnego zaburzenia w przemianie materji, że nie chodzi tu o proste wzrastające zatrucie alkoholem, lecz o zatrucie *sui generis*, do którego alkoholizm tylko usposabia.

Dalej, mając na uwadze, że zatrucie wysokiem, trwające przez czas dłuższy, spowodza zmiany, dające obraz kliniczny bezwładu, że mikro- i makro-

skopowe zmiany przy bezwładzie i przy alkoholizmie przewlekłym różnią się między sobą tylko natężeniem, że w pewnych przypadkach bezwładu u ludzi, nigdy poprzednio nie używających napojów wysokowych, występuje niekiedy obraz *delerii tremmentis* [po napadach padaczkowatych], przypuścić można, że oba te cierpienia polegają na jednej i tej samej zasadniczej sprawie, na obecności pewnych toksyn, pod wpływem alkoholu wytwarzających się i istniejących nawet po ustaniu nadużyć wysokowych. Wówczas jednak toksyny nie przedstawiają jeszcze dostatecznego bodźca do podtrzymania i dalszego rozwoju sprawy, a więc i zmiany, przez alkoholizm resp. *delirium trem.*, spowodowane, same przez się do bezwładu nie doprowadzają, jeżeli jednocześnie niema ubocznych destrukcyjnych czynników, chociażby nimi były właśnie dalsze nadużycia *in baccho*. Z tego wynika, że przy alkoholizmie, przy przebytem poprzednio *delirium trem.*, bezwład nie rozwija się wtórnie, jakkolwiek między obu cierpieniami istnieje wspólność przyczyny.

Przechodzę teraz do przypadków bezwładu, rozwijającego się na tle i po kilkoletniem trwaniu ogólnego przewlekłego obłąkania (*paranoia chronica*). Przypadki takie zdarzają się bardzo rzadko, gdyż z liczby spostrzeżeń, podanej przez niektórych autorów, okazuje się, że do tej kategorii należy tylko 0,68% paraliyków. [D. n.].

ODCINEK.

Ruch ludności miasta Warszawy w ciągu okresu 20-letniego (1882—1901), porównawczo z innemi miastami.

Napisał

Witold Załęski,

naczelnik sekcji statystycznej magistratu m. Warszawy.

[Odczyt, miany w Towarzystwie Hygienicznem w sekcji biologicznej 11-go grudnia 1902 r.].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 10].

S L U B Y.

Przechodzimy do statystyki ślubów. Liczba zawieranych związków małżeńskich w Warszawie w ciągu ostatnich 20-tu lat trochę się zwiększyła, było bowiem średnio rocznie na 1000 mieszkańców podczas okresu 5-letniego:

1882—1886	. . .	9,10
1887—1891	. . .	9,18
1892—1896	. . .	10,75
1897—1901	. . .	9,26

Za ostatnie dwa lata liczba zawieranych ślubów zmniejszyła się dosyć znacznie, było bowiem:

w r. 1900	8,81 na 1000 mieszkańców
1901	8,72

W Petersburgu ¹⁾ było mniej zawieranych ślubów niż w Warszawie, wypadło bowiem w r. 1889—6,0 na 1000 mieszkańców.

Podług obliczeń biura statystycznego w Amsterdamie na 1000 mieszkańców było w r. 1901 osób wstępujących w związku małżeński ²⁾:

w Londynie	17,6	w Glasgowie	18,5
w Nowym-Yorku	18,9	w Budapeszcie	17,3
w Paryżu	20,0	w Warszawie	16,5 [dokład-
w Berlinie	21,0	w Hamburgu	17,1 niej 17,44]
w Wiedniu	18,8	w Brukseli	21,2
w Petersburgu	10,1	w Amsterdamie	15,7
w Buenos-Ayres	15,4	w Monachium	22,7
w Rio de Janeiro	6,0	i t. d.	

W 55-iu miastach niemieckich ³⁾ wypadło w r. 1899 na 1000 osób ludności średniej najwięcej ślubów:

w Manheimie	12,45
w Monachium	12,13
w Norymberdzie	12,12
w Essen	11,65
w Frankfurcie und M.	11,31
w Bochum	11,07
w Kolonii	10,95
w Berlinie	10,94
w Dreźnie i Düsseldorfie po	10,66
w Poznaniu	8,51

Najmniej było zawieranych ślubów:

w Frankfurcie n. O.	8,06
w Münsterze	7,62
w Potsdamie	6,42

są to wszystko miasta z licznymi załogami wojskowymi.

W Berlinie liczba zawieranych ślubów znacznie się zmniejszyła, kiedy bowiem w r. 1875 było 15,31 na 1000 mieszk. w r. 1899 tylko 10,96 ⁴⁾.

W Budapeszcie było średnio podczas okresu 5-letniego 1891—1895—9,6 ślubów na 1000 mieszk. i tyleż w latach 1897 i 1898 ⁵⁾.

Stan cywilny poślubionych.

Podług stanu cywilnego było w Warszawie średnio za okres 20-letni [1882—1901 r.], z pomiędzy zawierających związki małżeńskie męż-

¹⁾ Statist. jeżegodnik S.-Peterburga za 1899 g. str. 7.

²⁾ Tableaux de statistique démographique d'Amsterdam l. c. str. 18.

³⁾ Statistisches Jahrbuch deutscher Städte 9-ter Jahrg. str. 243.

⁴⁾ Statistisches Jahrbuch der Städt. Berlin, 26 Jahrg., str. 50 i n.

⁵⁾ Statist. Jahrbuch d. St. Budapest, str. 78.

czyzn wolnych [kawalerów] 86,86% liczby ogólnej mężczyzn, panien 93,01% liczby ogólnej kobiet; wdowców, zawierających powtórne związki, było 12,47% liczby ogólnej, dwa razy mniej niż wdów, których było 6,44%.

Nakoniec rozwiedzionych, zawierających nowe związki, było mało zarówno mężczyzn, jak i kobiet, pierwszych 0,67%, drugich 0,55% liczby ogólnej.

W Petersburgu ¹⁾ mamy stosunki trochę odmienne. Było wolnych podczas okresu:

1889—1893 . . .	88,4%
1894—1898 . . .	89,3 „
i w r. 1899 . . .	90,3 „

Liczba zatem wolnych mężczyzn zwiększyła się stosunkowo.

Panien było podczas okresu:

1889—1893 . . .	90,1%
1894—1898 . . .	90,9 „
i w r. 1899 . . .	91,1 „

Wdowców było podczas okresu:

1889—1893 . . .	11,3%
1894—1898 . . .	10,4 „
w r. 1899 . . .	9,4 „

Liczba wdowców zmniejszyła się stosunkowo.

Wdów było podczas okresu:

1889—1893 . . .	9,3%
1894—1898 . . .	8,5 „
w r. 1899 . . .	8,3 „

Liczba wdów także się zmniejszyła i nie przedstawia tak znacznej różnicy z liczbami dla wdowców, jaką widzimy w Warszawie. Liczba rozwiedzionych, zawierających nowe związki, jest w Petersburgu bardzo mała, było bowiem w r. 1899 rozwiedzionych mężczyzn 0,3%,

rozwiedzionych kobiet 0,6„.

Kobiet dwa razy więcej niż mężczyzn.

W Berlinie ²⁾ w r. 1899 wypadało:

na kawalerów . . .	88,23%
„ wdowców . . .	8,05 „
„ rozwiedzionych . . .	3,72 „
Razem	100
było panien . . .	91,87%
wdów . . .	5,07 „
rozwódek . . .	3,06 „
Razem	100

W Budapeszcie podczas okresu 5-letniego 1891—1895, było:

kawalerów . . .	86,7%
wdowców . . .	11,6 „
rozwiedzionych . . .	1,7 „
Razem	100

¹⁾ Stat. jeżegodnik S.-Peterburga za 1899 g. Str. 10.

²⁾ Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin. 26 Jahrgang. str. 54.

Między kobietami było:

panien	89,8%
wdów	8,8 „
rozwóddek	1,4 „
Razem	100

W r. 1898 było między mężczyznami:

kawalerów	89,9%
wdowców	9,2 „
rozwiedzionych	0,9 „
Razem	100

Z pomiędzy kobiet było panien	91,9%
wdów	6,8 „
rozwóddek. . . .	1,3 „
Razem	100

Zwiększyła się zatem liczba wolnych obu płci a zmniejszyła liczba owdowiałych i rozwiedzionych ¹⁾.

Wiek poślubionych.

Pod względem wieku osób, zawierających związki małżeńskie, w Warszawie podczas okresu 16-letniego [1886—1901 r.] było najwięcej mężczyzn w wieku od 26-iu do 30-tu lat, mianowicie 35,66% liczby ogólnej; następnie w wieku od 21 do 25-iu lat [30,84%], najmłodszych zaś, mających mniej niż 20, było pomiędzy mężczyznami tylko 5,31%. Kobięt było najwięcej w wieku od 21 do 25-iu lat [38,24%], zatem o 5 lat młodszych od wieku największej liczby mężczyzn, następnie było najwięcej kobiet w wieku najmłodszym, mających mniej niż 20 lat [22,49%], 4½ razy więcej niż mężczyzn tego wieku, w wieku od 26-iu do 30-tu lat było kobiet 21,61% liczby ogólnej. Nakoniec w wieku od 31 do 35-iu lat było kobiet 8,95% kiedy mężczyzn 12,93%.

W Petersburgu mamy podobne do warszawskich stosunki wieku pomiędzy poślubionymi. Mężczyzn było najwięcej w wieku od 26—30-tu lat [38,2% liczby ogólnej w r. 1899], następnie w wieku od 21 do 25-iu lat [29,1%]. Kobięt było najwięcej w wieku od 21 do 25-iu lat [37,7% liczby ogólnej w r. 1899], następnie 26,2% w wieku najmłodszym, mniej niż 20 lat, kiedy tego wieku mężczyzn było tylko 5,8%. Kobiet w wieku od 26-iu do 30-tu lat było 19,9% liczby ogólnej 1899 roku ²⁾.

W Budapeszcie ³⁾ podczas okresu od 1891 do 1895 r. było pomiędzy mężczyznami, zawierającymi związki małżeńskie, najwięcej w wieku od 24-ch do 30-tu lat—48,7%, następnie w wieku od 30-tu do 40-tu lat—31,9%, w wieku od 20-tu do 24-ch lat było tylko—5,9%. Z pomiędzy kobiet było najmniej w wieku od 24-ch do 30-tu lat 31,5%
 następnie w wieku od 20-tu do 24-ch lat 27,2 „
 w wieku od 30-tu do 40-tu lat 21,1 „
 w wieku od 17-tu do 20-tu lat 10,8 „

Związki zatem małżeńskie zawierają się w wieku późniejszym w Budapeszcie niż w Warszawie i w Petersburgu.

¹⁾ Statist. Jahrbuch d. St. Budapest. Str. 79.

²⁾ Statist. jeżegod. S.-Peterburga za 1899 g. Str. 8.

³⁾ Jahrbuch d. St. Budapest Str. 88.

W Berlinie ¹⁾ stosunek wieku osób wstępujących w związki małżeńskie jest podobny do stosunków znalezionych w Warszawie. W r. 1899 najwięcej mężczyzn było w wieku od 25-ia do 30-tu lat 42,28%, liczby ogólnej, następnie w wieku od 20-tu do 25-ia lat 26,29%, młodszych zaś niż 20 lat było tylko 0,04%. Kobiet było najwięcej w wieku od 20-tu do 25-ia lat 43,73%, następnie w wieku od 25-ia do 30-tu lat 27,85%, młodszych niż 20 lat było 7,35% i w wieku od 30-tu do 35-ia lat 10,65%, kiedy mężczyźni w tym wieku było 15,95%.

W Paryżu w r. 1899 najwięcej mężczyzn zawierających związek małżeński było w wieku od 25-ia do 29-ia lat, najwięcej kobiet wychodzących za mąż było w wieku od 20-tu do 24-eh, czyli 5 lat młodszych ²⁾.

Z E J Ś C I A.

Przechodzimy do statystyki śmiertelności. Śmiertelność bardzo znacznie zmniejszyła się w Warszawie. Wynosiła bowiem średnio rocznie podczas okresów 5-letnich na 1000 mieszkańców w okresie:

1882—1886 . . .	29,00
1887—1891 . . .	25,40
1892—1896 . . .	24,70
1897—1901 . . .	21,83

Takie stałe zmniejszenie się śmiertelności przypisać należy przeprowadzeniu kanalizacji miasta, dostarczaniu dobrej przefiltrowanej wody ludności i innym zarządzeniom higienicznym.

Podobne zmniejszenie śmiertelności znajdujemy w Petersburgu ³⁾. Na 1000 mieszkańców zmarło w tem mieście:

w roku 1896 . .	26,0 osób
„ 1897 . .	23,9 „
„ 1898 . .	24,6 „
„ 1899 . .	23,2 „

W Odesie zmarło średnio podczas okresu:

1891—1895	24,9 na 1000 mieszk.
1896—1900	22,7 „ „

Śmiertelność zmniejszyła się zatem znacznie w tem mieście, umarło bowiem podczas okresu:

1871 do 1875 r.	42,0 na 1000 mieszk.
1876 „ 1880 r.	32,1 „ „
1881 „ 1885 r.	27,8 „ „
1886 „ 1890 r.	26,4 „ „

Podług obliczeń biura statystycznego w Amsterdamie było w r. 1901 zejść na 1000 mieszkańców ⁴⁾:

¹⁾ Stat. Jahrbuch der Stadt Berlin. 26 Jahr. Str. 55.

²⁾ Annuaire statistique de la ville de Paris. 1899. Str. 103.

³⁾ Statist. jeżegodnik S. Peterburga za 1899 g. Str. 22.

⁴⁾ Tableau de statistique démographique d'Amsterdam. I. c. str. 24.

w Londynie	17,6	w Warszawie	21,2 [dokład-
w Nowym-Yorku	20,0	w Hamburgu	17,1 niej 21,65]
w Paryżu	18,6	w Liverpoolu	22,3
w Berlinie	18,0	w Kairze	32,7
w Wiedniu	19,3	w Brukselli	15,8
w Chicago	14,3	w Bostonie	19,7
w Petersburgu	24,2	w Neapolu	26,4
w Moskwie	26,9	w Manchesterze	22,1
w Buenos-Ayres	18,9	w Madrycie	32,7
w Rio de Janeiro	19,4	w Amsterdamie	15,1
w Glasgowie	21,2	w Odesie	22,6
w Budapeszcie	18,7	i t. d.	

W 58-iu miastach austriackich było zejść na 1000 ludności zamieszkałej średnio ¹⁾ podczas okresu:

1886—1890	25,8
1891—1895	23,3
1896—1900	21,0
w r. 1901	20,6

Dla trzech lat pojedynczych liczby zejść z pomiędzy ludności zamieszkałej wynosiły:

w r. 1886	29,2	na 1000 mieszkańców
" 1900	20,9	" "
" 1901	20,5	" "

Licząc także i przyjezdnych, wypadało zejść:

w r. 1886	32,6
" 1900	23,9
" 1901	22,3

Na 1000 osób ludności zamieszkałej zmarło:

	w r. 1886	1900	1901
w Wiedniu	26,4	20,1	19,2
w Pradze czeskiej	30,9	20,3	19,2
w Lwowie	34,3	27,5	24,8
w Krakowie	23,6	20,8	19,9
w Trieście	39,1	27,9	24,3
w Troppau	31,1	25,2	19,5
w Gracu	26,8	21,2	20,1
w Salzburgu	24,2	22,5	17,5
i t. d.			

Widzimy zatem we wszystkich miastach zmniejszenie śmiertelności.

Z pomiędzy 55-iu miast niemieckich ²⁾ było najwięcej zejść w r. 1899 na 1000 mieszkańców:

w Bochum	27,93	w Norymberdzie	25,52
w Wrocławiu	26,57	w Królewcu	25,37
w Szczecinie	26,47	w Poznaniu	25,18
w Chemnitz	25,89	w Duisburgu	15,12
w Halle	25,75		

¹⁾ Statistische Monatschrift, 1902, I u. II, str. 97 i u.

²⁾ Statistisches Jahrbuch deutscher Städte, 9-ter Jahr. Str. 245.

Najmniej było wypadków śmierci:

w Charlottenburgu	16,01
w Wiesbaden	16,68
w Cassel	17,17
w Frankfurcie nad M.	17,28
w Barmen	17,51
w Bremie	17,82
w Erfurcie	17,99

W 287-iu miastach niemieckich ¹⁾, liczących 15000 i więcej ludności, zmarło na 1000 mieszkańców:

w r. 1897	20,3
" 1898	20,3
" 1899	21,1
" 1900	21,0
" 1901	19,7.

Śmiertelność roku ostatniego była mniejszą niż roku poprzedniego.

[C. d. n.].

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie dn. 20. I. b. r.

1. **LEBENSBAUM** przedstawił rozszerzacze ujścia macicznego systemu Bossi'ego i FROMMER'a.

2. **WŁ. KOPYTOWSKI** przedstawił chłopca dziewięcioletniego z owrzodzeniem syfilitycznem pierwotnem na dolnej wardze, powstałem po używaniu przez chłopca podarowanej mu przez kogoś harmonijki. Gruczoły podszczękowe powiększone. Polepszenie po miejscowem leczeniu swoistem; K. przeszedł jednak do leczenia ogólnego, z obawy przed uogólnieniem się sprawy.

3. **GĄBSZEWICZ** przedstawił 17-letniego chłopca z bezwładem mięśnia naramiennego prawego, który wystąpił po silnem stłuczeniu prawego barku podczas konnej jazdy. Zwichnienia, ani złamania nie było. Chory wykonywa ruchy nawrotowe w stawie barkowym, ale nie może unieść kończyny górnej. Podczas uderzenia barku o słup musiało nastąpić uszkodzenie, dotyczące wyłącznie nerwu pachowego i bezwład mięśnia naramiennego. Przy badaniu prądem elektrycznym wszystkie mięśnie oddziaływały prawidłowo, oprócz mięśnia naramiennego.

4. **FR. NEUGEBAUER** wygłosił odczyt p. t.: „Co lekarz praktyk wiedzieć powinien o obojnactwie”. Odczyt ten, oparty na ogólnej kazuistyce 872 przypadków wrzekomego obojnactwa, zebranych z piśmiennictwa i na 33-ch własnych spostrzeżeniach, ilustrowany był przez demonstracye licznych fotografii, rysunków i modeli z plastycyny.

J. Brudziński.

Posiedzenie dn. 27. I. b. r.

1. **FELIKS MALINOWSKI** przedstawił dwoje dzieci, dotkniętych gruźlicą pęcherzy po obrzezaniu. Przypadki te są tem ciekawsze, że należą do całej seryi

¹⁾ Veröffentlichungen des Kais. Gesundheitsamts. 1902. Nr. 42, str. 1060.

zarażeń, dokonanych przez jednego i tego samego rzeźnika przy spełnianiu rytualnego obrządku.

2. PALMIRSKI przedstawił chorego, który zgłosił się już z wyraźnymi objawami wodowstrętu i wyleczony został zastrzykiwaniem podskórnym sublimatu i wycięciem miejsc okaleczonych na ręce i nodze. Wycięcia dokonano 12. XII. z. r.; chory już 15-go czuł się dobrze.

3. F. NEUGEBAUER demonstrował: a) ciepłomierz t. zw. „niemy” wynalazku kol. VORSTAEDTERA z Białegostoku,

b) kobietę mężatkę, dietną z *enterocoele vaginalis* ogromnych rozmiarów. N. zastosował *pessarium* PAPIN’a i przemawiał przeciw operacyi.

4. JAN PILTZ wypowiedział rzecz p. t.: „*Luxatio pathologica atlantis unilateralis rotatoria et meningomyelitis cervicalis superior e compressione*” ze znaczną poprawą—i demonstrował sam przypadek. Zwichnięcie to wystąpiło, zdaniem prelegenta, w ten sposób, iż w związku z zapaleniem wielostawowem (*polyarthrititis*), które chory przechodził w 1900 r., rozwinęło się zapalenie stawu międzykręgowego w górniej szyjowej części kręgosłupa, najprawdopodobniej stawu między *atlas* i *epistropheus* po stronie lewej, z następstwami zmianami w samym stawie, co doprowadziło widocznie do jednostronnego rotacyjnego zwichnięcia atlasu i wywołało objawy ucisku na rdzeń w jego górnej części szyjowej. Po wessaniu się wysięku, objawy ucisku na rdzeń stopniowo ustępują. Przemieszczenie górnej części szyjowej kręgosłupa pozostało, co się uwidoczniło na fotografii rentgenowskiej.

W dyskusyi H. LANDAU zwraca uwagę na brak udziału nerwów czaszkowych *hypoglossii* i *accessorii Willisii*, co było spostrzegane w przypadkach *luxationis atlantis* i przypomina, iż unieruchomienie głowy jest niezbędnym warunkiem pozostania przy życiu chorego, dotkniętego *luxatione atlantis*. W przypadku prelegenta ruchy głowy częściowe były możliwe.

KOPCZYŃSKI zapytuje o stan polucyi i erekcyi u danego chorego oraz zwraca uwagę na rodzaj częściowego objawu BROWN-SEQUARD’a, którego podkład anatomiczny jest niejasny.

M. BRUNER w dłuższem przemówieniu przytacza dowody przeciw rozpoznaniu w danym przypadku zwichnięcia atlasu. Zaznacza, iż zwichnięcie atlasu groziłoby natychmiastową śmiercią i przypuszcza w danym przypadku *meningomyelitis* w części górnej szyjowej, jako następstwo reumatycznego procesu w stawach międzykręgowych i ucisk przez nagromadzony wysięk.

BR. SAWICKI zaznacza iż poważniejsze zmiany w stawie, jakie przypuszcza prelegent, mogłyby wywołać jedynie gruźlica kręgów. W danym przypadku gruźlicę jednak należy wyłączyć na zasadzie danych z wywiadów i ze stanu obecnego. S. zwraca uwagę na brak objawu, który się spotyka zwykle przy zwichnięciu kręgów szyjowych: głowa bywa przechylona na bok, lecz broda nie przechodzi poza linię środkową ciała. Zniekształcenie w danym przypadku S. uważa za skutek zapalenia stawu międzykręgowego podczas przebytego zapalenia wielostawowego; porażenia spowodowane były wysiękiem, uciskającym rdzeń.

Tego samego zdania jest W. JANOWSKI. Istniejące dotąd jeszcze znieczulenie na zimno, prawdopodobnie zależy od tego, iż istnieje jeszcze ucisk na przednie drogi piramidalne. Zdaniem J. o zwichnięciu nie może być mowy; wyczuwanie przez prelegenta w gardzieli nierówności mogły zależeć od pozostałych wskutek zapalenia narośli kostnych i grubych blizn.

PILTZ w odpowiedzi zaznacza, iż przypuszcza w swoim przypadku jednostronne rotacyjne zwichnięcie, nie zaś obustronne całkowite, które naturalnie zagraża życiu chorego. W odpowiedzi SAWICKIEMU przytacza zdanie KOCHER’a, który, opisane w jego przypadku położenie głowy, uważa za charakterystyczne dla jednostronnego rotacyjnego zwichnięcia atlasu, BRUNEROWI i LANDAUOWI

odpowiada iż przy tego rodzaju zwieńczeniu głowa nie bywa zupełnie unieruchomiona; na dowód przytacza zdanie OPPENHEIM'a.

PILTZ sądzi, iż w danym przypadku, zgodnie z opisami, podanymi przez KOCHER'a i OPPENHEIM'a, przyjąć trzeba nieznaczne jednostronne zwieńczenie kręgów górnych szyjowych.

J. Brudziński.

Posiedzenie dn. 3. II. b. r.

1. A. CIĄGLIŃSKI przedstawił chorego, lat około 40, z osłabieniem wzroku po urazie. Badanie oftalmoskopowe wykazało zanik tarczy nerwu wzrokowego.

2. Z. DOBROWOLSKI przedstawił chłopca 10-letniego z nacieczeniem w gardzieli na tle dziedzicznego przymiotu. Języczek przedstawia się około 10 razy grubszy i ze dwa razy dłuższy, niż normalnie; na środku języczka żółtawy nalot; podobnie przedstawia się podniebienie miękkie i migdały prawy. Nalot przykrywa owrzodzenie z duem i brzegami gładkimi, mało krwawiącemi. Oprócz tych zmian stwierdzono u chorego zgęszczenie w szczycie prawego płuca, znaczne obrzmienie gruczołów szyjowych i *leucomata* na rogówkach obu oczu. Na gardło choruje od 2-ch miesięcy; od tygodnia stosuje się leczenie swoiste i już wystąpiła znaczna poprawa. Ojciec chorego przechodził przymiot i zmarł podobno na bezwład postępujący. Gruźlicę gardzieli D. wyłącza ze względu na brak laseczników gruźliczych w owrzodzeniach i brak nacieczeń gruźliczych na dnie owrzodzeń oraz ze względu na wielką rzadkość gruźlicy gardzieli u dzieci.

3. J. STEINHAUS wygłosił rzecz p. t.: „Nabłoniaki, powstałe z nabłonka kosmówki u mężczyzn”. S. opisał badanie guza jądra i przyjądrza, który się okazał embryomatem—z rozrostem elementów, identycznych z nabłonkiem kosmówki (*chorioepithelioma*). S. omówił sprawę tę na zasadzie danych, zaczerpniętych ze swego spostrzeżenia i z przypadków opisanych w literaturze, podnosząc rzadkość tej sprawy.

W dyskusji KRYŃSKI przypomina o badaniach autorów polskich — ŚWITAŁSKIEGO i ROSNERA. Nad kwestyą tą pracował również prelegent i STANKIEWICZ.

4. ST. KOPCZYŃSKI wygłosił rzecz p. t.: „W sprawie anatomii patologicznej i patogenyzy płasawicy z demonstracją szeregu preparatów mikroskopowych mózgu i rdzenia”.

K. opisał przypadek płasawicy u 18-letniej dziewczyny [z oddziału dra PAWIŃSKIEGO], która zmarła w 5 tygodni od początku choroby przy ciągłym wzmaganiu się ruchów płasawicznych. Badanie mikroskopowe mózgu i rdzenia z wyjątkiem nieznacznej chromatolizy niektórych komórek kory mózgowej, dało wynik ujemny. K. podnosi, iż wogóle opisy badań mikroskopowych w przypadkach płasawicy odznaczają się niezgodnością i różnorodnością. K. podaje historyczny rys poglądów na patogenezę płasawicy i wypowiada na zasadzie tego przeglądu zdanie, iż kwestya musi pozostać jeszcze otwartą.

J. Brudziński.

Posiedzenie dn. 17. II. b. r.

1. WACŁ. STERLING demonstrował 4 przypadki *ichthyosis cong.* w jednej i tej samej rodzinie.

2. T. DUNIN przedstawił przypadek porażenia mięśni barkowych u p. B. lat 50, które wystąpiło nagle po upadku z utratą przytomności. Badanie w 4 tygodnie potem wykazało: łopatką prawa stoi niżej niż lewa, dół nadobojczykowy prawy daleko głębszy, niż po stronie lewej. Zanik i porażenie mięśni: *mm. scaleni*, całego *m. cucullaris*, *rhomboidei*, *infra* i *supraspin.*, *deltoidei*, w mniejszym

stopniu *biceps* i *supinator long.* Inne mięśnie zachowane. Badanie elektryczne wykazało zupełny odczyn zwyrodnienia. Jako przyczynę przypuszcza D. uraz lub, że względu na fakt utraty przytomności [dawniej omdleń nie było], wylew do rdzenia kręgowego w okolicy korzeni przednich.

W dyskusyi E. FLATAU zwraca uwagę, iż wylew krwi wyłącznie do jednego rogu prawego rdzenia szyjowego należałby do wielkich rzadkości, przeważnie bywa również zajęty róg tylny i uciśnięte tuż obok przebiegające drogi piramidalne, co dałoby cały szereg objawów czuciowych i ruchowych, których brak w przypadku D. FLATAU przypuszcza raczej pochodzenie urazowe.

3. STEINHAUS przedstawił przypadek przerostów ogniskowych w wątrobie, które powstały u 24-letniej dziewczyny w ciągu dwuletniej choroby, przebiegającej z żółtaczką. St. na zasadzie swych badań i innych analogicznych w literaturze, sądzi, iż punktem wyjścia choroby był ostry żółty zanik wątroby; przerosty ogniskowe uważa St. za wysiłki regeneracyjne ocalałych resztek tkanki wątrobowej.

W dyskusyi WŁ. JANOWSKI podnosi, iż na zasadzie obrazu, jaki się widzi na preparatach prel., nie można postawić rozpoznania ostrego zaniku wątroby. Zmiany takie spotyka się w końcowych okresach wszystkich postaci marskości wątroby. Marskości wątroby i w danym przypadku z pewnością wykluczyć nie można, tembardziej, że wywiady wskazują na kilkakrotną żółtaczkę, a na sekcji stwierdzono znaczne powiększenie śledziony. Jedynym, względnie ważnym argumentem na korzyść przypuszczenia St. jest względna młodość spostrzeganej pod mikroskopem tkanki łącznej, brak jednak dokładnej historii choroby nie pozwala na pewne wnioskowanie. W odpowiedzi STEINHAUS zwraca jeszcze raz uwagę na to, że tkanka łączna w danym przypadku jest luźna, młoda, mocno nacieczona, obfitująca w komórki, cechy, których się nie spotyka przy marskości wątroby.

4. ST. GAŁECKI wygłosił odczyt p. t. „Przewlekłe zatrucie tytoniem“. Szkodliwość tytoniu zależy nie tylko od ilości wypalonego tytoniu, ale i od sposobu palenia, gatunku, przyrządzenia i zafałszowań. Najszkodliwszym składnikiem dymu tytoniowego jest nikotyna – jad swoisty nerwowy. Zatrucie przewlekłe nikotyną wywołuje według doświadczeń VASA i PAUDI'ego zmniejszenie zawartości hemoglobiny we krwi, zmniejszenie liczby krążków czerwonych i wzmoczenie się liczby białych, obniżenie stopnia zasadowości krwi. W nerwach wywołuje zmiany degeneracyjne. Prel. wspomina o zatruciu przewlekłym u robotników w fabrykach tytoniowych [ból głowy, zawroty, nudności, wymioty, brak apetytu, po paru latach żółte zabarwienie skóry i niedokrwistość]. Zatrucia u palaczy tytoniu bywają miejscowe i ogólne. Ogólne zaburzenia ustępują z chwilą zaprzestania palenia. Prel. wylicza różne zmiany, występujące w jamie ustnej [„plamy tytoniowe“, zanik dziąseł], gardzieli [uczucie suchości, przekrwienie błony śluzowej i nadczułość], w krtań [objawy niezbyt], w nosie [nadczułość nerwów węchowych u zażywających tabakę, katary]. Ze strony płuc obserwowano duszność, ściskanie w piersiach i napady astmatyczne.

Palenie wywiera wybitne działanie na przewód pokarmowy: zmniejsza apetyt, wzmacnia wydzielanie kwasu solnego, wywołuje gastralgię, w kiszce wzmacnia ruchy robaczkowe i wywołuje przewlekłe biegunki, niekiedy znowu zaparcie.

Ze strony serca spostrzegano bicie serca i bóle napadowe, niekiedy przyspieszenie lub zwolnienie tętna, arytmie i objawy rzekomej duszności bolesnej.

Spostrzegano przy paleniu nadczułość nerwów czuciowych, osłabienie mięśni, drżenie w kończynach. Palenie ma osłabiać sprawność płciową, może być czynnikiem usposabiającym do neurastenii, wywołuje zawroty głowy. Na sprawność umysłową wpływa z początku podniecająco, później przynębiająco.

W dyskusyi RZĘTKOWSKI podnosi brak ścisłych badań nad tak ważną kwestyą, wspomina o wpływie palenia na ciśnienie tętnicze na zasadzie badań własnych [wzmoczenie się ciśnienia, wskutek skurczu tętnic obwodowych a prawdopodobnie i wieńcowych serca]. R. zaznacza, iż dotychczas o izolowanym wpływie nikotyny trudno mówić, gdyż palenie jest zwykle połączone z innymi nadużyciami. Na pewien wpływ palenia na przemianę materyi wskazywałby fakt tycia po zarzuceniu palenia.

JANOWSKI za najbardziej charakterystyczne objawy przewlekłego zatrucia nikotyną uważa: zawroty głowy, napady bicia serca, niemiarkowosć tętna, wrzekomą dusznicę serca, uczucie drżenia lub ściskania serca, gwałtowne bóle żołądka u ludzi palących w nocy lub na czczo. Zdaniem J. palenie tytoniu niewątpliwie zwalnia bieg przemiany materyi i wpływa na powstawanie katarów oskrzeli z obfitą wydzieliną. W końcu J. podnosi, iż w zatruciu tytoniem indywidualność odgrywa daleko większą rolę, niż przy zatruciu wyskokiem, u niektórych więc osobników umiarkowane nawet palenie może być bardzo szkodliwe.

DUNIN podnosi brak badań eksperymentalnych nad wpływem nikotyny; co do szkodliwości zaznacza przede wszystkim wpływ na oskrzela [kaszel z obfitą wydzieliną]. Zdaniem D. prawdziwe katary oskrzeli pochodzenia niegruźliczego są prawie zawsze pochodzenia tytoniowego [działanie gorącego dymu i kurzu więcej, niż nikotyny].

Brak apetytu u palących jest faktem; wzmoczeniem się apetytu tłómaczyć też należy fakt tycia po zaprzestaniu palenia. Przypuszczenie o działaniu nikotyny na przemianę materyi wydaje się D. wątpliwem.

DUNIN podnosi, iż na zasadzie danych dotychczasowych, nie popartych badaniami eksperymentalnymi, trudno wyosobnić objawy ze strony serca i systemu nerwowego. W każdym razie istnienie *ang. pectoris* pochodzenia tytoniowego jest bardzo wątpliwem, co najwyżej mówić tu można o *pseudoangina*. Nakoniec DUNIN podnosi, iż bardzo ważne byłyby badania nad ciśnieniem w systemie krwionośnym.

W dyskusyi zabierali jeszcze głos TRZCIŃSKI, który przemawiał za umiarkowaniem przy ocenianiu szkodliwości wpływu tytoniu i GRUDZIŃSKI, stwierdzając wpływ palenia na powstawanie katarów oskrzeli na zasadzie autoobserwacyi.

J. Brudziński.

WIADOMOŚCI DROBNE.



— Z powodu pociągnięcia w pewnym przypadku lekarza do odpowiedzialności sądowej za niezeszycie rozdartego krocza, wypowiada prof. ZWIERTEL na mocy własnego doświadczenia to przekonanie, że wyniki pierwotnego zeszycia rozdarć krocza III-go stopnia [z rozdarciem zwieracza odbytu] są w praktyce prywatnej bardzo niezadowolające. Ponieważ jednak zdarzają się zagojenia po zeszyciu pierwotnem, to i lekarz-praktyk znać powinien dokładnie metodę wykonywania szwu tego i nakładać go w każdym nadarzającym się przypadku, a to tem więcej, że nieprawdą jest, aby drugie, następne zeszytie trudniej się goiło w przypadkach niepowodzenia pierwszego zeszycia, które jakoby pozostawia po sobie więcej tkanki bliznowatej.

Zasady nakładania szwu przy rozdarciach III-go stopnia streścić się dadzą w sposób następujący:



1) Do usunięcia bólu służy zastrzyknięcie pod skórę krocza 4-ch strzykawek 1%-ego roztworu kokainy, poczem należy poczekać z operacją 4 minuty aż do wystąpienia działania kokainy.

2) Naprzód nakłada się 4 nitki sytuacyjne albo cugłowe, przy których pociąganiu można 2 brzegi rany tak obok siebie złożyć, iż wytwarzają stosunek jak przed rozdarciem. Dwie nitki—po jednej z każdej strony—nakłada się na brzegi rozdartego zwieracza stolca i dwie wyżej na odpowiednich miejscach tylnego wędzidełka sromu.

3) Potem nakłada się od strony rany szwy katgutowe przerywane na *septum recto-vaginale*, bez wkłuwania jednak igły w błonę sluzową kiszki stolcowej. Nitki zostają natychmiast związane.

4) Potem następują szwy pochwowe katgutowe, przerywane, łączące brzegi pochwy. Te nitki zajmują i błonę sluzową i zostają związane natychmiast.

5) Następnie idzie szew ciągły katgutowy, który nakłada się na głęboką szpalatę, leżącą między szwami pochwowymi a otworem stolca. Po związaniu nitek szpalata się zamyka i rana staje się płytką.

6) Wreszcie następują szwy krocza, nakładane pionowo do linii rozdarcia. Szwy są przerywane i mogą być z silkwormgut, z nitki srebrnej, celloidinowej lub z jedwabiu parafinowanego [zwyczajnej nitki jedwabnej Z. nie radzi, gdyż łatwo nasiąka wydzieliną rany].

Jeśli zeszytie krocza ma być pomyślne, to powinno być wykonane tuż po porodzie, a w każdym razie w ciągu pierwszych 24-ch godzin. Podczas gojenia się zeszytej rany należy postarać się o rozmiękczenie zawartości kiszki, a więc trzeba podawać operowanej magnezję, płynne pożywienie, wymywać kiszkę obfitą nalewaniem do niej wody, albowiem twarde masy kałowe, przechodzące przez kiszkę stolcową, mogą łatwo spowodować rozdarcie brzegów rany wskutek naprężenia nitek.

(*Deutsch. med. Woch.* 1903. Nr. 1).

Z.

Wiadomości bieżące.

— W Wilejce pod Wilnem utworzono nowy szpital na 1000 chorych umysłowych. Naczelnym lekarzem mianowano dra KRAIŃSKIEGO.

— W dniu 29-ym kwietnia r. b. odbędzie się konkurs na posadę ordynatora oddziału nerwowego w Szpitalu żydowskim na Czystem.

— Kol. L. WOLBERG mianowany został ordynatorem nowo utworzonego oddziału pedyatrycznego w Szpitalu żydowskim na Czystem.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Medycyna* № 8.

E. BORZĘCKI. Rzeżączka u mężczyzn a pozwolenie zenienia się. J. FRĄCZKIEWICZ. O wodzie Krościeńskiej [c. d.].—№ 9. A WIZEL, Ś. p. dr A. ROTHE, J. FRĄCZKIEWICZ. O wodzie Krościeńskiej [dk.]. E. BORZĘCKI. Rzeżączka u mężczyzn [dk.]—№ 10. L. LORENTOWICZ. Przyczynek do nauki o nowotworach nerkowych, pochodzących z zabłąkanych zawiązków nadnercza. W. PALMIRSKI i L. KOZICKI. Przypadek wodowstrętu u człowieka z zejściem pomyślnem. — *Przegląd Lekarski* № 8. S. JASIŃSKI. O torbielach, wychodzących z trzustki i jej okolicy. T. LENARTOWICZ. Przyczynek do niezwykłego umiejscowienia strupnia woszczynowatego (*favus*). — № 9. E. BIERNACKI. Sprawność lecznicza żelaza. T. LENARTOWICZ. Przyczynek do niezwykłego umiejscowienia strupnia woszczynowatego (*favus*) [dk.]. S. JASIŃSKI. O torbielach, wychodzących z trzustki i jej okolicy [c. d.].

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензур. Варшава, 7 марта 1903. Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8.

LECYTHYNA CLIN'A

Fosfor w stanie naturalnych organicznych związków.

« *Lecythyna naturalna, wydobyta z żółtka jajka, zawiera fosfor w tym stanie związków organicznych o szczególnie energicznym działaniu, które zię odznaczają wszystkie lekarstwa wytwarzane przez istoty żyjące.* »

PIGUŁKI CLIN'A

zawierające Lecythyne naturalną
chemicznie czystą

otoczone cienką warstwą białka roślinnego.

Ilość: 0 gr. 05 cent. Lecythyny w każdej pigułce. — Doza: 2 do 6 pigułek dziennie.

GRANULÉ CLIN'A

zawierające Lecythyne naturalną
chemicznie czystą

Łatwy do zażywania, głównie zię zaleca u dzieci.

Ilość: 0 gr. 10 cent. Lecythyny na łyżeczkę od kawy. — Doza: 1 do 3 łyżeczek od kawy dziennie.

ROZTWÓR CLIN'A

do Wstrzykiwań podskórnych

zawierający Lecythyne naturalną chemicznie czystą.

Roztwór w sterylizowanej oliwie zawierający dokładnie 0 gr. 05 cent. Lecythyny w jednym centymetrze sześciennym.

Jedno wstrzyknięcie dziennie.

WSKAZÓWKI
TERAPEUTYCZNE

NEURASTENIA, OGÓLNE OSŁABIEŃ, ZMĘCZENIE,
RACHICYZM, CUKROWA CHOROBA i t. d.

Dozy dla dzieci: o połowę mniejsze od wyżej wskazanych.

CLIN & COMAR, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

891

BIOSINE LE PERDRIEL

Sól kwasu gliceryno-fosforowego,

zawierająca wapno i żelazo.

BIOSIN. Jest jednym ze środków wzmacniających i regulujących czynności ustroju ludzkiego. Środek ten zużywa się z łatwością i jest przyjemnym w smaku, nie sprawia zaparcia nie zawiera cukru i może być stosowanym w chorobie cukrowej.

Użyty przed posiłkiem ułatwia trawienie, ponieważ wydziela kwas węglowy, pobudzający czynność żołądka.

Le Perdriel et Cie, Paris.

MAGISTRA A. BUKOWSKIEGO

Apteka i Pracownia Chemiczna

Marszałkowska Nr. 54. Telefonu 1319.

poleca

Ferratol vel Sirupus Ferratini compositus

zupełnie pozbawiony smaku żelaza, — zawiera w łyżeczce od kawy ilość żelaza, odpowiadającą 0,45 Ferratyny.

Sirupus jodo-tannicus phosporicus

stosowany zamiast tranu w pedyatryi w ilościach od kilkunastu kropel do łyżeczki kawowej. Zawiera 0,2% jodu chemicznie zmieszanego z garbnikami; 0,04% fosforu i 0,4 tlenku wapnia.

VINUM JODO-TANNICUM PHOSPHATUM — dla dorosłych, używa się łyżkami.

Każda faszka zaopatrzona marką ochronną zatwierdzoną przez Ministerium Finansów za № 16230.

CHEMICZNA FABRYKA VON HEYDEN, RADEBEUL DREZNO.

Xeroform

bóle i wstrzymuje krwawienie, nie drażni i nie wywołuje ekzemy. Odwanla nawet posokowate wydzieliny, działa wybitnie osuszająco i zmniejsza widocznie prędko wytwarzanie rop. Działa wprawdzie w niektórych przypadkach słabiej na wytwarzanie ziarniny niż jodoform, przewyższa jednak jodoform i inne środki w działaniu na wytwarzanie nabłonka. Specyficznie działa przy ulcisz cruris i wszystkich mokrych ekzemaach. Pasta według prof. Bruns'a

Creosotal

przy stosowaniu dużych dawek Creosotalu: 10—15 grm. pro die w 4 dawkach, dla dzieci dawka na dobę 1—5 grm.

Próby i wyciągi z literatury udziela gratis Fabryka chemiczna Heyden'a w Radebeul pod Dreznem lub przedstawiciel na Król. Pol. LUDWIK FRIEDER, Warszawa, Leszno 60.

Najlepszy i najtańszy środek, zastępujący jodoform. W użyciu przyjemny, nie posiada zapachu, nie trujący nawet przy wewnętrznym stosowaniu w dużych dawkach dla antysyptyki kieszek. Wybitnie działa kojąco na

"Heyden". Specyfik przy wszystkich niegruźliczych chorobach zakaźnych dróg oddechowych. Bystre wyleczenie pneumonii (również bronchopneumonii po odrze, grypy i dyfterii)

Instytut szczepienia ospy

D-ra T. STĘPNIEWSKIEGO

Warszawa, Żłota № 28.

Sprzedaż krowianki na miejscu i wysyłka za zaliczeniem.

Łódzkie Chrześcijańskie Towarzystwo Dobroczynności**Zakład****dla Umysłowo Chorych w Kochanowie**

położony o 7 wiorst od Łodzi przyjmuje umysłowo chorych, na następujących warunkach: II klasa, pokój oddzielny, 45 rb. mies. III klasa, na ogólnej sali.

Z jedzeniem II kl. 35 rb. mies., na ogólnej kuchni 25 rb. mies.

Wymagalne dokumenty: 1-e, świadectwo lekarskie o chorobie umysłowej; 2-gie, paszport; 3-cie, zobowiązanie dwóch wiarogodnych osób co do zapłaty.

Przewod. Komitetu

Kierownik Zakładu

Dr. K. Jonscher.**Dr. J. Mazurkiewicz.****NAŁĘCZÓW**

Zakład leczniczy dla chorych z chorobami **wewnętrznymi** (z wyłączeniem gruźlicy i zakaźnych) i **nerwowymi** (z wyłączeniem umysłowych). W sezonie zimowym ceny **zniżone** (utrzymanie wraz z leczeniem od 3 rb. 50 kop. dziennie).

Szczegółowe prospekty na żądanie gratis i franco.

Dyrektor **Dr A. Puławski,**Lekarz zakładu **Dr B. Małewski.**

SANATOGEN

Środek wzmacniający.

Zupełnie nie drażni.

Działanie tonizujące.

Panom lekarzom wysyła próby i broszury bezpłatnie K. I. Kresling.
Petersburg.

Fabrykanci: Bauer i S-ka, Berlin S. W. 48.



W I N O

B U G E A U D

(Vin de Bugeaud)

13—9

toniczno-odżywcze
z Chin i Kakao.

Wyrabiane z dzikiej chin Boliwijskiej, oraz wina szlachetnego gatunku, samego przez się tonicznego. Wino Bugeaud zalecone jest przy anemii, blednicy, malarii, w rekonwalescencji, w chorobach nerwowych i żołądka, słowem, przeciw cierpieniom, wpływającym z bezkrwistości, osłabienia i zmęczenia ustroju. Dzięki kojącym własnościom kakao, wino Bugeaud nie drażni narządów trawienia, jak inne preparaty chinowe.

Wino Bugeaud dostać można we wszystkich
głównych aptekach.

Skład główny: P. Lebeault et C-ie, ulica Bourg-l'Abbé
Nr. 5 w Paryżu.

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich, w gmach Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich Dr. L. Nencki dokonywa wszelkich rozbiórów, wchodzących w zakres dyagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi, mleka kobiecego i t. p. materiałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle.