

GAZETA LEKARSKA.

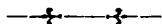
I. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DRA MED. J. PAWIŃSKIEGO W SZPITALU ŚW. DUCHA
I Z PRACOWNI DRA MED. E. FLATAUA.

W sprawie anatomii patologicznej i patogenezy płasawicy (*chorea minor s. Sydenhami*). ¹⁾

Podał

Stanisław Kopeczyński,

b. ordynator kliniki chorób nerwowych.



Do rzędu cierpień układu nerwowego, które w ostatnich latach wskutek szczegółowych badań mikroskopowych i bakteryologicznych różni badacze usiłują przenieść z rubryki cierpień czynnościowych do rubryki cierpień organicznych, należy płasawica. W dość obszernej monografii o tym przedmiocie, napisanej przed 4-ma laty dla wydawnictwa NOTHNAGEL'a przez WOLLENBERG'a ²⁾, płasawica, o której zamierzamy mówić, nosi nawet nazwę „płasawicy zakaźnej, infekcyjnej” — „*chorea infectiosa*”, a inne jej nazwy — „*chorea Sydenhami* i *chorea minor*” są zamknięte w nawias. W ostatnich latach pojawił się wprawdzie pewien zwrot w poglądzie na tę sprawę, najczęściej jednak operowano cyframi statystycznymi lub wywodami teoretycznymi. Roczniki neurologiczne, jak to wyszczególnimy później, wykazują za lata ostatnie bardzo szczupłą liczbę przypadków, w których dokonane było po śmierci szczegółowe badanie mikroskopowe układu nerwowego i dlatego sądzimy, że i nasz przypadek powinien zasługiwać na uwagę.

Zofia P., lat 17, służąca, przybyła do szpitala Św. Ducha na oddział dra PAWIŃSKIEGO w dniu 17-ym grudnia r. 1901, skarżąc się, że „nią rzuca”. Przed trzema tygodniami chora zauważyła, że lewą ręką nie może dobrze władać, że

¹⁾ Według odczytu i demonstracji preparatów mikroskopowych na posiedzeniu W. T. Lek. w dniu 3-im lutego r. b.

²⁾ WOLLENBERG. Chorea. Paralysis agitans. Specielle Pathologie und Therapie von NOTHNAGEL. Wiedeń 1899.

przedmioty trzymane wypadają jej z ręki. Po kilku dniach również i prawą ręką jej zaczęło rzucać, mimo to jednak dwa tygodnie jeszcze mogła pracować. Od tygodnia zaś stan jej o tyle się pogorszył, że zmuszona była położyć się do łóżka. Przedtem wogóle zawsze była zdrowa, tylko w kwietniu przechodziła lekką ospę wietrzną, która żadnych prawie śladów nie pozostawiła. Na reumatyzm nigdy nie chorowała. Pochodzi ze wsi z rodziny zdrowej.

Przy badaniu przedmiotowem okazało się: chora doskonale zbudowana i odżywiona, ma wygląd wprost kwitnący. Leżąc w łóżku, wykonywa bezładne, znamienne dla płasawicy, ruchy głową, tułowiem i kończynami: to przekręca głowę w prawo lub w lewo, to podrzuci ramię jedno lub drugie, to nagle rozeźgnie staw łokciowy lub rozeźgnie kiść, to zegn timer w kolanie nogę lub rozeźgnie paluch i t. p. Wszystkie te ruchy wykonywa bez jakiegokolwiek planu, bezładnie, bezcelowo z naprężeniem umiarkowanym, z chwilowymi przerwami i zupełnym spokojem. Tętno 80. Oddechów na minutę 14. Chora nie gorączkuje. Ciepłota zrana 36,8°. W sercu, w płucach, w narządach jamy brzusznej nic nieprawidłowego nie znaleziono. Porażeń mięśni nie widać. Napięcie ich umiarkowane. Odruchy kolanowe umiarkowane. Odruchy podeszwowe bardzo żywe. Zaburzeń czucia ani przedmiotowych, ani podmiotowych chora nie przedstawia. Mówi chora dobrze. Nerwy czaszkowe funkcjonują prawidłowo. Kał i mocz chora oddaje również normalnie. Rozpoznałem płasawicę (*chorea minor s. Sydenhami*). Polecilem arsenik w roztworze FOWLER'a trzy razy dziennie po 5 do 8 kropel, dyetę przeważnie mleczną, kąpiel obojętną (28° R.) codziennie.

19. XII. 1901. Ruchy płasawicze nieco słabsze. Po przebudzeniu się chorej i po rozwarciu powiek spostrzegłem, że lewa źrenica znacznie szersza, niż prawa; zrównały się co do swej wielkości dopiero po upływie paru sekund.

20. XII. Chora uskarża się na osłabienie. Nie chce pić mleka. Ruchy płasawicze w mięśniach twarzy, zwłaszcza zaś tułowia i kończyn wzmogły się. Otoczenie opowiada o jakimś ataku u chorej, polegającym na silnych ruchach klatką piersiową. Tętno 106. W sercu żadnych szmerów nie słyhać.

21. XII. Usposobienie chorej, dotąd spokojnej, zmieniło się. Chora grymasi. Ruchy płasawicze w mięśniach twarzy wybitniejsze. Tętno 70. Ciepłota 37,2°. Leczenie to samo.

29. XII. Chora niespokojna. Od paru dni rzuca się w łóżku coraz silniej. Na noc polecono chloral. *Chlorali hydrati* 8,0, *Syrupi simplicis, Mucilaginis gummi arabici* aa 15,0, *Aquae destillatae* 150,0. Na noc łyżkę stołową. Chorą otoczono z obu stron siatkami.

31. XII. Ruchy płasawicze coraz silniejsze. Twarz czerwona. Chora niechce odpowiadać na zadawane pytania. Z trudnością połyka mleko. Na noc polecono dwie łyżki z podanego wyżej roztworu chloralu, a w pewnym odstępie czasu 15 kropel 1%-go roztworu morfiny.

2. I. 1902. Ruchy płasawicze bardzo silne. Wczoraj w ciągu dnia chora dostała dwa razy po 10 kropel tegoż roztworu morfiny, na noc trzy łyżki chloralu i 15 kropel morfiny. Wieczorem trochę spała. W nocy była niespokojna. Podczas wizyty rannej chora twierdzi, że czuje się dobrze, że jutro będzie cho-

dziła. Mówi z trudnością wskutek ruchów płasawicznych w różnych grupach mięśniowych na twarzy. Wyrazy te raczej wyrzuca. W sercu szmerów nie słyhać. Odruchów kolanowych po obu stronach nie można otrzymać. O hypotonii wobec ruchów płasawicznych wnioskować trudno. Wciąż stosujemy wanny w wodzie letniej, choć zastosowanie ich przychodzi z coraz większą trudnością.

3. I. Chora wczoraj była bardzo niespokojna. Pomimo trzykrotnej dawki po 10 kropeł morfiny, chora wciąż się rzucała i raz nawet wypadła z siatki. Na noc dostała łyżkę chlorału i 15 kropeł morfiny. W wannie wprost nie sposób było chorej utrzymać. Chora zła, płacze, rwie na sobie bieliznę. Odruchy kolanowe i podeszwowe bardzo słabe. Chora o zimnem mleku mówi, że jest gorące, twierdzi, że pod łóżkiem jej palą ogień. Dziennie wypija dwa do trzech kubków mleka, choć połyka z trudnością. Tętno 160. Ciepłota prawidłowa. Tętno serca czyste.

4. I. Rzucanie się chorej wciąż się potęguje. Mamy wprost przed sobą t. zw. *folie musculaire*. Łóżko chorej otoczone jest ze wszystkich stron materacami, które jednak chora rozrzuca. Dwie służące, stale będące przy niej, daremnie usiłują ją w spokoju utrzymać. Chora, podrzucając całym tułowiem, wyrzucając silnie rękoma i nogami, krzyczy niezrozumiale na całą salę. Na rękach i na nogach pełno siniaków od uderzeń. Tętno 150 o słabem napięciu ze skłonnością do dwubitności. Wczoraj przez cały dzień w pewnych odstępach chora wyżyła 0,03 morfiny. Podczas rannej wizyty zastrzyknąłem jedną strzykawkę 1%-go roztworu morfiny. Na pół godziny chora nieco się uspokoiła, poczem znowu zaczęła bez przerwy wyrzucać rękoma i nogami, podrzucać tułów i wykrzywiać twarz. Po kwadransie zasnęła zupełnie spokojnie i spała do godziny 6-ej wieczorem. Na noc zastrzyknięto chorej strzykawkę morfiny.

5. I. Nad ranem chora była bardzo niespokojna; zastrzyknięto jej znowu 0,01 morfiny. Świadomość chorej zupełnie zachwiana. Mówić jej trudno, wymawia wyrazy jedynie w przerwach między skurczami mięśni twarzowych. Mleko słodkie i zsiadłe pije chętnie, choć połyka z trudnością. Uskarża się, że jej gorąco. Prosi o wodę, którą pije w znacznej ilości. Odruch krtaniowy lewy słaby, prawego wywołać nie można. Tętno 112. Ciepłota prawidłowa. W sercu szmerów nie słyhać. Żrenice wąskie. Zalecono napar liści senesowych, a na noc morfinę i chlorał.

6. I. Zastrzyknięcie wieczorem pod skórę 0,01 morfiny nie wywarło żadnego skutku. W nocy chora dostała 1,0 chlorału, poczem nieco się uspokoiła. Rano były obfite wypróżnienia. Nad ranem o godz. 5-ej znowu 1,0 chlorału, spokój trwał około $\frac{1}{2}$ godziny. Stosowanie dłużej trwającej ciepłej kąpieli okazało się zupełnie niemożliwem, pomimo pomocy kilku osób ze służby, trzymających chorą. Świadomość chorej zachowana. Chora prosi o lód na głowę. Obie żrenice wąskie. Na światło nie oddziałują wcale. Osłabienie napięcia mięśniowego w dolnych kończynach wyraźne. Przy podnoszeniu do góry, kończyny opadają bezwładnie, o ile nie nastąpi gwałtowne podrzucenie niemi. Odruchów kolanowych, z mięśnia dwugłowego nie można otrzymać. Na noc podałem 1,0 sulfonalu.

7. I. Chora podług zeznania służącej, która całą noc przy niej siedziała, była bardzo niespokojna, choć zupełnie przytomna: prosiła o herbatę, wypila jej cały kubek, mówiła, że chce oddać stolec i t. p. Ciężkość 6. I. wieczorem i 7. I rano wynosiła 39°C . Od godziny 8-ej zrana chora uspokoiła się. O g. 10-ej podczas wizyty znalazłem chorą w agonii. Tętno ledwie wyczuwalne — 200 uderzeń na minutę. Oddechów 52. Oddech typu *Cheyne-Stokes'a*. Kończyny chłodne i zimne. Chora nieprzytomna, leży spokojnie, tylko od czasu do czasu podnosi zlekka jedną lub drugą rękę. Żrenice szerokie. Na światło prawie wcale nie oddziałują. Na ciele chorej w różnych miejscach, a zwłaszcza na goleniach, na łopatkach na prawem ramieniu widać siniaki i wybroczyny krwawe. Prawa część szyi i okolica prawego ramienia w stanie wyraźnego obrzęku. W płucach z tyłu w dolnych częściach nieco świstów. Pomimo zastrzyknięcia 2-ch strzykawek eteru i jednej kamfory, tętno chorej nie poprawiło się.

O g. 12 m. 25 przy żrenicach rozszerzonych od *maximum* chora w mojej obecności zmarła.

Sekcja, dokonana w 24 godziny po śmierci, wykazała, co następuje:

Na ciele mnóstwo wybroczyn, głównie w okolicy obu kolan, prawego biodra, na klatce piersiowej po obu stronach. Po stronie prawej w okolicy nad- i podobojczykowej i w okolicy szyi widać obrzęk dość znaczny. Na przekroju z tkanki podskórnej wycieka płyn mętny, czerwony, bez zapachu. Badanie bakteriologiczne tego płynu, dokone później w pracowni dra *Nenckiego*, wykazało obecność czerwonych i białych krążków krwi i liczne paciorkowce i gronkowce. Oba płuca nieprzyrośnięte, trzeszczą na całej przestrzeni, na przekroju dość suche, w dolnych częściach nieco przekrwione. Jama osierdzia płynu nie zawiera. Serce powiększone w wymiarze poprzecznym, lewa komora znajduje się w stanie skurczu, na prawej komorze dość dużo tłuszczu. Wymiary podłużne i poprzeczne wynoszą po 11 ctm. Zastawka dwudzielna przepuszcza $1\frac{1}{2}$ palca, szerokość jej wynosi $8\frac{1}{2}$ ctm.; na brzegu zastawki gdzieś widać małe *verrucae*, nie mające jednak wcale charakteru zmian zapalnych [prof. *Przewoski*]; jama lewej komory średniej wielkości; grubość mięśnia wynosi $1\frac{1}{2}$ ctm., mięsień na przekroju błydy, jakby nieco zgotowany. Zastawka trójdzielna przepuszcza $2\frac{1}{2}$ palca. W samej komorze dużo skrzepów. Szerokość tej zastawki 13 ctm., mięsień w niej rozwinięty dobrze. Tętnica płucna na wysokości zastawek posiada 8 ctm. szerokości, powyżej zastawek $6\frac{1}{2}$, poniżej $8\frac{1}{2}$; zmian żadnych nie przedstawia. W aorcie na zastawkach zmian żadnych nie widać. Szerokość jej na wysokości zastawek 7 ctm., powyżej $6\frac{1}{2}$ ctm., poniżej $7\frac{1}{2}$ ctm. Tętnice wieńcowe serca prawidłowe. Wątroba w stanie zmętnienia miąższowego. Śledziona niepowiększona, na przekroju rwie się bardzo łatwo. Prawa nerka niepowiększona; torebka zdejmuje się z niej łatwo; istota korowa nieco zgrubiała; budowa nerki nieco zartata; na powierzchni tej nerki tuż pod torebką mały ropień, wielkości orzecha laskowego, konfiguracji okrągławej. Lewa nerka podobna do prawej, tylko ropni żadnych w niej nie widać. Błona śluzowa żołądka pokryta śluzem żółtawym. W kiszki błona śluzowa prawidłowa.

Po zdjęciu czaszki widać, że opona twarda znajduje się w stanie przekrwienia, naczynia w niej rozszerzone; to samo można powiedzieć i o oponach miękkich. Rdzeń, oprócz lekkiego przekrwienia opony twardej, również zmian makroskopowych nie przedstawiał.

Mózg po zdjęciu zeń opony miękkiej i rdzeń, pocięty poprzecznie, włożono na trzy dni do 5%-go roztworu formaliny, poczem wykrojono 18 kawałków z różnych okolic mózgu i rdzenia. Zbadane więc były następujące części: część grzbietowa rdzenia górna, średnia i dolna, trzeci i piąty odcinek lędźwiowy, środkowy odcinek krzyżowy, rdzeń przedłużony na wysokości jąder nerwu podjęzykowego, pień mózgowy w okolicy jąder nerwu blokowego i nerwu okoruchowego; z kory mózgowej: *gyrus centralis anterior sinister* część górna i dolna, *gyrus centralis posterior sinister* część środkowa, *gyrus centralis anterior dexter* część środkowa i *gyrus centralis posterior dexter* część górna i dolna, dalej, jądro soczewicowate (*nucleus lentiformis*) z torebką wewnętrzną i zewnętrzną z obu półkul.

Każdy z owych kawałków, poddawszy stwardnieniu zwykłymi sposobami, badałem później następującymi metodami: metodą Nissl'a, WEIGERT-PAHL'a, MARCH'ego, van GIESON'a i alunową hematoksyliną. [C. d. n.].

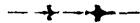
II. Z ODDZIAŁU DRA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZ. JEZUS W WARSZAWIE.

TRZY PRZYPADKI POŁOWICZNEGO ZANIKU JĘZYKA. (HEMIATROPHIA LINGUAE).

Podał

Henryk Landau,

asystent oddziału.



[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 16].

Przedstawiony powyżej obraz chorobowy jest poniekąd typowy dla sprawy, którą zwykliśmy oznaczać ogólnem mianem przymiotu mózgu (*lues cerebri*). Umiejscowiony on jest w danym przypadku głównie na podstawie mózgu. tu zaś siedliskiem jego są najprawdopodobniej opony mózgowe. Rozszerzając się jużto w postaci rozlanej, jużto w postaci miejscowych ucieczeń — gumatów (*meningitis gummosa*), powoduje z jednej strony cały szereg objawów ogólnych, jako to: drgawki, bóle głowy, *neuritis optica* z następczem zejściem w zanik nerwów wzrokowych, wreszcie poliuria, z drugiej zaś strony przechodząc na niektóre z nerwów czaszkowych, a mianowicie na *n. hypo-*

glossus i vago-accessorius po stronie prawej, daje objawy ogniskowe: zanik połowiczny języka, porażenie podniebienia oraz krtani po stronie odpowiedniej. Prócz tego należy przypuszczać, że zajęty tu został również jeden z nerwów okoruchowych, na co wskazuje nierówność źrenic.

Niezależnie wszakże od opon i nerwów dotknięte zostały niewątpliwie sprawą chorobową w tym przypadku również i naczynia na podstawie mózgu, a mianowicie gałązki prawej *art. foss. Sylv.*, zaopatrujące w krew tylny odcinek torebki wewnętrznej na odnośnej stronie. Na obecność bowiem w tej ostatniej ogniska o odżywianiu upośledzonym wskazuje połowiczne porażenie lewostronne wraz ze znieczuleniem, których ślady stwierdzić się dają obecnie w postaci niedowładu lewego nerwu twarzowego oraz lewej ręki wraz z osłabieniem czucia na tej ostatniej, wreszcie drżenia pohemiplegicznego lewej nogi.

Wszelako dwie wymienione, równoległe do siebie przebiegające sprawy, będąc identycznymi co do istoty swej, różnią się zasadniczo pod względem przebiegu. Gdy bowiem zaburzenia w krążeniu, zachodzące w dziedzinie prawej torebki wewnętrznej, nie zdołały sprawić tam widocznie głębszego uszkodzenia tkanki mózgowej, czego dowodem stopniowe wyrównywanie się i wreszcie zupełne ustąpienie wywołanych przez nie objawów chorobowych pod wpływem leczenia swoistego, mamy do czynienia na podstawie mózgu ze zmianami o wiele stalszemi, prawdopodobnie sklerotycznymi, niezdolnemi już przeto do cofania się. Istotnie po otrzymaniu przez chorego 24-ch wcierań maści rtęciowej po 2,0 przy jednoczesnem zażywaniu KJ [po 2,0 dziennie] osłabienie lewego nerwu twarzowego oraz lewej ręki, jako też zaburzenia czucia na lewej dłoni znikły zupełnie, drżenie zaś kończyny dolnej lewej znacznie się zmniejszyło, natomiast pozostałe objawy, jak: drgawki, zanik nerwów wzrokowych, połowiczny zanik języka i t. d. nie uległy w ciągu $\frac{1}{2}$ -rocznej obserwacji żadnej zmianie.

II. 1) J. M., lat 23, urzędnik. W y w i a d y: chory przed 10-ma miesiącami, siedząc przy biurku, poczuł nagle silne mrowienie [„jakby przejście gwałtownego prądu elektrycznego”] w prawym ramieniu; tegoż dnia miał kilkakrotnie uderzenia do głowy. Następnego dnia, idąc ulicą, doznał tak silnego zawrotu głowy, że zmuszony był chwycić się towarzysza, z którym szedł, po chwili wszakże zawrót głowy ustał. Nazajutrz rano, wstając z łóżka, spostrzegł, że chwieje się, jednocześnie zauważył znaczne osłabienie prawej ręki i nogi, tak że zmuszony był pozostać w łóżku. Po upływie tygodnia stan chorego poprawił się o tyle, że mógł już wychodzić z domu; osłabienie wszakże ręki i nogi nie ustąpiło i trwa dotychczas, ulegając jużto chwilowej poprawie, jużto pogorszeniu. Wkrótce po wybuchu powyższych objawów [dokładnie wszakże wskazać, kiedy to nastąpiło, nie jest w stanie] chory zaczął doznawać pewnej trudności przy połykaniu: czuł mianowicie, że mu, zwłaszcza z prawej strony gardzieli, „coś zawadza”; pijąc zachłystywał się często. Jednocześnie spostrzegł raz przypadkiem nieforemność prawej połowy języka: połowa ta

1) Możliwość obserwowania tego przypadku zawdzięczam uprzejmości dra DUNINA, z którego praktyki prywatnej przypadek ten pochodzi.

była jakby pomarszczona i pofałdowana; to ostatnie wszakże żadnych dolegliwości mu nie sprawiało. Zaburzenia w połykaniu po krótkim czasie ustąpiły zupełnie. Mowa była zawsze prawidłowa. W początkowym okresie choroby [w przeciągu pierwszych 2-ich miesięcy] miał chory jakoby niedokładnie rozpoznawać przedmioty, znajdujące się od niego po stronie prawej (okulista stwierdził wówczas porażenie jednego z mięśni ocznych). W początku choroby również cierpiał na osłabienie pamięci. Obecnie pamięć, jak również i zdolności umysłowe są zachowane. Skarży się natomiast na niemożność dokładnego władania prawą ręką i nogą, tudzież na częste zawroty głowy. Przymiotu nie przechodził. Wogóle był zawsze zdrow. Napojów wysokowych używał bardzo umiarkowanie. Matka nerwowa; stryj melancholik [leczył się w Tworzech].

St a n o b e c n y. Wzrostu słusznego, odżywiania miernego. Na skórze blizn żadnych nie widać, gruczoły chłonne niepowiększone. Kręgosłup w środkowej grzbietowej części [na wysokości 6—11 kręgu grzbietowego] odchyła się wyraźnie na lewo: *scoliosis sin.* [To zboczenie kręgosłupa, nie będące widocznie w żadnym związku z obecnym cierpieniem, według twierdzenia chorego, miało powstać 5 lat temu, wskutek usilnej pracy fizycznej w ogrodzie, której oddawał się wówczas]. Stan bezgorączkowy. Tętno 76 umiarkowanie napięte. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Mocz umiarkowanie nasycony, cięż gat. 1011, białka, ani cukru nie zawiera]. Powonienie zachowane. Siła wzroku prawidłowa. Żrenice równe, oddziałują dobrze na światło oraz na przystosowanie. Pole widzenia normalne. Dno oka zmian żadnych nie przedstawia. Podwójnie nigdy nie widział. Ruchy gałek ocznych są zachowane. Przy skrajnych bocznych położeniach gałek widzieć się daje nader wydatny *nystagmus rotatorius*. Ze strony nerwów twarzowych nic nieprawidłowego nie znajdujemy. Słuch zachowany i z obu stron jednakowo silny. Czucie na twarzy prawidłowe. Prawa połowa języka znajduje się w stanie zaniku: jest o wiele cieńsza od lewej, powierzchnia jej pomarszczona i pofałdowana, prócz tego w połowie tej widzieć się dają drgania włókienkowe mięśni; przy obmacywaniu jest miękka i wiotka. Język znajdując się w jamie ustnej, zbacza na lewo, gdy zaś chory go z jamy ustnej wysuwa, język odchyła się na prawo, przyczem wierzchołek zagina się również ku stronie prawej. Wszelkie poruszenia językiem chory wykonywa swobodnie i szybko z wyjątkiem jedynie ruchów bocznych, które są nieco opieszałe. Czucie oraz smak przedstawiają się na obu połowach języka prawidłowo. Zaburzeń w mowie, w przeżuwanu oraz połykaniu pokarmów [stałych i płynnych] niema. Prawa połowa podniebienia jest porażona: wisi bezwładnie i przy fonacji jest zupełnie nieruchoma; języczek zwrócony jest na lewo. Czucie na podniebieniu oraz gardzieli jest zachowane. Badanie laryngoskopowe wykazuje porażenie zupełne prawej połowy krtani (*Cadaverstellung*). Na prąd elektryczny—słaby oraz przerywany—prawa połowa języka oddziałowała zupełnie prawidłowo i pod tym względem żadnych różnic w porównaniu ze zdrową stroną lewą stwierdzić się nie daje.

Chód jest wogóle niepewny, chwiejny; chodząc, chory opiera się mocno na lewej nodze, prawą zaś powłóczy, posuwając końcem jej stopy po ziemi i opijając nią półkoie w kierunku od tyłu ku przodowi. Objaw ROMBERG'a. Koń-

czynny lewe przedstawiają się prawidłowo. Prawe ramię jest zbliżone do klatki piersiowej, przedramię oraz dłoń są lekko zgięte. Palcami tej ręki chory wykonywa ciągle ruchy mimowolne, polegające na powolnem wyprostowywaniu oraz zginaniu tych palców (*atetosis*). Dolna okolica przedramienia jest lekko spłaszczona wskutek słabego zaniku mięśni. Dłoń prawa jest obficie spocona. Siła mięśniowa jest w ręce prawej nader słaba. Osłabienie to jest najwybitniejsze w mięśniach przedramienia i dłoni; to też chory może jeszcze wykonywać ruchy dowolne, jakkolwiek niezupełne, w stawie ramieniowym i łokciowym [unoszenie ramienia ku górze, zginanie przedramienia i t. d.], natomiast poruszać dowolnie prawą dłońią, a zwłaszcza palcami nie może prawie wcale [chory je lewą ręką, również nauczył się pisać lewą]. Mięśnie tej kończyny są silnie napięte, sztywne. Odruchy ścięgniaste (*tricipitis etc.*) są wzmożone. Również podwyższona jest mechaniczna pobudliwość mięśni. Prawa stopa zwiesza się nieco ku dołowi i jest lekko zwrócona do wewnątrz. Chory jest w stanie wykonać prawą nogą wszelkie ruchy dowolne, jak: zginanie oraz wyprostowywanie uda, zginanie kolana i t. d., niemniej wszakże siła mięśniowa tej kończyny jest dość znacznie osłabiona, szczególnie zaś słabo chory przewycięża stawiany mu opór przy zginaniu stopy. Podobnież jak na prawej kończynie górnej, spostrzegamy i na kończynie dolnej po tej stronie znaczną sztywność (*rigiditas*) mięśni. Odruch kolanowy jest po tej stronie o wiele silniejszy niż po stronie lewej; również odruch ze ścięgna ACHILLESA. W prawej kończynie stwierdzamy również objaw stopowy, natomiast objawu BABINSKIEGO niema. Odruchy skórne [podeszwowy, nosidlowy, brzuszny] są po stronie prawej zniesione, po lewej — zachowane.

Czucie dotyku oraz bólu jest na prawych kończynach oraz na prawej połowie tułowia zniesione, z wyjątkiem górnej połowy klatki piersiowej [po nad sutką] oraz okolicy palucha, gdzie jest osłabione: na tych ostatnich miejscach chory słabszych dotknąć *resp.* ukłuć nie czuje wcale lub też zupełnie błędnie je umiejscawia, np. dotknięcie po nad prawą sutką umiejscawia pod prawą pachą i t. d. Znaczne również zaburzenia przedstawia w obrębie obu prawych kończyn czucie mięśniowe [położenia członków]; jest ono w drobnych stawach zupełnie zniesione, w większych zaś znacznie osłabione: chory z trudnością i niedokładnie zdaje sobie sprawę z położenia, nadanego całej kończynie lub też części jej, ruchów zaś w stawach palcowych nie odczuwa wcale. W prawej dłoni chory nie jest w stanie rozeznąć dokładnie kształtu, ani też konsystencji przedmiotów. Czucie ciepłoty jest na całym ciele zachowane. Ataksya — w prawej kończynie górnej i dolnej.

U osobnika zatem młodego, przedtem zdrowego wystąpiło po kilkodniowym okresie zwiastunów porażenie połowiczne wraz ze znieczuleniem, do którego po upływie pewnego przeciągu czasu przyłączył się zanik połowiczny języka wraz z porażeniem miękkiego podniebienia oraz krtani po stronie jednoimiennej. Przyczyną podobnych, powoli powstających, objawów hemiplegicznych, poprzedzonych zwiastunami są najczęściej, o ile nie bierzemy w rachubę nowotworu mózgu, zaburzenia w krążeniu mózgowem tudzież powstające w ich następstwie ognisko rozmiękczenia w torebce wewnętrznej po stronie przeciwle-

głej porażeniu. I w obecnym przypadku, wykluczając nowotwór zarówno ze względu na trudność umiejscowienia tegoż w mózgu, jako też na brak wszelkich oznak zwiększonego ciśnienia wewnątrzmoźgowego, należy przyjąć, że sprawa chorobowa umiejscowiła się w naczyniach na podstawie mózgu, mianowicie też w t. zw. gałązkach centralnych lewej *art. foss. Sylv.*, doprowadzających krew do torebki wewnętrznej tej półkuli mózgu, tudzież w *art. choroid. ant.*, unaczyniającej najbardziej ku tyłowi posunięty odcinek *caps. int.* Mniej lub więcej zupełne zamknięcie światła pomienionych naczyń spowodowało tu prawdopodobnie rozległe ognisko rozmiękczenia, zajmujące całą nóżkę tylną lewej torebki wewnętrznej, czemu też odpowiadają kliniczne objawy połowicznego prawostronnego porażenia wraz ze znieczuleniem. [Zaburzenia wzrokowe, w postaci obustronnej hemianopsyi jednoimiennej, które i w obecnym przypadku, sądząc ze słów chorego, istniały w początkowym okresie choroby, towarzyszą, jak wiadomo, nader często zajęciu tylnego „czuciowego” odcinka torebki wewnętrznej i zależą względnie od tego, czy są stałe lub przejściowe, od bezpośredniego przejścia sprawy chorobowej, lub też od pośredniego oddziaływania ogniska chorobowego [przez ucisk] na sąsiedni wzgórek wzrokowy, *resp. corp. geniculat. ext.*].

Co się tyczy natury cierpienia, to wobec młodego wieku chorego, wykluczającego miażdżycę tętnic mózgowych, tudzież wobec braku innych stanów, mogących powodować powstanie zakrzepu w naczyniach, należy przyjąć, że sprawa rozgrywa się na tle przymiotu (*endoarteritis obliterans luetica*).

Dla wytłomaczenia pozostałych objawów: porażenia wraz z zanikiem prawej połowy języka, porażenia prawej połowy podniebienia oraz prawej struny głosowej, należałoby przyjąć obecność drugiego ogniska, zajmującego okołice jąder *hypoglossi* oraz *vago-accessorii* po stronie prawej; dziedzina ta mózgu zaopatrywana jest w krew, jak wiadomo, przez gałązki *art. vertebralis*.

[C. d. n.].

III. O WARTOŚCI LECZNICZEJ ADRENALINY W CIERPIENIACH NOSA, USZU, GARDŁA I KRTANI.

Podał

Dr Marek Koenigstein.

— + — + —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 16].

II. Anna J., lat 36, żona urzędnika, cierpi na prawostronne zatkanie nosa. Z lewej strony przed 8-u miesiącami chora przeszła u mnie operację polipów śluzowych z częściową rezekcją muszli średniej wskutek zajęcia ropnego jam obocznych. Prawa strona nosa mocno zwężona wskutek sporego przerostu

muszli dolnej na całej linii aż do tyłu i płaskiej listwy na przegrodzie, stykając się z muszlą. Po posmarowaniu 1:1000 adrenaliną muszli i przegrody, kanał rozszerzył się o tyle, iż łatwo mogłem obejrzeć okolicę muszli średniej. Po znieczuleniu muszli i przegrody 5%-ową kokainą, przegroda zbladła mniej niż muszla; nastąpiło kompletne znieczulenie. Zapomocą dłutka zdjąłem listwę aż do tylnej części lemiesza, muszlę zaś nożyczkami ściąłem aż do tyłu. Krwi spłynęło około $\frac{1}{2}$ łyżeczki. Tampon z gazy. Po godzinie chora udała się do domu. Ani podczas, ani po operacji żadnych przypadłości nie było. Tu zauważę, iż gdym przed 8-u miesiącami operował prawą stronę bez adrenaliny, miałem, pomimo iż nos zatamponowałem, silny krwotok wtórny, a podczas operacji ciągle chorej robiło się słabo. Nazajutrz usunąłem tampon prawie bez krwawienia. Po tygodniu chora miała się wybornie.

III. G. S., lat 38, inżynier, przed 10-u laty przechodził w Mińsku operację polipów nosa. Przy badaniu widać całą prawą połowę nosa, wypełnioną szarymi polipami śluzowymi. Z opowiadań chorego widać, iż wówczas krwawienie było dość znaczne. Będąc więc przygotowanym z góry na krwotok, miałem zamiar tamponować natychmiast po operacji. Po zastosowaniu 1:1000 adrenaliny, potem 5%-ej, a następnie 10%-ej kokainy, chory żywo jeszcze odczuwał dotknięcie zgłębnika. Wobec nadmiernej wrażliwości chorego, użyłem jeszcze dwu penzelków 20%-ej kokainy, a następnie całą okolicę średniej muszli wysmarowałem 0,1%-ową adrenaliną. Na pierwszym posiedzeniu usunąłem 8 rozmaitej wielkości polipów, bądź przez wyrywanie, bądź przez odcięcie polipa od szypuły zapomocą zimnej pętli. Ani jednej literalnie kropli krwi. Chory pozostał u mnie przez dwie godziny; krew zdołała zaledwie dwa małe tamponiki waty zabarwić. Wobec tego nosa nie tamponowałem. Krwawienia wtórnego nie było. Po 4-ch dniach oddychanie przez nos wolniejsze. Po rozpyleniu 1:10,000 adrenaliny widać wysoko między przegrodą a tylnym końcem muszli średniej szarawy polip ruchomy, wielkości orzecha tureckiego, widoczny również przy badaniu nosa od tyłu. Po zastosowaniu 0,1%-owej adrenaliny i 20%-owej kokainy uchwyciłem pętlą wystający kawał nowotworu, i przez trakcję usunięty został olbrzymich rozmiarów polip wraz z szypułą. Krwawienia ani po operacji, ani w 24 godziny później, pomimo, że nie tamponowałem nosa, nie było.

IV. Izydor D., lat 40, kapelmistrz wojskowy, cierpi od dawna na katarę nosa. W Petersburgu prof. S. zaordynował mu maść, która choremu znakomicie pomagała, jednocześnie zakwalifikował go do operacji. Chory został do mnie łaskawie skierowany przez kol. G. Badanie wykazuje bardzo dużą przerosty tylnych końców obu muszel dolnych i lewostronny ropotok zatoki czołowej. Pod 0,1%-ową adrenaliną i 10%-ową kokainą usunąłem na jednym posiedzeniu obydwa tylne końce dolnych muszel. Bólu żadnego podczas operacji nie było. Krwi zaledwie parę kropel. Gdy po godzinie nie było krwawienia, chory udał się do domu. Po 5-u godzinach tegoż dnia wieczorem chory przybył do mnie z dużym krwotokiem. Po zatamponowaniu gazą, krwotok ustał. Po 48-iu godzinach tampony zostały usunięte, przyczem krwotok ponowił się z taką siłą, iż zmuszony byłem powtórnie założyć gazę, która nazajutrz została wyjęta.

V. K. L., l. 18, sklepowa, cierpi na obustronne ropotoki zatoki HIGHMOR'a i komórek sitowych. Jamy HIGHMOR'a są od roku otwarte ze strony zębodołu i zamknięte protezą.

Pomimo częstych przemywań jam HIGHMOR'a, wydzielina ropna z jam i z nosa nie zmniejsza się. By ropa mogła obficie wydostawać się z okolicy komórek sitowych, resekowałem przednią kostną część muszli średniej zapomocą konchotomu pod 10%-ową kokainą i 0,1%-ową adrenaliną. Krwawienie bardzo nieznaczne. Po godzinie nastąpił krwotok, zatrzymany gazą jodoformową. Po 24-ch godzinach tampon usunięto. Krwotok nie ponowił się. Chorą widziałem po tygodniu. Ropienie mniejsze. Chora więcej nie zjawiała się.

VI. R. Z., lat 23, żona lekarza, cierpi bardzo od trzech dni na ostry katar nosa. Przy badaniu nosa widać mocno obrzękłe obie dolne muszle, przylegające do przegrody. Muszle średnie mocno przekrwione, lecz mniej obrzmiałe. Wydzieliny niewiele, ropienia nigdzie nie widać. Oddychanie nosem w wysokim stopniu utrudnione. Po jednorazowym posmarowaniu dolnych muszel 0,1%-ową adrenaliną, muszle znacznie się skurczyły, zbladły mocno. Oddychanie nosem wyborne. W ciągu 6-u godzin chora czuła się znakomicie. Badanie nosa nazajutrz wykazuje zwiększoną ilość wydzieliny. Chora skarży się na ustawiczne kichanie. Jeszcze w trzech analogicznych przypadkach działanie adrenaliny było takie same.

VII. Chaim R., lat 28, subjekt, skarży się od trzech dni na chrypkę i na uczucie łechtania w gardle. Przy badaniu wziernikiem krtaniowym widzimy stan zapalny błony śluzowej krtani: strun prawdziwych i fałszywych, chrząstek nalewkowych i tylnej ściany. Niedomykalność głośni. Po rozpyleniu 1:10,000 adrenaliny głos po dwu minutach nieco się poprawił, lubo dalekim był jeszcze od czystego. Wziernik krtaniowy pokazuje mniejszy stan zapalny. Chory utrzymuje, iż „w gardle mu lżej.“ Stan ten nie trwał dłużej nad 30 minut. Zaleciłem choremu okłady rozgrzewające na szyję, kodeinę, oszczędzanie głosu i t. d. Nazajutrz choremu wlałem trzy krople 0,1%-owej adrenaliny do krtani na struny głosowe w chwili fonacji. Wnet, po 30-u sekundach, struny zbieleły, tylko gdzieś tam widać było na nich jakieś naczynie, głośnia zamykała się szczelniej. Głos daleko lepszy. Stan ten trwał do trzech godzin.

VIII. A. R., l. 30, farbiarz, ostatnio skierowany przed miesiącem do mnie przez kol. BRZ. z Kłobucka, cierpi od trzech lat na *tbc. laryngis et pulmonum*. Chory był dwukrotnie przeze mnie operowany na oddziale dra LUBLINERA; zjawiał się do mnie d. 20. XII. 1902. Przed dwoma miesiącami leczył się w Wrocławiu. Bezgłos, łykanie płynów utrudnione. Z prawej strony *perichondritis arytaenoidea*. Lewa chrząstka nalewkowa dochodzi do wielkości małego orzecha włoskiego, nieruchoma. Owrzodzenia rozległe w krtani na strunach i na tylnej ścianie. Stosowanie w tym przypadku adrenaliny pozostało bez skutku.

IX. Salomea S., 19 lat, skierowana do mnie przez kol. ROMA z polikliniki dra GOLDFLAMA, skarży się na chrypkę, która trwa od roku. Badanie krtani wykazuje obecność polipa na przedniej trzeciej części struny prawdziwej prawej. Nowotwór jest mocno unaczyniony i za dotknięciem penzelka krwawi.

Po rozpyleniu 1:10,000 adrenaliny polip zmałał, zbladł, gdziekolwiek widać było na nim oddzielne drobne naczynia i przestał krwawić za dotknięciem zgłębnika. Chora więcej się nie pokazała.

X. Wincenty K., lat 42, wyrobnik, ma na tylnej ścianie krtani naciek gruzliczy. Reszta krtani zdrowa. W prawym szczycie płucnym stłumienie z przodu, nad i pod obojczykiem. Wydech z przodu wydłużony, wdech nieokreślony. Z tyłu słabe trzeszczenia, *respiratio indeterminata*. Kaszlu niema prawie. Stan bezgorączkowy, wygląd niezły. Chory narzeka tylko na pewną zawadę przy połykaniu. Po zapenzlowaniu tylnej ściany krtani 1:3000 adrenaliną, naciek nie zmniejszył się, wygląd jego również nie zmienił się. Na wprowadzenie zgłębnika krtani reaguje żywo. Po znieczuleniu 20%-ową kokainą zdjąłem naciek podwójną skrobaczką (*Doppelcurette*). Ponieważ rana krwawiła, więc zatuszowałem ją lekko 1:2000 adrenaliną. Pomimo to jednak nie przestała krwawić.

XI. Szymon S., l. 24, student prawa, skarży się na ciągłe krwawienie z nosa, które trwa od dwóch dni. Przy badaniu nosa od przodu widać na przegrodzie chrzęstnej miejsce krwawiące. Dotykając przegrody wacikiem, zmoczonym w 10%-owej kokainie, otrzymałem tak silny krwotok, iż musiałem watą wytamponować miejsce krwawiące. Dopiero po włożeniu do nosa wacika z 0,1%-ową adrenaliną, błona śluzowa zbielała i miejsce krwawiące wyraźniej wystąpiło, tak iż mogłem je przypalić kwasem chromnym.

XII. Samuel M., l. 20, śpiewak chóru synagogałnego, opowiada, iż w przeddzień w nocy „włazło” mu coś do ucha. Od kilku dni ma katar nosa. Przy badaniu ucha widać zaczerwienienie błony bębenkowej, krótki wyrostek młotka ledwo widoczny, rękojeść młotka niewidoczna, słuch nieosłabiony. Choremu wpuściłem przez wzniernik uszny do przewodu słuchowego 4-y krople ogrzanej 0,1%-owej adrenaliny, poczem błona znacznie zbladła. Chory doznał ulgi natychmiast. W dwu przypadkach ostrego nieżytu trąbki EUSTACHIUSZA trzy krople 0,1%-owej adrenaliny, wpuszczone przez kateter do trąbki bez uciekania się do sposobu POLITZER’a, dały znaczną ulgę. W dwu przypadkach zwężenia trąbki, które bezskutecznie leczyłem zapomocą wprowadzania „*bougies*“, otrzymałem bardzo zachęcające wyniki. Gdym, przed wprowadzaniem rozszerzacze maczał w 0,1%-owej adrenalinie, światło trąbki rozszerzało się, o czym mogłem sądzić po szerszym strumieniu powietrza, które przechodziło przez kateter. W celu znieczulenia błony i jamy bębenkowej przy przecięciu błony i wyłyżeczkowaniu jamy bębenkowej, próbowałem 1:1000—5000 adrenaliny w 6-u przypadkach i za każdym razem bezskutecznie.

Jak widać z powyższych przypadków, adrenalina nie zastąpi kokainy, jako środka, znieczulającego błonę śluzową. Sama adrenalina w większości wypadków wywołuje bardzo nieznaczne znieczulenie błony śluzowej, o tyle przynajmniej, iż tam, gdzie moglibyśmy wykonać rękoczyn bez bólu pod 10%-ową kokainą, tu bierzemy 5%-ową kokainę. Czy w tych razach adrenalina rzeczywiście znosi odruchy błony śluzowej, czy też tylko mechaniczne drażnienie błony

śluzowej wywołuje pewne jej przytępienie, jak to słusznie może przypuszcza RODE ¹⁾, pozostaje na razie pytaniem nierozstrzygniętem.

Wszak w większości naszych przypadków chorzy reagowali dosyć wyraźnie na dotknięcie zgłębnika po zastosowaniu nawet 0,1%-owej adrenaliny. Jeden nawet chory [prz. IV] do tego stopnia był nieczuły na działanie adrenaliny, iż musiałem się uciec do 20%-owej kokainy dla usunięcia polipów, a wiadomo wszak, iż operacja ta w większości wypadków odbyć się może pod 10%-ową kokainą, u osobników zaś mniej wrażliwych wystarcza pewna wprawa operującego, by się zupełnie bez kokainy obejść. Widocznie więc w tym przypadku adrenalina żadnego znieczulającego wpływu nie miała. Działania ubocznego adrenaliny ani razu nie spostrzegalem: ani jednego przypadku omdlenia, bólu lub zawrotu głowy, zmiany w tętnie, bólu w zębach i t. p. nie odnotowałem. Być może, iż mamy tu do czynienia z odtrutką na kokainę i należałoby ją stosować u tych osobników, które kokainę źle znoszą. Co się tyczy krwawienia podczas samego rękoczynu, to zdarza się ono stosunkowo dosyć rzadko i w tych razach [RODE], gdy pole operacyjne w nosie uległo uprzedniemu działaniu adrenaliny z następczą kokainizacją, a nie naodwrot i dlatego też RODE radzi wpierw kokainować, a następnie podzielać adrenaliną. Autor ten sądzi, iż pod wpływem kokainy błona śluzowa lepiej wchłania adrenalinę, przez co unikamy krwawienia. Codzienne jednak doświadczenie uczy, iż nie zawsze tak bywa; przynajmniej w naszych przypadkach nie mogliśmy tego stwierdzić: rzadko kiedy mamy do czynienia z krwawieniem znaczniejszem podczas samego zabiegu operacyjnego i to bodaj czy nie stanowi najprzedniejszej zalety adrenaliny; dla operującego jest to dogodność nadzwyczajna, albowiem może z dużą dokładnością operować na błonie śluzowej w chwili, gdy krew nie zalewa pola operacyjnego. W ten sposób rękoczyn może być wykonany z matematyczną, że tak powiemy, dokładnością. Pod tym względem adrenalina w zupełności zasługuje na miano „alkaloidu opaski ESMARCH'a“, jak ją, nieco poetycznie może, ochrzcił LERMOYER. Najgorzej rzecz się ma z krwotokami wtórnymi, do których właściwie dadzą się sprowadzić wszelkie zarzuty, czynione adrenalinie przez jej przeciwników. Lecz, czy stosując kokainę, nie jesteśmy narażeni na krwotoki wtórne? Wszak ci, co operują w jamach nosowych narzędziami ostrymi, gdzie o podwiązaniu naczyń mowy być nie może, gdzie jedynie ucisk coś zdziałać jest w stanie, ci w większości wypadków muszą uciekać się do tamponowania gazą, by uchronić siebie i pacjenta od przykrego krwotoku i z natury rzeczy nie mogą się liczyć z temi dolegliwościami, które sprawia choremu tampon w nosie w ciągu 24—48 godzin. Ostatecznie i przy stosowaniu adrenaliny mamy przypadki pojedyncze, gdzie możemy się obejść bez tamponowania nosa, a jeśli po każdym bez wyjątku krwawym zabiegu w nosie będziemy tamponowali, to i zarzuty, stawiane adrenalinie, dadzą się okupić przez te znakomite usługi, które oddaje ona w leczeniu i rozpoznawaniu cierpień jam nosowych. Mniejsze niewątpliwie zastosowanie znajdzie w gardzieli i krtani. Jeśli bowiem uda się nawet operować w krtani i w gardzieli kosztem mniejszej utraty krwi, to byle jaki krwotok poopera-

¹⁾ Wiener klinische Rundschau. 1902. Nr. 33—34.

cyjny służyć będzie za przeciwwskazanie do zabiegu, cóż dopiero mówić o krwotokach wtórnych w krtani po „curettement“, po usuwaniu nowotworów i t. p., które zaskoczą chorego we śnie!

W każdym razie terapia rynologiczno - otyatryczna zyskała w adrenalinie środek pożyteczny, który po kokainie drugie zajęć powinien miejsce i nie pójść rychło w zapomnienie. Z danych, zaczerpniętych z literatury odnośnej i z naszych skromnych spostrzeżeń, pozwolimy sobie wysnuć następujące wnioski:

- 1) Adrenalina w roztworze 0,1%—0,01%-owym wywołuje skurcz naczyń włosowatych błony śluzowej.
- 2) Adrenalina wzmacnia działanie znieczulające kokainy.
- 3) Stosując adrenalinę przed rękoczynem, musimy być przygotowani na możliwy krwotok wtórny i przeto po zabiegu należy ranę w nosie zatamponować.
- 4) Adrenalina pomaga wiele przy rozpoznawaniu cierpień nosa, a w szczególności jego jam obocznych.
- 5) W krtani i gardzieli adrenalina działa daleko słabiej, niż w nosie.
- 6) Adrenalinę można nieraz z pożytkiem stosować w niektórych cierpieniach ucha środkowego.
- 7) Adrenalina, nieostrożnie stosowana, może przy pewnych warunkach wywołać sprawy zgorzelinowe.

ODCINEK.



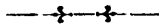
Ruch ludności miasta Warszawy w ciągu okresu 20-letniego (1882—1901), porównawczo z innemi miastami.

Napisał

Witold Załęski,

naczelnik sekcji statystycznej magistratu m. Warszawy.

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



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 12].

Stan cywilny osób zmarłych.

Rozróżniając stan cywilny osób zmarłych, było w Warszawie średnio podczas okresu 15-letniego [1887—1901] pomiędzy zmarłymi mężczyznami wolnych 69,41% liczby ogólnej, pomiędzy zmarłymi kobietami pańien 65,59% liczby ogólnej; mężczyźni żonatych 24,45%, kobiet

zameżnych 16,68%, zatem daleko mniej niż mężczyzn; wdowców było 5,53%, wdów 17,18% czyli $3\frac{1}{2}$ razy więcej. Przyczyną tej różnicy ma być ta okoliczność, że wdowcy daleko częściej niż wdowy zawierają związki powtarne i umierają jako ludzie żonaci. Rozwiedzionych pomiędzy zmarłymi było bardzo mało: mężczyzn 0,53% kobiet 0,41%.

W Budapeszcie średnio za okres 1891 — 1895 było pomiędzy zmarłymi:

	Mężczyzn	Kobiet	Razem
wolnych	35,7%	28,7%	64,4%
żonatych i zameżnych . .	14,4 „	8,7 „	23,1 „
owdowiałych	3,4 „	8,0 „	11,4 „
rozwiedzionych	0,0 „	0,0 „	0,0 „
stanu niewiadomego . . .	0,9 „	0,2 „	1,1 „
Razem	59,4 „	45,6 „	100 „

Średnio śmiertelność podczas okresu 1894—1898 wynosiła w Budapeszcie 23,2 na 1000 mieszkańców ¹⁾.

Płeć osób zmarłych.

Podobnie jak w Budapeszcie i w Warszawie przeważają pomiędzy zmarłymi mężczyźni nad kobietami. Podczas okresu 15-letniego 1887—1901 r. było na 100 osób zmarłych:

mężczyzn 51,66
kobiet 48,34

Razem 100

W Odesie na 100 osób zmarłych było:

mężczyzn 56
kobiet 44

W miastach austriackich ²⁾ wypadało średnio na zmarłych mężczyzn 52,3% na zmarłe kobiety 47,7%. Jednak w niektórych miastach przeważały kobiety nad mężczyznami pomiędzy osobami zmarłymi, jak np. w Ołomuńcu, Samborzu, Klaggenfurcie, w Laibach i in.

Przewyżka urodzeń nad zejściami.

Podług obliczeń biura statystycznego w Amsterdamie przewyżka urodzeń nad zejściami miała wynosić w r. 1901 ³⁾:

w Londynie	11,4	w Warszawie	13,7 [dokład-
w Nowym-Yorku	2,8	w Brukselli	7,0 niej 15,15]
w Paryżu	2,7	w Amsterdamie	14,1
w Berlinie	8,7	w Monachium	14,2
w Wiedniu	10,6	w Odesie	6,7
w Petersburgu	1,7	w Moskwie	4,0
w Glasgowie	10,5	w Medyolanie	4,5
w Hamburgu	10,8	i t. d.	
w Budapeszcie	11,9		

Największa przewyżka urodzeń nad zejściami byłaby w Warszawie. Wynosiła za lata ostatnie:

¹⁾ Statist. Jahrbuch d. St. Budapest, str. 114 i n.

²⁾ Statistische Monatschrift. 1902, I u. II, str. 100.

³⁾ Tableau de statistique démographique d'Amsterdam. I. c. str. 25.

w r. 1896	17,84
1897	17,54
1898	16,24
1899	16,24
1900	13,48
1901	15,15

Śmiertelność podług miesięcy.

Najwięcej wypadków śmierci średnio z okresu 14-letniego [1888—1901] było w Warszawie w miesiącach sierpniu i lipcu st. stylu, najmniej w kwietniu i w lutym.

W Odesie najwięcej wypadków śmierci było w r. 1900 w lipcu, najmniej w styczniu; podczas okresu 8-letniego 1892—99 r. najwięcej również w lipcu, najmniej było w maju. Najzdrowszymi w latach poprzednich były miesiące wiosenne, w r. 1900 miesiące zimowe. Najniezdrowszem w latach poprzednich i w r. 1900 było lato.

W Petersburgu najmniej wypadków śmierci bywa w miesiącach jesiennych [wrzesień, październik i listopad]; trochę więcej wypadków, ale mniej niż roczna średnia, bywa latem [czerwiec, lipiec i sierpień]. Najniezdrowszymi porami roku w Petersburgu są zima i wiosna. Dla ludności petersburskiej najniebezpieczniejszymi są miesiące wiosenne [marzec, kwiecień i maj]. Dla dzieci do jednego roku życia najgorszym był w r. 1899 lipiec, następnie styczeń, grudzień i kwiecień; najmniej przedstawiały niebezpieczeństwa wrzesień i październik ¹⁾.

W Budapeszcie ²⁾ w r. 1898 zmarło najwięcej w marcu i kwietniu, najmniej w styczniu i czerwcu.

Śmiertelność dzieci do 1-go roku życia.

Porównyując liczbę zmarłych dzieci do jednego roku życia z liczbą urodzonych w ciągu tegoż roku niemowląt, otrzymamy dla Warszawy i okresu 20-letniego stosunki następujące. Na 100 noworodków żywych zmarło dzieci do jednego roku życia średnio z okresu:

1882—1886	. . . 28,64
1887—1891	. . . 19,49
1892—1896	. . . 17,11
1897—1901	. . . 18,61

Śmiertelność dzieci w Warszawie znacznie się zmniejszała.

Podług obliczeń biura statystycznego w Amsterdamie zmarło dzieci od 0 do 1-go roku w r. 1901 na 100 urodzonych w roku poprzednim ³⁾:

w Londynie 15,0	w Rio de Janeiro . . 19,1
w Nowym Yorku . . 19,0	w Budapeszcie . . . 14,2
w Paryżu 10,5	w Warszawie . . . 19,7 [dokład-
w Berlinie 22,7	w Brukseli 15,4 niej 13,87]
w Wiedniu 17,4	w Amsterdamsie . . 14,1
w Chicago 17,1	w Odesie 23,7
w Petersburgu . . 35,0	w Liverpoolu . . . 18,1
w Moskwie 39,3	w Kairze 30,3
w Buenos-Ayres . 10,2	i t. d.

¹⁾ Statist. jeżegodnik S.-Peterburga za 1899 g., str. 26.

²⁾ Statist. Jahrbuch d. St. Budapest, str. 119.

³⁾ Tableau de statistique démographique d'Amsterdam. I. c. str. 26.

W 59-iu miastach austriackich umarło średnio na 100 noworodków żywych ¹⁾ w r. 1901 dzieci do 1-go roku życia 19,1. Najwięk-
sza śmiertelność była w Insbruku [30,0], we Lwowie [31,7], w Strasburgu
[33,5] i w Stryju [51,3]. W mieście ostatniem więcej niż połowa urodzonych
w r. 1901 dzieci zmarła w ciągu tegoż roku. W Krakowie były stosun-
ki trochę lepsze: zmarło 16,1 na 100 noworodków. W Wiedniu stosunek
ten wynosił 17,6, w Pradze czeskiej 17,9. W Stanisławo-
wie liczba zmarłych wynosiła zaledwie 7,8 na 100 urodzonych.

W Budapeszcie ²⁾ średnio z okresu 1894 do 1898 zmarło 18,3 dzieci
w wieku od 0 do 1-go roku życia na 100 urodzonych żywych.

W 55-iu miastach niemieckich zmarło w r. 1901 99 dzieci do
jednego roku życia na 100 urodzonych najwięcej:

w Bochum	35,93	w Berlinie	21,40
w Chemnitz	34,19	w Lignicy	30,58
w Szczecinie	33,50	w Plauen	29,90
w Zwickau	31,28	w Augsburgu	29,56
w Frankfurcie n. O.	31,60	w Gdańsku	28,33
w Wrocławiu	27,98	w Poznaniu	27,65
w Dreźnie	23,64		

Najmniej było wypadków śmierci:

w Darmstacie . . .	14,43
w Barmen	16,75
w Charlottenburgu .	17,66
w Wiesbaden . . .	16,89

Dzieci ślubnych zmarło stosunkowo mniej niż nieślubnych, np. w Chemnitz
w r. 1899 wypadało zejść na dzieci ślubne 32,54 na nieślubne 46,26 na 100 uro-
dzonych.

W miastach niemieckich ³⁾, liczących więcej niż 15000 miesz-
kańców, zmarło na 1000 noworodków żywych dzieci przed ukończeniem 1-go ro-
ku życia podczas okresu:

1877—1881	260
1893—1897	223
w r. 1901	216

Wiek osób zmarłych.

Z powodu wysokiego stosunku urodzeń w Warszawie, znajduje się
w tem mieście wielka liczba dzieci pomiędzy osobami zmarłemi. I tak, średnio
za lat 20 wypadało dzieci do 5-iu lat życia 54,69%, liczby ogólnej
zmarłych, z której to liczby na dzieci ślubne wypadało 43,13%, na dzieci nie-
ślubne 6,56%. Na 10000 ludności w Warszawie zmarło średnio rocznie
dzieci do 5-iu lat życia 138,25, z czego na ślubne przypada 121,67, na nieślubne
16,58.

Do jednego roku życia zmarło średnio rocznie z okresu 20-letnie-
go w Warszawie 81,01 na 10000 mieszkańców.

W Odesie dzieci zmarłe do 1-go roku życia stanowią 33,3% liczby
ogólnej zmarłych, dzieci do lat 5-iu 48,3% w r. 1900.

W 58-iu miastach austriackich ⁴⁾ było w r. 1901 na 10000
mieszkańców 55,7 zmarłych dzieci w pierwszym roku życia.

¹⁾ Statistische Monatschrift. 1902. I u. II, str. 103.

²⁾ Statist. Jahrbuch d. St. Budapest. Str. 122.

³⁾ Statistisches Jahrbuch deutscher Städte 9-ter Jahrg. str. 252.

⁴⁾ Statistische Monatschrift. 1902. I u. II, str. 102 i n.

Krańcowe stosunki przedstawiają Stanisławów z tylko 15,4 zmarłymi dziećmi i Sternberg z 113,8. W Krakowie zmarło 56,4, we Lwowie 63,4 kiedy w Wiedniu tylko 53,1, t. j. mniej niż wynosi średnia dla wszystkich miast Przedlitawii. Sztuczne karmienie niemowląt ma prowadzić do zaburzeń w przyrządach pokarmowych, które często kończą się śmiercią. Tem się tłumaczy znaczna śmiertelność dzieci w miastach Galicyi, Czech i Moraw.

Zmniejszyła się jednak śmiertelność dzieci do jednego roku w miastach austriackich, wynosiła bowiem średnio podczas okresu 5-letniego 1891—1895 72,8 i podczas okresu następnego 1896—1900 r. 64,9; w ostatnim na koniec r. 1901 55,7 na 10000 mieszkańców.

Dzieci zmarłych do 5-iu lat życia na 10000 mieszkańców było w r. 1901 w miastach austriackich średnio 80,5, kiedy jednocześnie w Warszawie 138,25. W Krakowie było 95,4, we Lwowie 98,1. Na czele z najmniejszą śmiertelnością dzieci do 5-iu lat życia stoi Stanisławów [37,7]; z największą śmiertelnością Sambor [131,1] Prosswitz [137,1] i Sternberg [147,4].

Zmarłych w wieku późniejszym było w Warszawie średnio za okres 20-letni w wieku

od 61	do 70	lat	7,37%	czyli	18,61	} średniej na 10000 ludności
" 51	" 60	"	6,88	"	17,39	
" 41	" 51	"	5,90	"	14,92	
" 31	" 40	"	5,67	"	14,34	
" 21	" 30	"	5,53	"	13,97	
" 11	" 20	"	5,38	"	13,61	
" 5	" 10	"	3,47	"	8,77	
" 81	" 100	"	3,04	"	7,69	
" 81	" 100	"	2,04	"	5,16	

Zmarłych wyżej 100 lat wieku było podczas całego okresu 20-letniego 65 osób w Warszawie, z tego 15 mężczyzn i 50 kobiet. [C. d. n.]

Przegląd bibliograficzny.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych, przez dra WŁ. BIEGAŃSKIEGO. Choroby górnego odcinka dróg oddechowych, przez dra A. SOKOŁOWSKIEGO. Wydanie trzecie, ponownie opracowane. Warszawa, 1903. Nakładem autorów.

Zalety dzieła powyżej zatytułowanego, które po raz trzeci ukazało się przed kilku tygodniami, znane są wszystkim z poprzednich wydań. Zbytecznem więc byłoby, sądzić, podnosić tutaj jeszcze zasługi autorów, zajmujących od dawna bardzo wydatne miejsce w naszej literaturze lekarskiej. Powiemy więc krótko, że jasność wykładu, uwydatnienie kwestyi ważnych dla lekarza-praktyka, jak również uwzględnienie naszego własnego dorobku naukowego — stanowią najważniejsze cechy tej książki.

W wydaniu trzeciem kol. B. opracował na nowo etyologię zapalenia płuc, chorób mięśnia serca, białaczki i zapalenia rdzenia. Prócz tego dodał zwięzły opis wskazówek dyagnostycznych przy rozpoznawaniu chorób trzustki, oraz opis chorób BANTREGO i BARLOWA.

Sądząc z powodzenia, jakie dzieło to od pierwszego ukazania się swego miało, wątpić nie można, że wkrótce zajdzie potrzeba nowego wydania. W przewidywaniu też tego, ośmielamy się dorzucić kilka uwag o układzie samego dzieła.

Przedewszystkiem zaznaczyć pragnąlbym, że kol. BIEGAŃSKI opuścił wstęp, który tylko w pierwszym wydaniu znajdował się. W drugim i obecnem 3-em autor powołuje się na swą pracę „Logika Medycyny“, w której myśli swe, dotyczące rozpoznawania rozwinął. Nie każdy wszakże czytelnik dyagnostyki różniczkowej będzie miał pod ręką wspomnianą rozprawę. Tym sposobem nie łatwo mu będzie zorientować się w układzie, który z powodu, iż podręcznik odbiega od zwykłego typu podręczników dyagnostyki, nie jest wogóle przystępnym. Prócz tego wskazanie samej metody, jakiej należy się trzymać w rozpoznawaniu, trudności, jakie się napotyka przy różniczkowaniu chorób, możliwość omyłek, wreszcie sprawdzanie tychże zapomocą badań pośmiertnych — oto są kwestye niezmiernej doniosłości, które również powinny być uwzględnione w dyagnostyce. Że kol. BIEGAŃSKI, jako wytrawny lekarz, pojmuje to doskonale, widać z kilku zdań, pomieszczonych w końcu przedmowy do I wydania. Żałować więc tylko należy, że nie rozwinął tego tematu w 3-em wydaniu.

Co się tyczy samego układu dzieła, to różni się on pod wielu względami od układu, przyjętego w dwóch znanych podręcznikach dyagnostyki: DA COSTA'Y i LEUBE'GO. Zbliża się wszakże więcej do pierwszego.

Autor trzyma się przeważnie podziału anatomicznego. Naprzód idą choroby dróg oddechowych, później serca i naczyń, dalej choroby narządów jamy brzusznej, wreszcie choroby nerwowe [mózgu, rdzenia i nerwów obwodowych]. Choroby zakaźne ostre i ogólne niezakaźne [choroby krwi i narządów krwiotwórczych, naczyń krwionośnych, przemiany materyi, ogólne choroby odżywiania i t. p.] mieszczą się w końcu dzieła.

Na początku każdego rozdziału, traktującego rozpoznanie pewnej grupy chorób, autorzy w celu dydaktycznym wysuwają na pierwszy plan jeden lub więcej objawów, najwięcej charakterystycznych dla danej grupy. Potem dopiero idzie wyliczenie chorób i rozpoznanie różniczkowe każdej postaci chorobowej oddzielnie. I tak, w części opracowanej przez kol. SOKOŁOWSKIEGO znajdujemy w rozdziale o chorobach nosa i jamy nosogardzielowej uwydatnienie najpospolitszego objawu w tych razach — z a t k a n i e n o s a, w dyagnostyce chorób gardzieli — b ó ł g a r d ł a, w rozdziale o chorobach krtani — c h r y p k ę. W dalszym ciągu dzieła kol. BIEGAŃSKI trzyma się również tej metody, lecz niezawsze. W cierpieniach jamy ustnej uwzględnia przedewszystkiem cuchnący oddech, w chorobach oskrzeli — kaszel, w chorobach płuc — duszność [zdaniem naszym i płwocina powinna być tu zaliczona].

Ale przy rozpoznawaniu chorób serca nie znajdujemy już uwzględnienia najważniejszych objawów, cechujących tę grupę, a więc: bicia serca, duszności, puchliny, właściwości tętna (napięcie naczyniowe); nerwice serca pomieszczone są oddzielnie.

W chorobach żołądka, analogiczne rzeczy biorąc do innych chorób, na pierwszym miejscu powinny być szczegółowo omówione: zły smak, zmiana apetytu, niestrawność, wymioty.

W chorobach kiszek rozbiera autor, zupełnie słusznie, jako objaw bardzo ważny — biegunkę, w rozdziale o cierpieniach wątroby — żółtaczkę, w chorobach nerek — białkomocz. W systemacie nerwowym kol. B. rozpoczyna swój wykład od zapalenia opon mózgowych, nie podając ogólnej charakterystyki cierpienia układu nerwowego. Dopiero w dalszym ciągu omawia porażenia, zaburzenia czucia, jako objawy ogólne.

To są jednak drobne usterki, które bynajmniej nie zmniejszają wartości książki. To też na zakończenie uważam sobie za obowiązek wyrazić uznanie dla dzieła, w które włożono tyle talentu, pracy i doświadczenia. Cieszyć się należy, że znalazło ono tak powszechną wziętość u ogółu lekarzy.

J. Parwiński.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie dnia 17. III. b. r.

1. Br. SAWICKI przedstawił: a) przypadek po przeszczepieniu ścięgna u 17-letniej chorej z *pes. calcaneus*. Przepołowiono ścięgno *m. digitor. comm.* i połowę tę przyszyto do ścięgna *m. flex. dig. com.* Po przepołowieniu ścięgna *m. extens. hall. longi* przyszyto połowę tegoż do okostnej na dolnej powierzchni kości łódkowatej. Wynik zadowalający, chora dowolnie wykonywa ruchy zginania i rozginania stopy; może chodzić dość dużo bez bólu i zmęczenia;

b) przypadek kości niaki w na kończynach górnych i dolnych; wy-czuwa się guz twardy w jamie brzusznej, który się szybko powiększa w ostat-nich czasach (*osteosarcoma*), wskutek czego wystąpiły bóle w lewej nodze i obrzęk. Kostniaki te są dziedziczne w rodzinie chorej.

2. F. MALINOWSKI przedstawił kobietę, która przed 4-ma laty chorowała na zapalenie okostnej i zażywała przez długi bardzo czas jod, co wywołało jododermę [wyprysk, podobny do *herpes febrilis*], trwający już od roku.

3. RZĘTKOWSKI wypowiedział rzecz p. t. „Ciśnienie tętnicze w stanie zdrowia i choroby”. Poprzedziwszy swój odczyt krótkim wstępem z dziedziny fizjologii ciśnienia tętniczego, prel. rozpatrzył krytycznie używane w klinice do mierzenia ciśnienia tętniczego przyrządy. Najlepszym, zdaniem R. jako i wielu innych, jest przyrząd RIVA-Rocci, który prelegent demonstrował. Na-stępnie R. omawiał normalne ciśnienie tętnicze u ludzi, jego zależność od róż-nych czynników fizjologicznych i farmakologicznych, określanie *maximum* skur-czowego i *minimum* rozkurczowego ciśnienia w tętnicach. Na zakończenie omówił stany chorobowe o ciśnieniu niskim i stany chorobowe o ciśnieniu wzmożonem. [Praca będzie drukowana w Gaz. Lek.].

W dyskusyi MIKLASZEWSKI podnosi, iż prelegent nie poruszył w swym odczycie sprawy ciśnienia w naczyniach, położonych głęboko; rozmaite wyniki, otrzymane przez różnych autorów co do wysokości ciśnienia pod wpływem pra-cy mięśniowej, zależą, zdaniem M., od okresu badania [pełni siły, czy też znu-żenia].

PAWIŃSKI podnosi, iż zapomocą sfigmomanometrów określać możemy nie ciśnienie, lecz napięcie naczyniowe, czynniki te niezawsze są proporcjonalne, co P. na przykładach uzasadnia. Wspomina o przyrządzie WALDENBURG'a [Pulsuhr, Angiometer], zapomocą którego można mierzyć napięcie naczyniowe i ciśnienie oddzielnie. P. przytacza podział HUCHARD'a chorób układu krwio-nośnego na cierpienia o dużem i małym napięciu naczyniowem.

CIĄGLIŃSKI zwraca uwagę na wpływy natury nerwowej na ciśnienie tętni-cze, co należałoby uwzględniać przy badaniach tonometrycznych.

RZĘTKOWSKI odpowiada PAWIŃSKIEMU i MIKLASZEWSKIEMU.

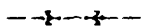
4. J. MALINIAK odczytał rzecz p. t. „O obecności wiciowców w zawar-tości żołądka”.

W przypadku prel., 12-tych w literaturze, znaleziono u chorego z *carcinoma ventriculi ad cardiacum* w zawartości żołądkowej czterokrotnie w ciągu 10-iu dni obserwacyi *trichomonas hominis* — twory owalne, zaopatrzone z przodu w 4—5 bi-czyków, z tyłu w krótki wyrostek. Rozpoznać je łatwo, gdy są w ruchu. W dziesięciu innych przypadkach raka żołądka, różnie umiejscowionych, prel. nie mógł wykryć tych tworów. Wogóle dotąd spotykano je wyłącznie przy ra-kach żołądka nieodźwiernikowych.

W dyskusyi GRUNDZACH zaznacza, iż widywał parę razy wiciowce przy raku żołądka, DUNIN podnosi ich rzadkość: w badaniach swych nigdy ich nie spotykał.

J. Brudziński.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



26 E. Behring. Laseczniki gruźlicy ludzkiej a prątki gruźlicy bydła rogatego.

Tożsamość, czy też różnorodność bakterii, jednakowo wyglądających pod mikroskopem, zwykle się orzeka na podstawie wyników hodowli i szczepienia zwierzętom. Otóż sprawdzian ten, oparty na cechach niestałych, wydaje się autorowi niewłaściwym. Prątki np. węgliką są ogromnie zmienne co do zachowywania się na pożywkach, jak również co do działalności chorobotwórczej: można je dowolnie pozbawić zdolności do tworzenia przetrwaliników (spor), można je zmusić do rozrastania się na powierzchni pożywki bulionowej, można je wreszcie zupełnie unieszkodliwić, a jednak pozostaną zawsze lasecznikami węgliką. To samo dzieje się — nawet bez naszego udziału — z innymi bakteriami. Podczas swej wędrówki pasożytniczej ulegają one tak znacznym przeobrażeniom co do wyglądu i działalności życiowej, że nie znając ich kolei poprzednich, trudno nieraz, a często wcale niepodobna odszukać rodowodu tych bakterii. A poszukiwania te miewają nieraz ogromne znaczenie praktyczne, np. kiedy chodzi o wynalezienie środków ochronnych — na wzór krowiauki JENNER'a — przeciwko takim chorobom, jak gruźlica.

Po tych uwagach wstępnych BEHRING przedstawia swój pogląd na stosunek laseczników KOCH'a do innych, podobnych drobnoustrojów. Prątki gruźlicy ludzkiej pod względem morfologicznym i hodowlanym nie różnią się wcale od laseczników gruźlicy bydła rogatego; tak samo laseczniki innych zwierząt ssących, o ile te zachorowały bez naszego udziału. Natomiast laseczniki gruźlicze kur i zwierząt zimnokrwistych są nieco cieńsze, niezupełnie się opierają działaniu barwników kwaśnych i mają — na ukośnie zakrzepłej pożywce z agaru glicerynowego — wygląd wilgotny i lepki [zamiast suchego, pomarszczonego]. Na podstawie tych cech powszechnie uznano laseczniki gruźlicy kurzej za gatunek odrębny. Przeciwnego zdania byli tylko niektórzy autorowie francuscy, a zwłaszcza NOCARD, który pierwszy stwierdził doświadczałnie, że prątki gruźlicze zwierząt ssących, dostając się do ustroju kury, upodabniają się do laseczników kurzych. BEHRING podziela w zupełności zdanie NOCARD'a a to na mocy własnych [przy współudziale RÖMER'a dokonanych] spostrzeżeń podczas epidemii gruźlicy kurzej na pewnym folwarku. W ciągu kilku miesięcy padło około 40-tu kur, które jadły pozostawione na dziedzińcu wnętrzności cielęcia, zdechłego na daleko posuniętą gruźlicę. Sekcja kur stwierdziła gruźlicę. Laseczniki, które BEHRING zaczerpnął z tego źródła i wyhodował, miały wszystkie cechy prątków kurzych, ale, wbrew ustalonemu pogładowi, prawie nie ustępowały, pod względem jadowitości dla zwierząt ssących, lasecznikom gruźlicy ludzkiej. Nie poddawały się im tylko cielęta, uodpornione na gruźlicę bydłą, i naodwrot: uodpornione przeciw gruźlicy kurzej, opierały się prątkom bydłowym.

Tak więc tożsamość prątków gruźlicy kurzej i bydłowej można uważać za dowiedzioną, pomimo zachodzące między nimi pozorne różnice. Tembardziej uprawnione jest utożsamianie laseczników ludzkich ze zwierzęcymi. Jeżeli zdarzają się hodowle prątków gruźlicy ludzkiej niezbyt jadowite dla bydła rogatego, to istnieją znów inne, które nie ustępują albo nawet przewyższają pod tym względem laseczniki ludzkie. Wszelkie dowodzenia, iż prątki bydłowe są dla człowieka nieszkodliwe, opierano na bardzo kruchych podstawach. Rzecz się ma wprost przeciwnie. Na mocy własnych badań BEHRING stanowczo utrzy-

muje, że laseczniki bydlęce — to zarazki na wyższym szczeblu jadowitości i są dla człowieka naogół groźniejsze nawet od prątków ludzkich.

Zwolennicy przeciwnego poglądu powiadają, że gdyby tak było, to—wobec ogromnego rozpowszechnienia gruźlicy wśród bydła i braku ścisłych środków zapobiegawczych przeciwko zarażaniu ludzi mięsem, mlekiem, masłem, pochodzącym od chorych zwierząt,—gruźlica kiszek powinna być daleko częściej stwierdzana na sekcjach ludzi. Otóż przedewszystkiem gruźlica kiszek nie jest bynajmniej tak rzadka: z niedawno ogłoszonej przez HELLER'a statystyki wypada, że w Kielu i Bostonie sekcyja zwłok dzieci, zmarłych z błonicy, wykrywała gruźlicę kiszek w 37% wszystkich przypadków, gdzie były ogniska gruźlicze. Czemż jednak gruźlica kiszek stosunkowo tak rzadko się zdarza u dorosłych, dotkniętych gruźlicą płuc, którzy przecież miewają tyle sposobności do zarażenia śliną dróg pokarmowych? Mamyż stąd wywnioskować, że laseczniki gruźlicy płuc ludzkich są nieszkodliwe dla człowieka? Do tak błędnych wniosków może doprowadzić nieuwzględnianie jednego z najważniejszych czynników w powstawaniu choroby—stanu zagrożonego ustroju wogóle, a błony śluzowej kiszek w szczególności. Według badań DISSE'a, błona ta u noworodków nie jest jeszcze należycie rozwinięta; gruczoły są bardzo krótkie; śluz zaczyna się wydzielać dopiero później i to stopniowo. Dzięki temu przez drogi pokarmowe noworodków łatwo wsysa się wiele takich substancji, które później mogłyby być wchłonięte tylko w razie uszkodzenia błony. Dlatego też noworodki są w wysokim stopniu narażone na zakażenie, jeżeli je np. żywimy będziemy mlekiem, zawierającym prątki gruźlicze. Nie ulega wątpliwości, że gruźlica kiszek może się sama zagoić, ale zato usposabia do zakażeń późniejszych: cieleńta, które w młodości przechodziły gruźlicę kiszek, później łatwo zapadają na gruźlicę gruczołów krezkowych i oskrzelowych, wreszcie gruźlicę płuc. Stąd wpływa konieczność wyteżenia wszystkich sił ku ochronie ludzi w wieku niemożliwym; jest to zadanie pierwszorzędnej wagi.

(*Wiener klin. Wochenschrift.* 1903. Nr. 12).

Wiktor Majerczak.

Wiadomości bieżące.

— Skład surowicy mineralnej TRUNEČEK'a. J. DUMONT w „*La Presse médicale*” w № 26-ym z 1903 r. ze względu na coraz większe zastosowanie surowicy mineralnej TRUNEČEK'a, zwraca uwagę na zachowanie się jej przy wyjaławianiu w wysokiej ciepłocie. Surowica TRUNEČEK'a zawiera w 1000 cent. sz.

Chlorku sodu . . .	49,0
Siarczanu potasu . .	4,0
Siarczanu sodu . . .	4,4
Fosforanu sodu . . .	1,5
Węglanu sodu . . .	2,4

Przy wyjaławianiu surowicy w kolbie szklanej i po jej oziębieniu, tworzy się na dnie kolby obfity osad, wskutek czego zmienia się skład i ilościowy stosunek tych soli w roztworze. Po przecedzeniu surowicy otrzymujemy płyn przezroczysty, a po ponownem ogrzaniu znowu obfity osad. FRAISSE objaśnia to zjawisko tem, iż przy wysokiej ciepłocie, zawarty w surowicy węglan i fosforan sodu, działając na szkło kolby, wytrawiają zeń wapno, tworząc z niem nierozpuszczalne: fosforan i węglan wapna, opadające w osadzie. Przygotowując od jakiegoś czasu surowicę TRUNEČEK'a, zauważyłem

że sole, zawarte w niej, działają głównie na szkło w naczyniach nowych. Dlatego zawsze naczynia takie uprzednio ługowałem, gotując w nich rozcieńczony kwas siarczany w ciągu kilku minut. Oprócz tego rodzima sól kuchenna zawiera pewne ilości magnezu i wapna, które należy uprzednio usuwać lub też, co jest o wiele prostszem, używać preparatu chlorku sodu chemicznie czystego.

Nencki.

— Wyszedł z druku Odczyt Kliniczny [№ 169], zawierający pracę C. KELLER'a p. t. „Pielęgnowanie pępka u noworodków w praktyce” w tłumaczeniu, dokonanem przez dra E. LEWENSTERNĄ. Cena zeszytu w odręcznej sprzedaży kop. 30.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Medycyna* № 11. B. MAŁEWSKI. Przypadek obustronnego, całkowitego braku kości promieniowych, połączonego z głuchotą wyrazową. L. LORENTOWICZ. Przyczynek do nauki o nowotworach nerkowych, pochodzących z zabłąkanych zawiązków nadnercza [dk.]. — № 12. J. STEINHAUS. Przerosty ogniskowe w wątrobie, jako następstwo ostrego, żółtego, zaniku. W. PALMIRSKI i Z. KARŁOWSKI. Wyniki szczepień ochronnych według metody PASTEUR'a w r. 1901. A. WEISSBERG. Jeszcze jeden przypadek cięcia cesarskiego sposobem FRITSCH'a z pomyślnem zejściem, dokonanego przez dra med. D. JUROWSKIEGO. — *Przegląd Lekarski* № 10. K. RZĘTKOWSKI. Kilka uwag z dziedziny sfigmografii i sfigmomanometrii. S. JASIŃSKI. O torbielach, wychodzących z trzustki i jej okolicy [c. d.]. E. BIERNACKI. Sprawność lecznicza żelaza [dk.]. — № 11. W. ORŁOWSKI. Przyczynek do nauki o postępującej niedokrewności złośliwej, wywołanej brzośdo-głowcem szerokim i o tak zw. szmerach sercowych z niedokrewności. S. JASIŃSKI. O torbielach, wychodzących z trzustki i jej okolicy [c. d.]. — № 12. P. PRĘGOWSKI. O chorobie, uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne [cykliczne] małego stopnia. W. ORŁOWSKI. Przyczynek do nauki o postępującej niedokrewności złośliwej, wywołanej brzośdo-głowcem szerokim i o tak zw. szmerach sercowych z niedokrewności [c. d.]. S. JASIŃSKI. O torbielach, wychodzących z trzustki i jej okolicy [dk.]. — *Kronika Lekarska*. № 6. K. NIEDZIELSKI. Przypadek pęknięcia podstawy czaszki, zakończony wyzdrowieniem. — № 7. Z. GRU-
DZIŃSKI. O rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy padaczką i histeryą. — *Krytyka Lekarska* № 3. O. HEWELKE. Kornelia-Metella w Irydionie Krasińskiego. F. GIEDROYÓ. Król Władysław IV [Historia choroby]. S. ŁAGOWSKI. Z powodu ogłoszenia przez dra ADAMA WRZOSKA listów Jędrzeja Śniadeckiego do księcia Adama Czartoryskiego. — № 4. F. GIEDROYÓ. Król Władysław IV [Historia choroby]. — *Nowiny Lekarskie*. № 3. J. WIŚNIEWSKI. Przyczynek do przymiotu u dzieci. — *Zdrowie*. № 3. B. KORYBUT-DASZKIEWICZ. Kilka słów o najnowszych zdobyczach nauki na polu badania chemicznego mleka kobiecego i różnych zwierząt. S. SERKOWSKI. Wystawa higieniczno-spożywcza w Łodzi w r. 1903. S. TCHÓRZNICKI. Sklepiki spożywcze. — „Wartość porównawcza miejsc, wyznaczonych pod budowę rzeźni w Płocku”. Referat, przedstawiony władzom gubernialnym płockim przez Płockie Towarzystwo Lekarskie. — *Przegląd Okulistyczny* [luty]. B. ŁUNIEWSKI. Dwa przypadki wgłobienia gałki ocznej pochodzenia urazowego (*Enophthalmus traumaticus*). I. SZEMIŃSKI. Dwa przypadki zwyrodnienia pierścieniowatego siatkówki (*retinitis circinata*) [dk.]. B. WICHERKIEWICZ. Kilka słów w sprawie opasek ocznych. — *Przegląd dentystyczny*. Zeszyt 2. M. KRAKOWSKI. Nowe leki, zalecane do celów dentystycznych [dk.].

Do dzisiejszego Nru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł” księgarni E. Wende i S-ka za m. marzec 1903 r.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензур. Варшава, 11 апрѣля 1903. Друк К. Ковалевскаго, Варшава Мазовецка 8



Zjednoczone fabryki preparatów chinowych

ZIMMER & Co, Frankfurt n| M.

EUCHININ

wolny od gorzkiego smaku.

ARISTOCHIN

Antipereticum.

UROSIN

przeciw podagrze i skazie
moczanowej.

FORTOIN

przeciw bieguncce.

SALOCHININUM SALICYLICUM od reumatyzmu.

Próby, broszury i wszelkie bliższe wiadomości udzielają się na żądanie.
Inne specjalności fabryki: Chinina, pigułki z chininy, kokaina, kofeina, ekstrakty,
preparaty z jodu i t. p.

EUNATROL

Cholagogum.

VALIDOL

Analeptic., Antihysterie.,
Stomachicum.

DYMAL

antiseptycz. proszek do przesypy-
wania ran.

SALOCHININ

przeciw newralgi.



QUINIUM LABARRAQUE

Wino toniczne. Środek przeciw febrze i ułatwiający trawienie.

Ścisłe tytrowane i dozowane. Zawiera wszystkie własności lecznicze, chinu
3 gr. pierwiastków tonicznych i 1,5 gr. alkalooidów w litrze)

DAWKA: kieliszek od likieru przed lub po jedzeniu.

We wszystkich aptekach Dom handlowy L. Frere (A. Champigny et C-ie)
19 rue Jacob w Paryżu.

Na składzie posiadają: Warszawskie Towarzystwo handlu towarami aptecznymi
(Ludwik Spiess i Syn) Plac Teatralny. L. Mrozowski skład materiałów
aptecznych, ul. Miodowa Nr. 8. Towarzystwo przetworów chemicznych i ap-
tecznych (Henryk Welt) Przejazd Nr. 5. Apteka K. Wendy, ul. Krak. Przedm.
Nr. 45. Wacław Różycki, skład materiałów aptecznych, ul. Krak. Przedm. Nr. 17.
Emil Skomorowski, skład materiałów aptecznych, ul. Długa Nr. 27.

KROWIANKA ✱ ospa ochronna ✱

Daniłowiczowska 8. Telefon 528.

Inst. D-ra TCHÓRZNICKIEGO