

GAZETA LEKARSKA

I. Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI.

O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą, wyrobu pracowni dra Palmirskiego.

Podał

Alfons Malinowski,

starszy ordynator tegoż szpitala.

Praca, czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. d. 21.VI 1904.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 43].

IV. Eugenia Tr., 9 lat, chora od 3-ch dni, przybyła d. 17.XI. W domu wymioty, ból gardła. Wysypka na całym ciele. Wieczorem ciepłota 40,1°.

18.XI. Ciepłota zrana 39°, tętno słabe, 144; język suchy, obłożony, gardło czerwone, na prawym migdale nalot, gruczoły szyjowe powiększone. Wysypka bardzo silna, ciemno-czerwona na tułowiu, na kończynach sina, kończyny chłodne, chora czuje się bardzo osłabiona i senna. Nudności częste. Zalecono saturację, podskórnie 50 ctm³ surowicy seryi IV. Ciepłota wieczorem 39°.

19.XI. Ciepłota zrana 37,6°, tętno silniejsze 120, stan ogólny lepszy, język wilgotny, naloty znikły, wysypka silnie kwitnie, kończyny ciepłe, mniej sine niż dnia wczorajszego. Wieczorem 38°.

20.XI. Ciepłota zrana 37,2°, tętno silniejsze, 100; wysypka zbladła, stan ogólny wiele lepszy, gruczoły mniejsze, łaknienie. Białka niema. Wieczorem 37,5°.

21.XI. Ciepłota zrana 37, tętno 72, dosyć silne; wysypka znikła, łuszczenie.

22.XI. Stan bezgorączkowy, dobry.

23.XI. Stan bezgorączkowy, na całym ciele w y s y p k a [pokrzywka].

W hodowlach *strept. congl.* i inne.

24.XI. Wysypka znikła, stan dobry, gruczoły zmniejszają się.

10.XII. Bóle stawowe. Od 11.XII stan dobry.

Wypisana 3-go stycznia 1904.

W przypadku tym wysypka posurowicza wystąpiła niezwykle wcześnie, bo 6-go dnia po surowicy przy stanie bezgorączkowym.

Surowica wywołała po 24-ch godzinach zniżkę z 39° do 37,6°, oraz poprawę stanu ogólnego, wysypka straciła sine zabarwienie, pomimo to jednak nie znikła jeszcze, lecz kwitła silnie czerwono przez dwa dni następne.

V. Maryan Andr., 10 lat. Zachorował 19.XI 1903 na odrę dosyć ciężką, którą od 23.XI przebywał w szpitalu. Po 4-ch dniach rozwinęło się zapalenie ucha średniego prawego z przedziurawieniem błony bębenkowej, 28.XI pojawiła się wysypka płonicowa. Przeniesiony do oddziału płonicy.

28.XI. Ciepłota zrana 39,6°, tętno 132. Język czerwony, gardło czerwone, nieżyt dróg oddechowych i łącznice oczu, na całym ciele wysypka zlewająca się, na prawym policzku czerwoność ograniczona, połyskująca [róża]. Z obu uszu wypływa ropa, słuch przytępiony, kaszel. Na migdałach naloty, na wargach owrzodzenia. Wewnętrznie kamfora. Podskórnice 50 ctm³ sur. s. V. Wieczorem 39°.

29.XI. Ciepłota zrana 39,6°, tętno słabe, 144. Wysypka kwitnie, naloty w gardle znikły, wypływ ropy z nosa i uszu obfity. Róża twarzy bez zmiany. Ciepłota wieczorem 39°.

30.XI. Ciepłota zrana 38,5°, tętno silniejsze, 100. Wysypka zbladła, róża na twarzy ograniczyła się, twarz mniej obrzmiała i bolesna. Stan uszów i nosa bez zmiany. Wieczorem 38°.

1.XII. Ciepłota zrana 37,2, tętno silniejsze, 100. Wysypka zbladła, twarz bledsza. Stan nosa i uszów bez zmiany. Wieczorem 37,7. Łuszczenie.

2.XII. Ciepłota zrana 36,9°. Wypływ z nosa i uszów mniejszy, słuch lepszy. Białkomoczu niema. Odtąd stan bezgorączkowy. Wyzdrowienie.

VI. Janina G., lat 5. Zachorowała 7.XII na ból gardła z gorączką 40,5° i wymiotami. Przybyła do szpitala 8.XII. Tętno 148, ciepłota 39,5°, na całym ciele wysypka zlewająca się, szczególnie silna na pośladkach i kończynach dolnych. Podniebienie i gardło przekrwione, na prawym migdale szary nalot. Gruczoły szyjowe znacznie powiększone, język obłożony, podsychający. Zastrzyknięto 50 ctm³ surowicy ser. V. Wewnętrznie kamfora. Wieczorem ciepłota 39°.

9.XII. Ciepłota zrana 37,9°, tętno silniejsze, 120, wysypka zbladła, nalot w gardle mniejszy, język wilgotny, stan ogólny lepszy. Gruczoły szyjowe bez zmiany. Ciepłota wieczorem 37,8°.

10.XII. Ciepłota 37,5°, tętno dosyć silne, 108. Wysypka zniknęła, gruczoły mniejsze, nalot w gardle bez zmiany. Ciepłota wieczorem 37,5. Stan ogólny dobry. Białkomoczu niema.

11.XII. Ciepłota 37°, tętno 108. Gardło i gruczoły bez zmiany. Ciepłota wieczorem 38°.

12.XII. Ciepłota 37,8°, tętno 108. W hodowlach znaleziono *strept. congl.* i laseczniki LOEFFLER'a, zastrzyknięto więc 2000 jedn. ochr. surowicy przeciwbłoniczej.

13.XII. Stan bezgorączkowy, naloty w gardle mniejsze, gruczoły chłonne zmniejszyły się.

14.XII. Naloty w gardle znikły. Odtąd stan bezgorączkowy.

23.XII. Ciepłota wieczorem 38°. Obie ręce obrzmiałe i bolesne. Zalecono *Natr. salicyl.*

27.XII. Bóle mięśniowe w szyi.

28.XII. Bóle ustąpiły — stan ogólny dobry. Wypisana zdrowa 18-go stycznia 1904.

VII. Leokadja D., 6 lat. Zachorowała 8.XII 1903. Wymioty, gorączka i niemoc ogólna.

9.XII. Wysypka rozlana na całym ciele. 10.XII. Chora przybyła wieczorem do szpitala w stanie następującym: ciepłota 40°, tętno 110, bardzo słabe, kończyny zimne, wysypka silna na całym ciele. Język suchy, gardło czerwone, na migdałach naloty szare, gruczoły szyjowe powiększone. Chora jest senna i nieprzytomna. O godzinie 8-jej wieczorem zastrzyknięto 50 ctm³ surowicy seryi IV. Wewnątrz kamfora.

11.XII. Ciepłota 38,6°, tętno słabe, 120, kończyny chłodne, wysypka jasno czerwona na całym ciele, łącznice oczu zaczerwienione, język suchy, w gardle naloty obszerne, stan ogólny lepszy, chora jest przytomna i odpowiada na pytania. Ciepłota wieczorem 40,3°.

12.XII. Ciepłota 38,6°, tętno bardzo słabe, 150. Wysypka silnie kwitnie. W nocy były dwa płynne stolce. Naloty w gardle rozszerzają się, z nosa wypływ śluzowo-ropny. Pod prawą łopatką drobne rzężenia, kaszel mały. Zastrzyknięto 50 ctm.³ surow. ser. IV. Ciepłota wieczor. 38,4°.

13.XII. Ciepłota zrana 37,9°, tętno cokolwiek silniejsze, 140. Wysypka jeszcze kwitnie. Chora jest przytomna, chętnie pije. Naloty w gardle mniejsze, język wilgotny. Białkomoczu niema. Ciepłota wieczorem 38,6°.

14.XII. Ciepłota 38,4°, tętno 120. Wysypka znikła, stan ogólny lepszy, naloty mniejsze. W hodowlach *strept. congl.* i laseczniki LOEFFLER'a. Wstrzyknięto 2000 jedn. ochr. surowicy przeciwbłoniczej. Ciepłota wieczorem 38°. Mocz lekko opalizuje.

15.XII. Ciepłota 37,5°, tętno dosyć silne, 120, stan ogólny o wiele lepszy. Gardło oczyszcza się, wypływ z nosa obfity, wypróżnienia gęste, białkomoczu niema. Ciepłota wieczorem 38,4.

16.XII. Ciepłota 37,7°, tętno 120. Na języku małe owrzodzenie. Gardło bez nalotów, wypływ z nosa mniejszy, gruczoły szyjowe zmniejszyły się, rzężenia w płucach znikły, stan ogólny dobry, chora siedzi na łóżku. Łuszczenie zaczyna się na szyi. Ciepłota wieczorem 39,3°.

17.XII. Ciepłota 37,8°. Ból w lewym uchu; tętno 120 silne, stan zresztą dobry. Ciepłota wieczorem 38,3.

18.XII. Ciepłota zrana 37,7°. Wieczorem 38,1°, tętno 120. *Otitis ext. dextra*

Odtąd stopniowa poprawa. 20.XII. Wieczorem ciepłota 38,2°.

21.XII. Ciepłota 37,9°, tętno 120, bóle w kończynach górnych. We krwi chorej znaleziono *strept. congl.* Do 30.XII. wieczorami ciepłota podnosi się do 38°—39° z powodu *otitis extr. et media*. Od 30.XII stan bezgorączkowy.

2.I 1904. Ciepłota 39°. Na całym ciele wysypka różycowata, plamista, swędząca.

4.I. Wysypka znikła. Odtąd stan bezgorączkowy. Leczenie zwrócono specjalnie przeciwko chorobie uszu, w następstwie czego wpływ z uszu ustąpił i chora słuch odzyskała około 15.I. Wypisana zdrowa 20 go stycznia.

VIII. Sabina Imb., 8 lat. Zachorowała 19.XII. Wymioty, drgawki, ból gardła, wieczorem wystąpiła wysypka. Następnego dnia chora przybyła do szpitala.

20.XI. Ciepłota zrana 39,6°, tętno 132, słabe. Wysypka na całym ciele silna, na kończynach sina, kończyny chłodne. Gardło czerwone, na migdałach naloty, język czerwony, suchawy. Chora jest przytomna, lecz osłabiona i senna. Wewnętrznie kamfora, podskórnie surowicy 50 ctm³ seryi IV. Wieczorem 39,3°.

21.XII. Ciepłota zrana 37,2°, tętno silniejsze, 120; język czerwony; stan ogólny lepszy, łaknienie; wysypka bledsza, kończyny ciepłe, nie sine. Wieczorem 37,7°.

22.XII. Ciepłota zrana 37,6°, tętno słabe i drobne, 120; język wilgotny; wysypka znikła, naloty znikły. Białkomoczu niema. Chora jest przytomna, czuje się silniejszą. Wieczorem 37,5°.

23.XII. Ciepłota zrana 37,3°, tętno 120. W hodowlach *streph. congl.* i inne. Naskórek zaczyna się łuszczyć. Wieczorem 37,3°. Odtąd stan bezgorączkowy.

1.I. 1904. Stan bezgorączkowy, na całym ciele wysypka różycowata [posurowicza]. Wysypka znikła po pięciu dniach, towarzyszyły jej bóle w rękach, szczególnie w stawach palcowych. Imb. wypisana zdrowa 7-go lutego 1904.

IX. Walerya Rog., 13 lat. Zachorowała 9.XII. Wieczorem oddana do szpitala, miała 39,5°.

10.XII. Ciepłota zrana 39,2°, tętno 132; chora przytomna, lecz osłabiona; język czerwony, na migdałach małe naloty, na całym ciele wysypka zlewająca się, bardzo silna na piersiach, brzuchu i udach. Białkomoczu niema. Wewnętrznie kamfora, podskórnie 40 ctm³ surowicy seryi IV. Wieczorem 39,5°.

11.XII. Ciepłota zrana 38,1, tętno dosyć silne, 96; chora czuje się lepiej, język wilgotny, łaknienie, stan gardła bez zmiany, wysypka bledsza. Wieczorem 39,5°.

12.XII. Ciepłota zrana 38,7°, tętno 96. Stan lepszy, wysypka zbladła, naloty na migdałach bez zmiany. Wieczorem 38,3°.

13.XII. Ciepłota zrana 37,5°. Naloty znikły, łuszczenie. Białka niema. Stan znacznie lepszy. Odtąd stan bezgorączkowy.

21.XII. Bez podwyższenia ciepłoty na tułowiu pojawiła się w y s y p k a różycowata posurowicza, która po 24-ch godzinach znikła.

Wypisana zdrowa d. 21-go stycznia 1904.

X. Mieczysław Baj, 8 lat. Przybył 30.XII. Przed czterema dniami były wymioty, ból gardła i gorączka.

30.XII. Ciepłota zrana 39°, tętno 100; na całym ciele wysypka zlewająca się, język i gardziel czerwone, stan dosyć dobry. Wewnętrznie kamfora. Surowicy nie zastrzyknąłem. Wieczorem 39,7°.

31.XII. Ciepłota zrana 38,5°, tętno słabe, 144. Wysypka bardzo silna z odcieniem siny. Owrzodzenie w kątach ust, język suchy, chore przytomny

lec senny, gardło czerwone. Zastrzyknięto surowicy seryi V 150 cm³. Gruczoły szyjowe i migdały bardzo powiększone. Wieczorem 38,6°.

1.I. 1904. Ciepłota zrana 37,3°, tętno silniejsze, 120, stan ogólny lepszy, język wilgotny, wysypka bledsza, widać jeszcze sine plamy na niektórych miejscach, gardło i gruczoły bez zmiany. Wieczorem 39°.

2.I. Ciepłota zrana 38,5°, tętno 120, dosyć silne. Nieżyt oskrzeli, kaszel, stan zresztą dobry, bez zmiany. W hodowlach *str. conglom.* Wieczorem 39,5°.

3.I. Ciepłota zrana 38°, tętno 120. Wysypka zbladła, stan dobry; kaszel kokluszowy. Wieczorem 38,5°. Łuszczenie.

4.I. Ciepłota zrana 38,2°, tętno 120. Bez zmiany. Wieczorem 38,9°.

5.I. Ciepłota zrana 37,4°, tętno 120. Bez zmiany. Wieczorem 37,5°.

Dni następnych obfite łuszczenie, stan ogólny poprawia się, gruczoły zmniejszają się. Napady krztusca coraz silniejsze.

W początku marca krztusiec ustał. Baj. wypisany został zdrow d. 7-go marca. Białkomoczu nie było.

W przypadku tym chory przybył czwartego dnia choroby w stanie niezbyt ciężkim, po 24-ch godzinach stan się pogorszył, wysypka przybrała zabarwienie sine, gruczoły szyjowe powiększyły się, tętno stało się słabe i częstsze, chory wpadł w senność. Wtedy dopiero zastrzyknąłem surowicę [5-go dnia choroby]. Po 24-ch godzinach nastąpiła poprawa stanu ogólnego i obniżenie ciepłoty o 1°. Przez 3 dni następne były jeszcze wahania ciepłoty wieczorami.

[C. d. n.]

II. Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH NERWOWYCH DRA E. FLATAUA
W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM.

BADANIA NAD CZUCIEM WIBRACYJNEM I JEGO ZNACZENIEM KLINICZNYM

Podał

Władysław Sterling.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 43].

Przypadek XXXV. Jak. Kar., lat 45. *Spondylitis dorsalis*. Brak objawów ze strony układu nerwowego.

Czucie = norma.

Wibracja = norma.

Przypadek XXXVI. Mar. Jar., lat 38. *Spondylitis cervicalis*. Brak objawów ze strony układu nerwowego.

Czucie = norma.

Wibracja = norma.

Przypadek XXXVII. Fel. Jaw., lat 10. *Spondylitis cervicalis*. Kifoza i bóle od roku, od 14 u miesięcy przestała zupełnie chodzić.

GAZ. LEK. NR. 44.

St. praes. Kifoza w szyjowej i piersiowej części kręgosłupa. Lordoza w części szyjowej. Osłabienie siły mięśniowej w górnych i dolnych kończynach zwłaszcza z prawej strony [w rękach osłabienie głównie zginaczy]. Wzmoczenie odruchów ścięgniowych. Obustronnie *clonus pedis et patellae*, oraz objaw BA-BIŃSKIEGO.

Wszystkie rodzaje czucia włącznie z mięśniowym zachowane.

Zmiany wibracyi sięgają od dołu do linii, przeprowadzonej przez oba stawy biodrowe, a więc przy zupełnie zachowanych wszystkich innych kategoriach czucia spotykamy dość znaczne osłabienie czucia wibracyjnego na palcach obu nóg, na obu stopach, na obu gołeniach i w mniejszym stopniu na obu biodrach.

Przypadek XXXVIII. Czesł. Orł., lat 27. *Spondylitis dorsalis*. Od 5-u lat bóle w kręgosłupie, od 2-eh lat nie może chodzić.

St. praes. *Infiltratio apicis dextrae*. Brak skrzywienia kręgosłupa. Silna bolesność dolnych kręgów grzbietowych, począwszy od 8-go. Siła w kończynach dolnych znacznie osłabiona, zwłaszcza z lewej strony [najsłabsze jest rozginanie w stawie biodrowym i zginanie w kolanowym]. Obustronnie *clonus patellae*, lewostronnie *clonus pedis*. Oba odruchy brzuszne = 0.

Czucie dotyku, bólu i temperatury zachowane

Czucie mięśniowe: czasami chora myli się w określaniu położenia palców.

Zmiany wibracyi. Na prawem udzie nieznaczne osłabienie czucia wibracyjnego, na lewem silniejsze; ten sam stosunek spotykamy na gołeniach; natomiast na prawej stopie i na palcach zmiany silniejsze są niż po stronie lewej. Najznacznějšíe zmiany — w okolicy lewego stawu kolanowego. Na kręgosłupie — brak zmian.

Przypadek XXXIX. Ar. Rog., lat 30 *Syringomyelia*. Od 6-u miesięcy bóle w karku, zwłaszcza przy bocznych ruchach głowy. Od 4 ch miesięcy zaczęły słabnąć obie ręce [prawa bardziej], oraz wystąpiły rozmaite parestezye w rękach. W ostatnich czasach zaczęły słabnąć także obie nogi i wystąpiły parestezye w skórze piersi i brzucha.

St. praes. Prawa źrenica nieco węższa od lewej, obie dobrze reagują na światło. Znaczne osłabienie całej prawej kończyny górnej [zaniki w pasie barkowym, osłabienie ilościowe pobudliwości elektrycznej] i mniejsze z lewej. Bardzo nieznaczne osłabienie siły mięśniowej w obu kończynach dolnych [z prawej większe]. Wzmoczenie odruchów ścięgniowych na kończynach górnych. Obustronnie *clonus pedis et patellae*. Oba odruchy brzuszne = 0. Hypertonia mięśniowa.

Czucie dotyku zachowane.

Czucie mięśniowe najdokładniej zachowane.

Olbrzymie zaburzenia czucia bólu i temperatury, zajmujące całkowity tułów i wszystkie 4 kończyny. Czucie temperatury upośledzone jest silniej.

Z m i a n y w i b r a c y i. Zupełna rozbieżność pomiędzy zaburzeniami czucia bólu i temperatury z jednej, a czucia wibracyjnego z drugiej strony. Całkowity tułów znakomicie odczuwa wibracje, to samo dotyczy kończyn dolnych, z wyjątkiem palców prawej stopy, gdzie spotykamy nieznaczną hypestezyę wibracyjną. Zaznaczam specjalnie, że na wszystkich żebrach spotykamy stosunki normalne, to samo na powłokach brzusznych, gdzie chory odczuwa drganie przy najlżejszem dotknięciu podstawy kamertonu. Na lewej kończynie górnej spotykamy nieznaczną równomierną na całej kończynie hypestezyę wibracyjną. Tylko na prawej kończynie górnej zmiany są znaczne: najwyraźniej na palcach oraz w okolicy stawów łokciowego i barkowego [przy braku zaburzeń czucia mięśniowego w tych stawach].

P r z y p a d e k X L. Ch. Ajz., lat 29. *Spondylitis dorsalis*. Od 5-u miesięcy bóle w prawej łopatce i w dołku, od 4-ch miesięcy drętwienie w nogach i nieznaczne osłabienie w nich, ciągle postępujące. *Retentio urinae*. Od 3 ch miesięcy *paraplegia inferior completa* i silne kurcze w nogach.

St. praes. Znaczne osłabienie obu nóg, lewej znaczniejsze, wzmożenie obu PR, lewostronny *clonus patellae* i objaw BABIŃSKIEGO.

C z u c i e m i ę ś n i o w e osłabione w stawach palcowych, poza tem zachowane.

C z u c i e d o t y k u: dotyk często odczuwa na nogach, jako ukłucie, czasem zupełnie go nie odczuwa [rzadziej]. Ukłucia najlżejsze są bardzo bolesne.

Ciepła i chłodu miejscami nie odczuwa.

Z m i a n y w i b r a c y i: rozległością zgadzają się ze zmianami innych rodzajów czucia, lecz natężeniem znacznie je przewyższają; największe zmiany na palcach lewej stopy oraz na całej prawie kończynie dolnej *en masse*, w mniejszym stopniu na lewym udzie i goleni, oraz na kręgach lędźwiowych.

P r z y p a d e k X L I. Ruch. Lub., lat 13. *Spondylitis dorsalis*. Od 5 u miesięcy *gibbus* i bolesność w części grzbietowej kręgosłupa oraz osłabienie obu nóg.

St. praes. *Paraparesis extremitatum inferiorum* ze znaczną hipertonią mięśniową. *Gibbus* odpowiada 7-emu i 8-emu kręgom grzbietowym, prócz tego nieznaczne skrzywienia w okolicy 1-go, 2-go, 3-go lędźwiowych. Obustronnie *clonus pedis et patellae* oraz objaw OPPENHEIM'a i BABIŃSKIEGO.

Oba odruchy brzuszne = 0.

C z u c i e m i ę ś n i o w e i c i e p l i k o w e zachowane.

C z u c i e d o t y k u i b ó l u: upośledzone na obu nogach z przodu i z tyłu i na ścianie brzusznej do pępka — z tyłu do łuku żebrowego. *Hypalgezja*: z lewej strony silniejsza.

Z m i a n y w i b r a c y i: rozległością zgadzają się z innymi zmianami czuciowymi, lecz przewyższają je natężeniem. O ile zmiany bólowe wyrażone są silniej z prawej strony, o tyle zmiany wibracyjne są znacznie silniejsze z lewej. Najwybitniejsze zmiany spotykamy na lewej goleni i na palcach lewej stopy, prócz tego zupełne zniesienie wibracji na 1-ym palcu prawej stopy.

Przypadek XLII. Ch. Leb., lat 19. *Haemaomyelia conii medullaris*. Przed 6-u dniami chory wyskoczył z okna na ulicę i uczuł ból w prawej nodze, po 2-ch dniach wystąpiło *retentio urinae* i zwiększył się ból w nodze. Obecnie skarży się na słabość i bóle prawej nogi i *retentio urinae*.

St. praes. Lewa noga = norma. Na prawej — zupełny brak ruchów w stopie i w palcach. Prawy PR—słaby, prawy AR i podeszwy = 0, bardzo żywe odruch z *cremaster*. Zanków niema.

Czucie mięśniowe w palcach obu nóg osłabione, zwłaszcza z prawej strony.

Czucie dotyku, bólu i temperatury: zniesione na zewnętrznej części prawej stopy i na tylnej powierzchni dolnej $\frac{1}{4}$ prawej nogi, prócz tego osłabienie czucia ciepłikowego na dolno - wewnętrznej powierzchni lewego pośladka.

Zmiany wibracji: Minimalne osłabienie czucia wibracyjnego na palcach obu nóg bez różnicy z obu stron [czucie mięśniowe w palcach prawej stopy wykazuje większe zaburzenia]. Na stopach i goleniach nie znajdujemy zmian wibracyjnych, któreby odpowiadały zmianom czucia dotyku, bólu i t. d. Natomiast odpowiednio do zmian czucia ciepłikowego spotykamy wyraźną hypestezyę wibracyjną na lewym pośladku.

Przypadek XLIII. Ryf. Ol., lat 17. *Tumor cerebelli* (?). Od miesiąca silne bóle głowy i zawrót głowy. Od 2-ch tygodni chora prawie nic nie widzi, od kilku dni ciągle wymioty. Obecnie ból w okolicy czołowej i lewego oka. Chód móżdżkowy.

St. praes. Rozlana bolesność czaszki przy opukiwaniu. Guz pulsujący na miejscu pomiędzy punktami przyczepu m. m. *cucullarium* do czaszki, na guzie szmer systoliczny. Obustronnie *Stauungspapille*. PR i AR bardzo słabe.

Wszystkie rodzaje czucia zachowane.

Diagnosis anatomica: przerzutowy nowotwór kości potylicowej (*carcinoma*—pierwotne ognisko: *struma colloidale*), uciskający na mózdzek.

Zmiany wibracji: przy zupełnie zachowanych wszystkich kategoriach czucia skórniego znajdujemy wybitne osłabienie czucia wibracyjnego na wszystkich palcach obu stóp, na całej prawej nodze oraz na kości miednicy.

Przypadek XLIV. Nech. Pr., lat 21. *Tumor cerebri*. Bóle głowy od 2-ch tygodni i zawroty, *retentio urinae et alvi*.

St. praes. Na czaszce pod lewym uchem guz owalny wielkości $\frac{1}{2}$ kurzego jaja, idący skośnie ku kąтови oka, nieruchomy, mocno przyrośnięty, bolesny. Silne osłabienie wzroku. Silnie rozwinięta obustronna *neuroretinitis*. Ograniczenie ruchów prawej gałki ocznej na prawo i na lewo. Prawa źrenica szersza od lewej, obie rozszerzone, mała objętość reakcyi na światło. Przy mimicznych ruchach usta przekrzywiają się na lewo. *Hemiparesis dextra* w nieznanym stopniu. PR — żywe. AR — słabe. Obustronnie objaw *BAWIŃSKIEGO*.

Wszystkie rodzaje czucia zachowane.

Zmiany wibracji: dość znaczne osłabienie czucia wibracyjnego na biodrze i w okolicy *malleoli externi* prawej nogi. Poza tem wszędzie, a specjalnie na lewej połowie twarzy i czaszki czucie wibracji normalne.

Przypadek XLV. Men. Tr., lat 30. *Tumor pontis* (?). Od 5-u miesięcy powolne i ciągle postępujące osłabienie prawej nogi i prawej ręki, od 3½ miesięcy obrzymie zawroty głowy oraz wielokrotne wymioty, w ostatnich dniach wystąpiło двоjenie w oczach i niewyraźna, bełkocząca mowa.

St. praes. Prawa źrenica szersza od lewej, obie nieźle reagują na światło. Oftalmoskopowo: zatarcie granic lewej tarczy. Osłabienie dolnej gałazki prawego *n. facialis*. Znaczna *hemiparesis dextra* ze wzmożeniem odruchów ścięgnistych. Prawy odruch brzuszny = 0. Prawostronny objaw BABIŃSKIEGO. Chód mózdkowy.

Czucie dotyku i temperatury normalne.

Czucie bólu: lekka hypalgezja na prawej ręce.

Czucie mięśniowe: lekkie zaburzenia w palcach prawej ręki i prawej nogi.

Lekka ataksja przy próbie palco-nosowej z prawej strony.

Zmiany wibracji: Obrzymie osłabienie czucia wibracyjnego na palcach prawej nogi i na prawej goleni, mniejsze nieco na prawym biodrze i jeszcze mniejsze równomierne na całej prawej kończynie górnej. Na brzuchu, na klatce piersiowej, na twarzy, ani na głowie czucie wibracyjne nie wykazuje różnicy pomiędzy prawą a lewą stroną. Zaburzenia wibracyjne silnie dominują nad zmianami czucia skórniego.

Przypadek XLVI. N. Reg., lat 36. *Syringomyelia*. Od pół roku osłabienie lewej ręki, ciągle postępujące, od 2-eh miesięcy nieznaczne osłabienie obu kończyn dolnych.

St. praes. Wyraźne osłabienie prawej kończyny górnej [najbardziej w *m. interossei* i *flexores* palców, zaniki *mm. interosseorum*, w mięśniach *thenaris* i *hypothernaris* [EaR]. Odruchy w kończynach górnych normalne. Nieznaczne osłabienie siły mięśniowej w obu kończynach dolnych, wzmożenie odruchów [AR i PR], obustronny objaw BABIŃSKIEGO.

Czucie dotyku i mięśniowe bez zmian.

Czucie bólu i temperatury: zupełnie zniesione na obu rękach, na piersi i całym tułowi. Na nogach nieznaczne osłabienie czucia bólu i temperatury.

Zmiany wibracji: ograniczają się wyłącznie do kończyn górnych, gdzie spotykamy nieznaczną, rozlaną hypestezyę wibracyjną.

Przypadek XLVII. Ar. Ten., lat 40. *Sclerosis multiplex*. Od roku chory gorzej chodzi i skarży się na двоjenie w oczach.

St. praes. W kończynach górnych siła mięśniowa zachowana, drżenie zamiarowe. *Paraparesis extermittatum inferiorum* [z prawej strony >]. Prawostronny objaw BABIŃSKIEGO. Wzmożenie AR i PR. Brzuszne = 0.

Brak zmian czucia.

Wibracja = norma.

Przypadek XLVIII. Fis. Flau., lat 25. *Lues spinalis* [postać Erb'a]. Od miesiąca porażenie obu kończyn dolnych, *incontinentia urinae*.

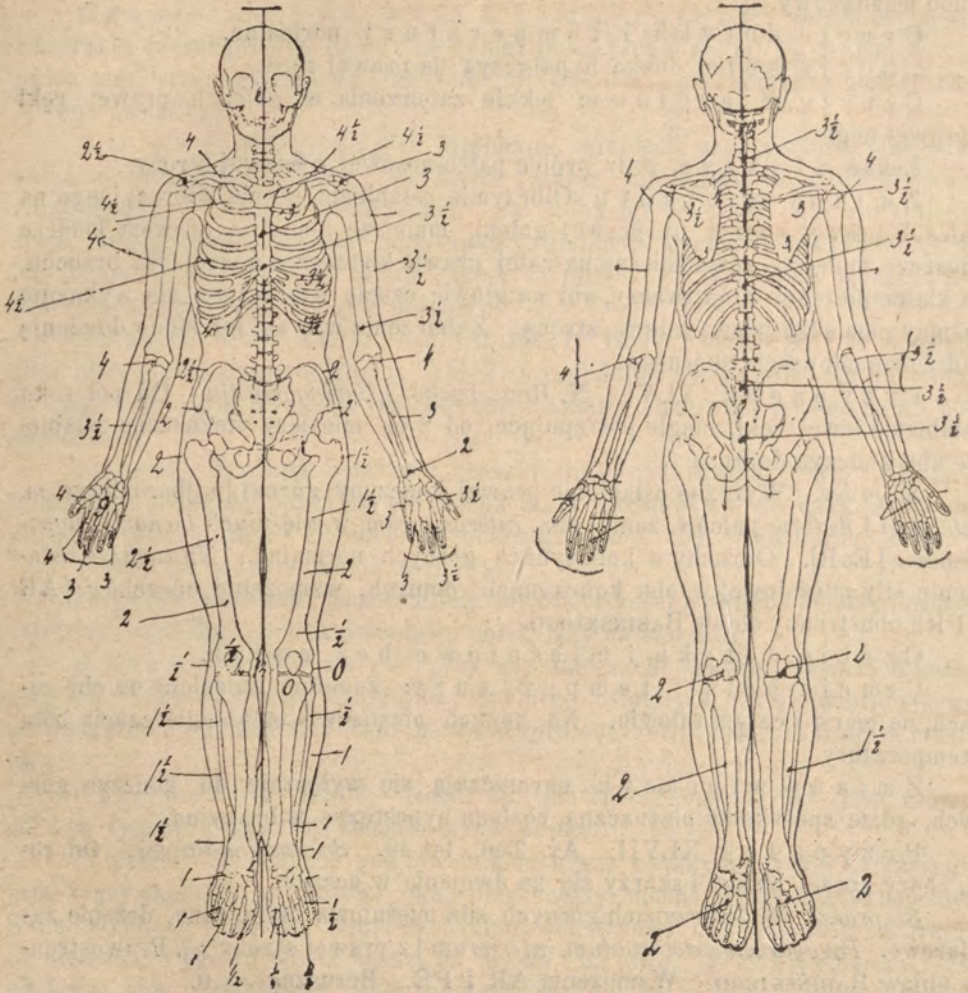
St. praes. *Paraplegia inferior spastica* [zachowane tylko ruchy prawej stopy i palcami]. BABIŃSKI obustronny, obustronnie *clonus pedis et patellae*.

Czucie zachowane.

Wibracja = norma.

Rozpatrując materiał otrzymany przy badaniu 30-u najrozmaitszych organicznych cierpień rdzenia, przedewszystkiem znajdujemy w nim potwierdzenie tego, co w kwestyi stosunku zmian czucia wibracyjnego do zaburzeń ataktycznych dostarczył nam materiał tabetyczny. Oto szereg zestawień.

Przypadek XLIX [Goł. Mil.]. *Polineuritis.*



W przypadku XIX (*sclerosis multiplex*). Spotykamy wyraźne ugrupowanie zmian czucia wibracyjnego w okolicy stawu barkowego i łokciowego przy braku jakichkolwiek zmian czucia mięśniowego w tych stawach i przy braku ataksyi.

W p r z y p a d k u XX (*tumor medullae spinalis*): olbrzymie zaburzenia czucia wibracyjnego na kończynach dolnych przy zupełnie zachowanym czuciu mięśniowym.

W p r z y p a d k u XXI (*spondylitis lumbalis*) wyraźne zaburzenie czucia wibracyjnego jednakowe na obu stopach, zaś zmiany czucia mięśniowego wyłącznie w palcach lewej stopy.

W p r z y p a d k u XXII (*myelitis chronica*): na palcach stóp wszędzie jednakowe zmiany czucia wibracyjnego, podczas gdy zaburzenia czucia mięśniowego dotyczą tylko 3-ch zewnętrznych palców.

W p r z y p a d k u XXIII (*myelitis chronica*): minimalne zmiany czucia mięśniowego w palcach prawej nogi, przy olbrzymich zaburzeniach czucia wibracyjnego na palcach obu stóp, obu stopach i kolanach.

W p r z y p a d k u XXIV (*myelitis subacuta*): zupełne zniesienie czucia mięśniowego na obu kończynach dolnych, ataksya; zaburzenia zaś czucia wibracyjnego ograniczają się do 3-ch zewnętrznych palców obu stóp.

W p r z y p a d k u XXV (*tumor medullae spinalis*): zupełne zniesienie czucia wibracyjnego do łuku żebrowego, zaburzenia zaś czucia mięśniowego wyłącznie w palcach nóg. Brak ataksyi.

W p r z y p a d k u XXVII (*meningomyelitis luetica*): znajdujemy zmiany czucia mięśniowego w 4-ch zewnętrznych palcach obu stóp przy zupełnie zachowanym czuciu wibracyjnym.

W p r z y p a d k u XXVIII (*combinirte Systemerkrankung*): czucie mięśniowe dotknięte jest tylko w palcach stóp, podczas gdy zmiany czucia wibracyjnego zajmują całkowite kończyny dolne.

W p r z y p a d k u XXX (*syringomyelia*): zupełnie normalne czucie mięśniowe przy ogromnych zaburzeniach czucia wibracyjnego w okolicach stawowych.

W p r z y p a d k u XXXI (*tumor pontis*): normalne czucie mięśniowe przy lekkich zaburzeniach czucia wibracyjnego na wszystkich 4-ch kończynach.

W p r z y p a d k u XXXII (*spondylitis tuberculosa*): czucie mięśniowe zachowane przy zupełnym zniesieniu czucia wibracyjnego na stopach i palcach.

W p r z y p a d k u XXXIII (*spondylitis tuberculosa*): czucie mięśniowe zachowane przy znacznych zmianach czucia wibracyjnego na palcach obu stóp i na biodrach.

W p r z y p a d k u XXXVIII (*spondylitis dorsalis*): najsilniejsze zmiany czucia wibracyjnego w okolicy lewego stawu kolanowego przy zupełnie zachowanym czuciu mięśniowym w tym stawie.

W p r z y p a d k u XXXIX (*syringomyelia*): czucie mięśniowe zachowane przy znacznych zaburzeniach czucia wibracyjnego w okolicy prawego stawu barkowego i łokciowego.

W p r z y p a d k u XLI (*spondylitis tuberculosa*): zachowane czucie mięśniowe przy zupełnie zniesionem czuciu wibracyjnym w palcach prawej stopy.

W p r z y p a d k u XLII (*syringomyelia*): minimalne osłabienie czucia wibracyjnego, jednakowe na palcach obu stóp, podczas gdy czucie mięśniowe z prawej strony wykazuje znacznie silniejsze zmiany.

W p r z y p a d k u XLIII (*tumor cerebelli*): czucie mięśniowe zachowane przy wybitnych zmianach czucia wibracyjnego na palcach obu stóp i na całej prawej goleni.

Zaledwie w 2-ch przypadkach rdzeniowych: XXIX (*sclerosis multiplex*) i XXXIV (*spondylitis tuberculosa*) znajdujemy zupełną zbieżność terytoryalną zmian czucia mięśniowego i wibracyjnego.

Zatrzymując się teraz na pojedynczych postaciach cierpień rdzeniowych,—zaznaczyć muszę, że w s t w a r d n i e n i u w i e l o o g n i s k o w e m wyniki badania czucia wibracyjnego bynajmniej nie odznaczają się stałością. W jednym przypadku, w którym zupełnie nie było zmian dotykowych, ani bólowych, czucie wibracyjne również nie wykazywało żadnych zaburzeń, w drugim— przy braku zmian czucia skór nego — spotkaliśmy bardzo nieznaczne co do natężenia, lecz rozległe zmiany czucia wibracyjnego; wreszcie w trzecim— niezwykle interesującym przypadku *sclerosis multiplex*, przebiegającym klinicznie pod postacią zapalenia rdzenia, stwierdziłem rozsiane zmiany czucia wibracyjnego, odpowiadające najzupełniej umiejscowieniem zaburzeniom czucia dotykowego, bólowego, ciepłikowego, a nawet mięśniowego.

W cierpieniach s y s t e m o w y c h rdzenia także nie otrzymujemy wyników stałych: w jednym przypadku *sclerosis lateralis amyotrophicae*, jako można się tego było spodziewać, wynik badania był ujemny. W przypadku t. zw. *Combinirte Systemerkrankung* zaburzenia wibracyjne terytoryalnie zgadzały się ze zmianami innych kategorii czucia, wykazując na rozmaitych miejscach przejścia i stopniowania, którym czucie dotyku i bólu nie odpowiadało.

Natomiast w 2-ch przypadkach *syringomyeliae* rozbieżność pomiędzy zaburzeniami czucia wibracyjnego z jednej strony, a zmianami czucia bólowego i ciepłkowego z drugiej była wprost demonstracyjna. W jednym przypadku przy ogromnych zaburzeniach czucia bólu i ciepła, zajmujących całą niemal powierzchnię ciała, stwierdziłem upośledzenie czucia wibracyjnego wyłącznie na prawej kończynie górnej, w innym znowu — przy równie prawie rozległych zmianach czuciowych—zaburzenia wibracyjne ograniczały się wyłącznie do kończyn dolnych [uajsilniej na palcach], w przypadku tym zmianom czucia bólowego o charakterze wyraźnie korzonkowym—zupełnie nie towarzyszyły tego rodzaju zmiany wibracyjne. Tak więc *syringomyelia* wykazuje tendencję do znacznie mniejszych rozległością zaburzeń wibracyjnych w stosunku do zmian czucia bólu i temperatury.

W 1 przypadku *haematomyeliae conii medullaris*, zaburzenia czucia wibracyjnego tylko po części zgadzały się ze zmianami innych kategorii czuciowych, po części zaś były rozbieżne lokalizacją.

Natomiast w 2-ch przypadkach p r z y m i o t o w y c h s p r a w rdzenia stwierdziłem zupełną kongruencję topograficzną zaburzeń czuciowych i wibracyjnych, a mianowicie w 1 przypadku postaci Erb'a i w 1 przypadku *meningomyelitidis sacralis lueticae*.

Co się tyczy spraw czysto zapalnych rdzenia [3 przypadki t. zw. *myelitis chronica*, jeden *myelitis subacuta*], to tutaj w ogólnych zarysach wyniki badania są zgodne — zazwyczaj terytorya zajmowane przez zmiany czuciowe i wibracyjne zlewają się ze sobą, czasem tylko te ostatnie bywają rozleglejsze, a najczęściej przewyższają one do pewnego stopnia zmiany innych kategorii czucia.

Przechodzimy teraz do ostatniej grupy spraw rdzeniowych, a mianowicie do spraw uciskowych rdzenia, a więc do nowotworów rdzenia lub jego opon i do tuberkulicznych cierpień kręgow. W tej samej kategorii zmuszony jestem dla pełności obrazu rozpatrzeć kilka nowotworów pnia mózgowego i mostu VAROL'ia, gdyż wykazują one pewne wspólne interesujące cechy. Najbardziej pouczający w tej kategorii jest sekcyjnie stwierdzony nowotwór rdzenia [w części grzbietowej]; badany w pierwszym okresie rozwoju, wykazywał on przy minimalnych zmianach czucia dotykowego i bólowego zupełne zniesienie czucia wibracji od dołu aż do łuku żebrowego; dopiero w przebiegu choroby w ostatnim jej okresie rozwinęły się silne zmiany czucia dotyku, bólu i temperatury, które po kilku miesiącach dorównały zmianom czucia wibracyjnego.

W jednym przypadku nowotworu mózdzku, uciskającego na pień mózgowy [przypadek XXXVII], spotykamy przy zupełnie zachowanych wszystkich kategoriach czucia skórniego ogromną hypestezyę wibracyjną z prawej strony; to samo aczkolwiek w nieco słabszym stopniu widzimy w przypadku nowotworu pnia mózgowego [przyp. XLIV]. Wreszcie w przypadku nowotworu czaszki, uciskającego na mózdzek i pień mózgowy [XLIII] spotykamy przy zachowanem czuciu skórniem duże osłabienie czucia wibracyjnego na obu stopach i prawej goleni. Dla wyświeatlenia nasuwającego się wobec tych danych pytania: czy istotnie przy sprawach uciskowych rdzenia i pnia mózgowego należy uważać za prawidłó, że zmiany czucia wibracyjnego dominują nad zaburzeniami innych kategorii czucia i poprzedzają je chronologicznie — zbadalem na kilku oddziałach chirurgicznych w szpitalu Dzieciątka Jezus kilkanaście przypadków *spondylitidis tuberculosae*.

Materyał, w ten sposób zebrany, mogę podzielić na 3 kategorie:

1) przypadki cierpień kręgow, które nie odbijają się na rdzeniu, nie dając zaburzeń ani czuciowych, ani ruchowych. W przypadkach takich czucie wibracyjne również nie wykazuje upośledzenia.

2) przypadki, dające nieznaczne objawy bólowe i porażeniowe bez zmian czucia dotyku, bólu i temperatury [lub też bardzo z nieznacznymi zmianami] oraz .

3) przypadki cięższe, w których spotykamy już wyraźne porażenia i zmiany czuciowe.

Oczywiście najbardziej miarodajne dla nas są przypadki drugiej kategorii, których obserwacja moja obejmuje 5 [XXXIII, XXXIV, XXXVII, XXXVIII i XXI]— przypadki te przemawiają wyraźnie za wypowiedzianem przypuszczeniem, gdyż przy zaledwie zaznaczonych objawach upośledzenia czucia dotyku i bólu, a częstokroć nawet bez tego upośledzenia— spotykamy silne zmiany czu-

cia wibracyjnego. W pozostałych 2-ch przypadkach cierpień kręgow XXXII i XI [3-a kategoria], spotykamy równoczesne zmiany czuciowe i wibracyjne. O ile w przypadku XLI te ostatnie wyraźnie dominują nad pierwszemi, o tyle w przypadku XXXII da się to zastosować tylko do zmian czucia temperatury i bólu, przeciwnie zmiany czucia dotykowego przewyższają wszystkie inne. Że wypowiedziane przypuszczenie nie da się rozciągnąć na wszystkie przypadki spraw uciskowych—dowodzi tego choćby obserwacya EGGER'a, który w przypadku *spondylitidis dorsalis* stwierdził zniesienie czucia dotyku i bólu przy zupełnie zachowanym czuciu wibracyjnem. W każdym razie ponieważ w większości przypadków spraw uciskowych rdzenia z zaburzenia czucia wibracyjnego nie tylko dominują nad zmianami innych kategorii czucia, ale nawet poprzedzają je chronologicznie—sprawa warta jest dalszych badań na rozległym materiale, które mogłyby rozstrzygnąć, o ile objawowi temu możnaby przypisać znaczenie rozpoznawczo-różniczkowe pomiędzy sprawami uciskowemi rdzenia a cierpieniami innego pochodzenia [zapalnego, pierwotnego, t. zw. systemowego i t. d.].

[D n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

13. Uboczne a niekorzystne działanie aspiryny. (*Exanthema universale*).

Wprowadzona w użycie od lat kilku [1899] aspiryna [acetyl kwasu salicylowego] cieszy się, słusznem zresztą, powodzeniem, jako środek uśmierający bóle, mający tę wyższość nad innymi przetworami kwasu salicylowego, że nie wywołuje zaburzeń żołądkowych [rozpuszcza się i rozkłada tylko w alkaliach]. Notowano, w rzadkich zresztą przypadkach, jako objaw niepożądany—szum w uszach, częściej już—obfite poty. Ujemnego działania na serce, na skórę [wysypki] nie notują nawet tacy autorzy, którzy dokładnie spostrzegali działanie aspiryny w wielkiej liczbie przypadków [np. W OBR—362 przyp.]. Dlatego czuje się w obowiązku podać krótki opis spostrzeganego przez siebie przypadku, w którym aspirina wywołała dość alarmujące, a w każdym razie bardzo nieprzyjemne objawy.

Znany mi od lat kilku chory 64-letni, cierpiący na miażdżycę tętnic oraz dobrze wyrównaną, a istniejącą od niepamiętnych czasów niedomykalność zastawki dwudzielnej, prosił mię o zalecenie mu jakiego środka na „darcie w nogach“, które mu dokuczało w czasie kuracyi kąpielowej w Nałęczowie. Zaleciłem mu aspirynę w dawce 0,6. W jakie dwie godziny po konsultacyi, wezwano mię do tego chorego, zaznaczając, że chory dostał „uderzenia do głowy“ i „stracił mowę“. Byłem przygotowany na to, że chory dostał insultu mózgowego, któremu raz już uległ przed dwoma laty, po czem wystąpiło porażenie połowiczne, z którego zresztą wyleczył się zupełnie. Nie mogąc natychmiast podążyć do chorego, prosiłem kol. KOZŁOWSKIEGO, aby mię zastąpił celem podania pierwszej pomocy. W jakie dwie godziny byłem już na miejscu i obejrzałem chorego razem z kol. KOZŁOWSKIM. Chory zupełnie przytomny, opowiedział nam, że w pół godziny po zażyciu proszku na miejscu w aptece, darcie w nogach ustąpi-

ło zupełnie, ale zrobiło mu się jakoś „niedobrze“. Wstąpił więc po drodze do restauracyi i napił się herbaty. Gdy wrócił do domu [mieszkał poza zakładem], doznał silnego palenia w twarzy i uczuł, że mu język puchnie, co mu utrudniało mowę. Rzeczywiście, język był tak obrzmiały, że się prawie w ustach nie mieścił. Obrzmiała i silnie zaczerwienioną była cała twarz, zwłaszcza wargi i powieki. Obrzmiałe również były uszy i skóra na głowie. Zaczerwienienie szerzyło się na szyję, tułów, ręce i nogi. Wysypka robiła wrażenie wysypki szkarlatynowej i sprawiała choremu nieznośne swędzenie. Ciepłota ciała była nieco podniesioną [38°], tętno 100, podczas gdy ono u chorego nigdy nie przynosiło 54 — 60 uderzeń na minutę. W moczu nie znaleziono białka, ani cukru, ciężar właściwy. Pod wieczór obrzmienie się zmniejszyło, wysypka zbladła, tak że chory miał noc względnie spokojną. Na drugi dzień koło południa wysypka i obrzmienie znowu się zwiększyły, choć z mniejszą siłą. Ciepłota ciała była już normalna, ale tętno zawsze przyspieszone [około 100]. Pod wieczór wszystkie objawy znów przycichły. To samo, ale w coraz słabszym stopniu powtórzyło się na trzeci dzień, poczem wysypka zniknęła bezpowrotnie. Chory czuł się zupełnie dobrze, a co dziwniejsza, swędzenie skóry na kończynach, które mu dokuczało przez całe lato, po tym wypadku zupełnie przeszło. Muszę nadmienić, że sprawdziłem w aptece tak samo preparat, jak i dawkę lekarstwa: aspiryna pochodziła z fabryki BAYER'a, była podaną w dawce 0,6. Dla ścisłości dodaję, że chory pił w celach leczniczych wodę alkaliczną [JAWORSKIEGO Nr. 1]. Niektórzy autorowie [wyżej wspomniany WOBK] ostrzegają, że aspiryny nie należy podawać jednocześnie z alkaliami i wodami alkalicznymi, gdyż wtedy w żołądku następuje rozkład aspiryny na jej składowe części. Czy rozkład ten może wpływać na wywołanie wyżej opisanych objawów, powiedzieć nie umiem. Aspirynę stosuję bardzo często u rozmaitych chorych, nigdy jednak podobnego działania nie widziałem. W literaturze za to z ostatniej doby znalazłem opis trzech zupełnie analogicznych przypadków. W pierwszym z nich chory HIRSCHBERG'a z Poznania (*Deut. med. Woch.* 1902 N. 23) w trzy godziny po zażyciu 1 grm. aspiryny dostał zaczerwienia i obrzmienia powiek, warg i twarzy, a na górnej części tułowia wysypki szkarlatynowej. Ciepłota nie była podniesiona, tętno bez zmiany. Mocz normalny. Na drugi dzień wystąpił powrót wysypki. Drugi przypadek opisał Orro [*Deut. med. Woch.* 1903 N. 7]. W dwie godziny po zażyciu 1 grm. aspiryny wystąpiło swędzenie na udach, rękach i głowie. Gdy chory w parę godzin dawkę aspiryny powtórzył, wystąpiła wysypka szkarlatynowa na całym ciele, osłabienie i rozwolnienie. Ciepłota była normalna, tętno przyspieszone [100]. W moczu znaleziono ślady białka. W trzecim wreszcie przypadku MEYER'a (*Deut. med. Woch.* 1903 N. 7) po użyciu 1 grm. aspiryny wystąpiło obrzmienie powiek, skroni i głowy. Ciepłota była podniesiona [38,1]; na drugi dzień objawy znikły.

Naturalnie, że wyżej opisane niespodzianki nie mogą zrażać do stosowania aspiryny, ale dobrze jest o nich wiedzieć.

A. Puławski [Nałęczów].

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie chirurgiczne dnia 12-go kwietnia 1904.

1. W. SZTEYNER przedstawia grubą szpilkę podwójną do włosów, wydobytą z pęcherza moczowego dziewczyny 15-letniej, w którym znajdowała się przez 8 tygodni. Przy badaniu stwierdzono, iż jeden koniec szpilki przebił cewkę moczową w górnej części i sterczał ukośnie do pochwy. Po uśpieniu chorej rozszerzono cewkę, przesunięto do niej koniec sterzczący w pochwie i wyprostowawszy szpilkę palcem od strony pochwy, udało się uchwycić ją kleszczykami i przez cewkę wydobyc na zewnątrz. Dalszy przebieg po tym rękoczynnie był zupełnie pomyślny.

ODERFELD nie uważa za odpowiednie postępowania, zastosowanego tu przez SZTEYNERA. W przypadkach ciał obcych w pęcherzu należy, jako zabieg zasadniczy, stosować cięcie nadłonowe (*sectio alta*), które nie stanowi operacji ciężkiej, a daje możność dokładnego wydobycia ciała obcego bez większego obrażenia tkanek otaczających. W ten sposób operował w jednym przypadku w celu wydotania szpilki, znajdującej się w pęcherzu i wynik miał pomyślny.

KRYŃSKI stanowczo nie godzi się ze zdaniem ODERFELDA. W takim przypadku jak ten, gdzie część szpilki znajdowała się w pęcherzu, drugi zaś koniec sterczał na zewnątrz, jedynie odpowiednim było postępowanie, którego użył właśnie SZTEYNER, t. j. wyciągnięcie drutu przez rozszerzoną cewkę. Do otwarcia pęcherza przez cięcie nadłonowe przystąpić należałoby wtedy, gdyby ciało obce w całości znajdowało się w pęcherzu i gdyby dokładne badanie, potwierdzone cystoskopią, wykazało niemożność wydobycia go *per vias naturales*.

KIJEWSKI również jest zdania, że niema co myśleć o *sectio alta*, jeżeli uda się uchwycić szpilkę przez cewkę moczową, którą przecież można bardzo rozszerzyć.

BORZYMOWSKI w jednym przypadku mógł wyjąć szpilkę podwójną z pęcherza po rozszerzeniu znacznem cewki rozszerzadłami FRITSCH'a.

2. W. STANKIEWICZ przedstawia: 1) preparat mikroskopowy guza ślinianki podszczękowej, wyłuszczonego u mężczyzny 36-letniego przed 9-u miesiącami. Preparat okazuje naokoło normalnych przewodów gruczołu nacieczenie drobno-komórkowe i miejscami pasma podłużne tkanki włóknistej. Główny interes tego rodzaju guzów, zwanych przez KUETNER'a guzami zapalnymi (*Entzündliche Tumoren*) polega na trudności ich rozpoznania i rozróżnienia od guzów złośliwych; są twarde, niebolesne, złane z otaczającymi tkankami i mają dążność do powiększania się znacznego; dochodzą one do wielkości jaja kurzego, a nawet bywają i większe.

Jako następstwo przewlekłego zapalenia, wytwarza się w nich z początku nacieczenie drobno-komórkowe jednocześnie z zanikiem prawidłowej tkanki gruczołowej, a następnie tkanka włóknista. Przyczyną zapalenia najczęściej bywają zakażenia drobnoustrojami z jamy ust lub też zatkanie przewodów kamykiem. W danym przypadku część gruczołu była budowy i spistości prawidłowej; większa zaś część twarda i nacieczona; na granicy zaś między nimi był mały kamyk wielkości grochu w rozszerzonym przewodzie. Gruczoły szyjne nie były zajęte.

2) Pęcherz moczowy wraz z moczowodami i nerkami, wydobyty po śmierci chorego ua nabłoniaka pęcherza. Chory, owczarz z prowincyi, przed laty kilkunasta leczony był w szpitalu Ewangelickim na silne zwężenie cewki mo-

czowej, zwłaszcza w części żółdziowej jącia. W roku zeszłym przybył do szpitala z powodu dotkliwych bólów w pęcherzu, parcia i brudnego moczu ze krwią. Ponieważ badanie cystoskopowe z powodu skurczu pęcherza było niemożliwe, S. w narkozie zrobił cystotomię i przekonawszy się o zajęciu całego pęcherza przez nowotwór, uznał wyluszczenie organu za spóźnione. Pacjent umarł po kilku miesiącach. Pęcherz w całości nacieczony masą nowotworu, niezmiernie skurczony; ściany grube na 2 — 3 cm.; wewnętrzna powierzchnia w rozpadzie, pokryta kosmkami różnej wysokości i kształtu; ujścia moczowodów zwężone; moczowody niezmiernie rozszerzone, grubości palca, miejscami większe wypuklenia; ściany zgrubiałe i w niektórych miejscach nacieczenia rakowate. Mięsz nerek w zaniku, miedniczki rozciągnięte w kształcie torby, mogącej pomieścić pełną szklanę płynu.

Wobec tak znacznych zmian wstępujących w nerkach, powstałych skutkiem ucisku ujść moczowodów przez nacieczone ściany pęcherza, S. wskazuje, iż proponowane niekiedy wyluszczenie całego, rakiem zajętego pęcherza, nie ma żadnej szansy z powodu istniejących już wcześniej zmian w nerkach.

3) Lewą nerkę, wyluszczoną dziś u kobiety 39-letniej, dotkniętej od dawna gruźlicą. Chora od 6-u miesięcy skarżyła się na bóle w boku lewym, upadając ciągle na silach; przed 2-oma tygodniami przybyła z Otwocka do szpitala Ewangelickiego bardzo wycieńczona, bezkrwista, narzekając na ciągle, dotkliwe bóle, przyczem stale gorączkowała. W lewym podżebrzu guz wielkości głowy noworodka, zajmujący przestrzeń aż do grzbietu kości biodrowej, a ku wewnątrz do brzegu m. prostego. Guz twardy, dość gładki, nie chlebocący, daje wyraźny objaw *ballotement*. Płuca w stanie dobrym, łąknienie podpadłe. Ilość dzienna moczu od 900 — 1200 ctm. Badanie moczu wykazuje obecność ropy w znacznej ilości, bez krwi; laseczników gruźliczych nie znaleziono.

S. rozpoznaje gruźlicę nerki, która jest przyczyną bólów, gorączki i ciągłego wycieńczenia chorej. Operację uważa za wskazaną, ale ze względu na naturę cierpienia, wielkie wycieńczenie chorej, oraz wielkość guza, poczytuje rezultat operacji za bardzo wątpliwy. Rodzina chorej pomimo tego zgadza się na operację. Pomimo chwilowej niedokładności separatora, S. decyduje się operować w przekonaniu, iż tak zmieniona nerka nie może prawie funkcjonować i otrzymywana ilość moczu musi być wydzielana przez drugą nerkę, której się nie wyczuwa.

Operacja przedstawiała znaczne trudności z powodu zlania się samej nerki z torebką tłuszczową, która miała grubości do 1 centymetra i więcej; z trudnością wielką dało się ją oddalić od *capsula propria*. Szypułka z naczyniami została podwiązana, nerka odcięta, a cała torebka tłuszczowa wyluszczone, następnie zeszyto mięśnie i skórę po wypełnieniu jamy gazą. Największą trudność oddzielenia miał S. u góry, gdzie nadnercze bardzo silne miało zrosty, w których znajdowały się dość grube pnie żyłne.

Nerka czterokrotnie większa od prawidłowej, ma powierzchnię gładką, torebka jej bardzo gruba. Na powierzchni pod torebką liczne ogniska tkanki tłuszczowej, szczególnie całe nadnercze przedstawia masę tłuszczową z pewną ilością dość zbitej tkanki łącznej. Podobnie zwyrodniałą okazuje się istota rdzenna nerki, a w każdym jej kielichu znajduje się ognisko z rozpadem serowatym szarozółtawej barwy z gęstą ropą. Cała miedniczka zredukowana jest do bardzo wąskiej rynienki, przechodzącej w rozszerzony moczowód.

Jest to niezwykle stopień zwyrodnienia tłuszczowego nerki gruźliczej wraz z nadnerczem przy jednoczesnym rozpadzie serowatym wszystkich kielichów.

Chora zniosła operację stosunkowo dobrze, ale do wieczora [6 godzin po operacji] nie oddawała wcale moczu.

3. Kijewski przedstawia chorego, któremu z powodu gruźlicy wyciął najądrze wraz z przewodem nasiennym (*epididymectomy et vasectomy*), pozosta-

wiając jądra, i wyraża przekonanie, że zabieg ten przedstawia nie gorsze szanse dla chorego co do nawrotu cierpienia, niż trzebienie, a jest operacją, daleko mniej okaleczającą chorego.

4. **KRYŃSKI** przedstawia preparaty mikroskopowe z jądra, zajętego sprawą gruźliczą. W przypadku tym u mężczyzny 26-letniego zmiany chorobowe w narządach płciowych tak były posunięte, iż trzeba było wykonać trzebienie wraz z rozległą rezekcją powrózka nasiennego po stronie prawej. Na preparatach mikroskopowych widać, iż tkanka jądra usiana jest gruzelkami, w których znajdują się liczne komórki olbrzymie o obwodowym przeważnie układzie jąder; nadto obfite nacieczenie drobnokomórkowe i zmiany w naczyniach świadczą o ostro rozwijającej się sprawie. W takich więc przypadkach nie można, rzecz prosta, ograniczać się do epididymektomii, lecz należy doszczętnie usunąć jądro, będące w całości ogniskiem gruźlicy.

5. **AL. KOPCZYŃSKI**. Wydobycie przez przetokę żołądkową zgłębnika przełykowego. 27-letnia robotnica w sierpniu 1902 r. oparzyła sobie przełyk ługiem. W sierpniu 1903 r. wykonano gastrostomię, po której chora szybko zaczęła powracać do sił. W grudniu tegoż roku przystąpiono do rozszerzania zwężonego przełyku od strony żołądka, lecz, według słów chorej, przy pierwszej próbie zgłębnik przełykowy złamał się i część jego pozostała w żołądku. Próby usunięcia złamanej części zgłębnika były bezskuteczne. Chora na własne żądanie opuściła szpital 17-go stycznia r. b. z sączkiem gumowym w przetoce żołądkowej, przez który sama odżywiła się należycie.

14-go marca r. b. pojawiły się nagle bóle w okolicy żołądka, mdłości, wylewanie się żółci przez przetokę. Po dwudniowym pobycie w domu wstąpiła do szpitala ś-go Rocha. Po uspokojeniu się ostrych objawów przystąpiono 20-go marca r. b. do zbadania stanu przetoki żołądkowej, przez którą pomimo obecności sączka niepodobna było wprowadzić płynnego pokarmu do żołądka. Okazało się, że otwór w żołądku zwęził się lejkowato, sączek zaś spoczywał jedynie w ścianie przetoki w powłokach brzusznych, do jamy zaś żołądka z trudem zdołano przeprowadzić cienki zgłębnik metalowy. W celu wprowadzenia sączka zaczęto ostrożnie rozszerzać małym palcem przetokę i po rozszerzeniu jej końcem palca można było wyczuć w żołądku złamany zgłębnik fiszbinowy, którego dwa oddzielne odłamki, wielokrotnie nadłamane, ogólnej długości 47 cm., zdołano usunąć zgietami kleszczykami pod kontrolą palca. Po wprowadzeniu nowego sączka gumowego i odżywianiu chorej tą drogą, dolegliwości niezwłocznie ustąpiły i chora 29-go marca r. b. szpital opuściła.

Przytoczony przypadek stwierdza niebezpieczeństwo rozszerzania zwężonego przełyku od strony żołądka i zmusza do pilnego przestrzegania następujących ostrożności przy wykonywaniu omawianego rękoczynu.

1) Zgłębnik powinien być pół-twardy, ażeby raczej wielokrotnie zaginal się, lecz nie nadłamywał.

2) Należy zawsze sprawdzać elastyczność i całość zgłębnika.

3) Każdy opór przy prowadzeniu zgłębnika powinien skłaniać do zmiany kierunku.

4) W razie ułamania się części zgłębnika, należy niezwłocznie przystąpić do usunięcia odłamanej części pod kontrolą palca, pozostawienie bowiem w żołądku ciała obcego, ostro zakończonemu, może spowodować poważne niebezpieczeństwo dla chorego.

KARCZEWSKI uzupełnia niektóre dane co do tej chorej, operowanej w jego oddziale i wyraża przypuszczenie, iż objawy nie musiały być bardzo groźne, skoro w ciągu trzech miesięcy żołądek znosił dość obojętnie obecność tkwiącego w nim ciała obcego.

ODERFELD ostrzega przed rozszerzaniem w tych przypadkach palcem przetoki żołądkowej, gdyż łatwo w ten sposób rozerwać zrosty pomiędzy żołądkiem

a ścianą brzuszną i spowodować wylanie się treści żołądkowej do jamy otrzewnej.

KOPCZYŃSKI sądzi, że w danym przypadku od takiego oderwania zabezpieczono długotrwale istnienie przetoki i, co zatem idzie, istnienie mocnych zrostów pomiędzy żołądkiem a ścianą brzuszną. W innych przypadkach można dążyć do rozszerzenia na drodze operacyjnej. Co się tyczy uwagi KARCEWSKIEGO, to trzymiesięczna obecność zgłębnika w żołądku bez wywołania zaburzeń nie przemawia bynajmniej za dalszym zachowaniem się obojętnym żołądka, jak też stało się i w tym przypadku: opróżnienie żołądka po wysunięciu się z przetoki sączka dało niezwłocznie powód do wystąpienia ciężkich objawów.

J. ŚWIĄTECKI był obecny przy próbie wydostania zgłębnika pod kontrolą cystoskopu; sposób ten zastosowano tu dlatego, że nie chciano psuć idealnego wyniku gastrostomii, co musiałoby nastąpić, gdyby chciano rozszerzać otwór gastrostomijny. Zresztą wydobyć zgłębnika palcami było tu niemożliwe, gdyż leżał on bardzo głęboko i wystawał do żołądka zaledwie na 5 — 6 cm. Próby pochwycenia zgłębnika długimi szczypczykami zawiodły, gdyż za każdym razem znikał on z pola widzenia, tak że w końcu wypadło odłożyć interwencję. To, że kol. KOPCZYŃSKIEMU udało się pochwycić ciało obce palcami, dowodzi, że z czasem wysunęło się ono z przeliku do żołądka, z możliwością czego liczone się i wówczas.

Posiedzenie chirurgiczne dn. 13-go maja 1904 r.

Do protokołu z posiedzenia poprzedniego KRAJEWSKI dodaje co do chorej, omawianej przez KOPCZYŃSKIEGO, iż zgłębnik złamał się nie u otworu sztucznego w żołądku [gastrostomia], lecz znacznie wyżej, przy wpuszcie żołądka i przeto nie udało się w żaden sposób uchwycić odłamka kleszczami. Dopiero z czasem, po wielu tygodniach, kiedy odłamek ten osunął się ku dołowi i zbliżył do otworu w żołądku, mógł go KOPCZYŃSKI ująć palcami. Sądzi więc KRAJEWSKI, aby na przyszłość zasadniczo w takich przypadkach nie śpieszyć się z usiłowaniem wydobyć odłamków zgłębnika z żołądka, lecz czekać, dopóki nie opuszczą się same na dół i nie staną się przez to dostępnejsze dla narzędzi.

1. LEŚNIEWSKI przedstawia chorego, którego pokazywał na posiedzeniu styczniowym, dotkniętego przewlekłym cierpieniem ramienia, które z pewną wątpliwością określił wówczas jako t. zw. flegmonę deskowatą (*Holzpilegmonie*). Obecnie pod wpływem leczenia stan ramienia poprawił się znacznie, stwardnienie o wiele się zmniejszyło, czynność kończyny lepsza. Sądzi, że rzeczywiście mamy tu do czynienia z przewlekłym zapaleniem tkanki podskórnej, sięgającym głęboko, jak to wówczas rozpoznawał.

KRYŃSKI jest odmiennego zdania i podobnie, jak przed czterema miesiącami nie uważa sprawy tej za flegmonę deskowatą, lecz za przewlekłą sprawę zapalną, toczącą się w kości ramiennej i jej okostnej (*osteitis et periostitis humeri*). Za tem przemawia siedziba i charakter stwardnienia, zajmującego części głębsze ramienia i ściśle złączonego z kością, podczas gdy skóra wraz z tkanką podskórną jest wolna i daje się w fałd ująć, za takim wreszcie rozpoznaniem przemawia i rentgenogram, przedstawiony wówczas przez BRUNNERA.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



76. J. Veit. O unikaniu wymóżdżenia żyjących płodów.

Pytanie, czy wymóżdżenie żyjącego płodu ma rację bytu w akuszeryi, od dawna zajmuje akuszerów. Jeszcze OSIANDER zaliczał perforację do tych operacji, których dobry akuszer wykonywać nie powinien. SIPPEL w swej pracy konkursowej, wydanej w r. 1902 p. t. „O uprawnieniu zniszczenia życia dziecięcego w celu uratowania matki“, zebrał starannie zdania dawniejszych i nowszych akuszerów, przychodzą do wniosku, że pozabawienie życia płodu celem uratowania matki, jest w pewnych razach dozwolone. Przeciwko perforacji najenergiczniej w ostatnich czasach oświadczył się PINARD: „Embryotomia żyjącego dziecka — powiada on — już się przeżyła“. I poszedł jeszcze dalej w swem wnioskowaniu, bo jednocześnie potępił także sztuczny poród przedwczesny i wszystkie te operacje, które mają na celu przewyciężenie mechanicznej przeszkody [zwązonej miednicy], a więc wysokie kleszcze i obrót zapobiegawczy. PESTALOZZA sądzi, że wymóżdżenia żyjącego dziecka nie można jeszcze wykreślić z rzędu operacji akuszeryjnych, a LEOPOLD przyszedł do wniosku, że w dobrze prowadzonych klinikach można wprawdzie obywać się bez wymóżdżenia, w prywatnej praktyce jednak operacja ta bywa w pewnych razach nieuniknioną. KOBLANCK wreszcie niedawno jeszcze wyraził się o wymóżdżeniu, jako o operacji wprost niezbędnej.

VEIT jest stanowczym przeciwnikiem tej operacji i stawia z nią do współzawodnictwa: symfizeotomię i cięcie cesarskie. W myśl tej zasady od r. 1896-go na 8,000 porodów ani razu nie wykonał wymóżdżenia na żyjącym płodzie, natomiast wykonał 20 cięć cesarskich i 6 symfizeotomii, a więc razem 26 operacji. Z 26-u operowanych zmarły dwie, a mianowicie po cięciu cesarskiem: jedna wskutek pęknięcia szwu katgutowego rany macicy, druga wskutek zapalenia otrzewnej. Z 26-u dzieci zmarło dwoje po symfizeotomiach, które wykonano z powodu odmy macicy (*phlysometra*). A więc ocalono od śmierci 24 dzieci, a stracono tylko dwie matki. Tak więc 26 razy perforacja okazała się zbyteczną.

Twierdzeniem ZWEIFEL'a, że odsetka zgonów po symfizeotomii jest dość jeszcze wysoka, bo wynosi 7%, nie należy się zrażać, gdyż wiadomo, że nawet i po obrocie zdarzyć się może śmierć matki już to wskutek uszkodzeń macicy, już też wskutek zakażenia, chociaż obrót sam przez się nie jest wcale operacją dla życia matki niebezpieczną. Przecież nawet i po perforacjach zdarzają się przypadki śmiertelne, a jednak nie ulega wątpliwości, że perforacja jest zupełnie dla matki bezpieczną. Symfizeotomia i cięcie cesarskie należą tak samo do kategorii operacji bezpiecznych dla życia matki, trzeba tylko, aby były wykonywane w warunkach odpowiednich, któreby pozwalały na zastosowanie wszelkich ostrożności przeciwko uszkodzeniom i zakażeniu. Ponieważ VEIT perforację w zasadzie zupełnie potępił i na jej miejsce zaleca symfizeotomię albo cięcie cesarskie, więc stara się dla tych operacji stworzyć warunki do ich wykonania odpowiednie i dlatego wyrzeka się wykonywania ich w mieszkaniu prywatnem, jako nie dającym gwarancji dostatecznej bezpieczeństwa, a natomiast zaleca przeniesienie rodzącej do odpowiedniego szpitala, gdzie jest wszelka gwarancja pomyślnego operowania.

Przenosiny rodzących przejmują dotychczas strachem nie tylko publiczność, lecz i lekarzy. A jednak praktyka wykazuje, że przenosiny, trwające nawet 2 do 3 ch godzin, znoszone są przez rodzące bardzo dobrze. Trzeba tylko, aby

odbywały się w warunkach odpowiednich, a więc w takich, które dozwalałyby na odłożenie operacji na kilka godzin bez szkody dla rodzącej i dziecka. Przeważającym więc postarać się trzeba o złagodzenie na ten czas bólów porodowych, czyli skurczów macicy i wykluczenie zupełne pracy tłoczni brzusznej. W tym celu wystarczy duża dawka opium lub morfiny.

Powikłania porodu, które do dziś dnia jeszcze usprawiedliwiają wymóżdzenie żyjącego płodu, najczęściej nie stanowią, na szczęście, przeszkody do przeniesienia rodzącej, a więc zarazem do zastąpienia perforacji symfizotomią, ewent. cięciem cesarskim w warunkach dla operacji najodpowiedniejszych. Powikłaniami temi są: 1) zagrażające pęknięcie macicy [tu duża dawka morfiny oddali na czas przenosin niebezpieczeństwo pęknięcia macicy], 2) gnicie zawartości macicy i zakażenie jej [przeniesienie rodzącej spraw tych już nie pogorszy, symfizotomia zaś może jednak niekiedy dziecko, pomimo zakażenia, uratować] i 3) niemożność ukończenia operacji kleszczowej już rozpoczętej [tutaj zaniechanie ciężkiej operacji kleszczowej, przeniesienie rodzącej do zakładu i wykonanie symfizotomii będzie postępowaniem jedynie racjonalnem]. Przy wszystkich tych powikłaniach przenosiny do zakładu leczniczego po największej części rodzącej nie zaszkodzą, a pozwolą akuszerowi zastąpić perforację żyjącego płodu symfizotomią, ewent. cięciem cesarskim, — operacjami, ratującymi jeśli nie zawsze, to przynajmniej w większości przypadków, dziecko od śmierci.

Streszczając to, co powiedział, przychodzi Veit do wniosku, że ani statystyka, ani rozważanie wskazań nie jest w stanie dziś już więcej usprawiedliwić wymóżdzenia żyjącego płodu, z tem jednak zastrzeżeniem, że wszelkie operacje zastępcze, których wykonanie — jak przewidywać można — będzie przedstawiało pewne trudności, zostaną wykonane w odpowiednich ku temu szpitalach.

(*München. med. Wochschrift.* 1904. N. 38).

Zweigbaum.

F. Friedmann. Zmiany w ustroju, zależne od wieku i ich leczenie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 43].

Zmiany involucyjne okazują także wpływ na przebieg i zejście różnych chorób. Znana jest łatwa pobudliwość dzieci, oraz stopień nerwowe i apatya u starców nawet w ciężkich chorobach. Zgodnie z tem kształtują się także dolegliwości podmiotowe. W obrazie przedmiotowym u starców udział całego ustroju w chorobie odstępuje na plan drugorzędny, tak że spostrzegamy tu odosobnienie zjawisk [GEIST] zarówno w cierpieniach ostrych, jakoteż przewlekłych. Gorączka traci charakter eretyczny i ustępuje miejsca postaci nerwowej, pierwotnie — astenicznej, w której dominują objawy zatrucia ośrodkowego układu nerwowego. Charakterystyczne objawy niektórych chorób zakaźnych często wcale nie występują [jak np. brak różyczki, znamienych wypróżnień, charakterystycznego stosunku ciepłoty ciała do częstości tętna w *ileotyphus*], albo zacierają się wskutek zjawienia się objawów ze strony innych narządów [płuc, układu nerwowego]. Skutkiem tego przebieg staje się nietypowym. Nadto tętno wskutek zmian involucyjnych w naczyniach traci na wartości semiotycznej. Wszystko to utrudnia naturalnie ściśle rozpoznanie choroby. Odosobnienie [izolację] objawów w wieku starczym wytłómaczyć sobie można obniżeniem wskutek daleko posuniętej involucyi pobudliwości ośrodków nerwowych [naczynioruchowego, ciepłoregulacyjnego, ośrodka dla czynności serca i oddychania].

Przebieg chorób na wyższych stopniach wieku starczego jest bardziej przewlekły. Gorączka spada zwykle z wolna (*per lysin*). Przebieg chroniczny kryje w sobie niebezpieczeństwo dla ustroju, gdyż w braku krytycznego zakończenia sprawy chorobowej, wycieńczenie i niedostateczne wydalenie pewnych wytworów chorobowych w następstwie inwolucji narządów wydzielniczych tem pewniej życiu kres kładzie. Tendecya do przedłużenia choroby w wieku podeszłym wyraża się także w statystycznie dowiedzionej okoliczności, że stosunek między chorobami przewlekłymi a ostremi wzrasta z wiekiem na korzyść pierwszych.

Co się tyczy wpływu inwolucji na chorobowość, to podatność do zachorowania w młodym i średnim wieku wzrasta z wolna, w późniejszym zaś szybko. Z wiekiem wzrasta także trwanie chorób oraz częstość zejścia w chorobach. W pierwszych latach życia chorobowość jest największa, *minimum* jej przypada na wiek od 5 do 15 lat, później zaś aż do najgłębszej starości wzrasta.

Śmiertelność zmniejsza się od wieku dziecięcego do młodzieńczego, ażeby później z wiekiem stale wzrastać. Śmiertelność z chorób narządu oddechowego okazuje *maximum* w pierwszym okresie dziecięcym [0—5 lat], szybko zmniejsza się w drugim okresie [5—10 lat], osiąga *minimum* w pierwszym okresie młodzieńcym [10—15 l.], później zaś znów wzrasta wolniej w wieku męskim i coraz szybciej w wieku starczym. Śmiertelność z chorób nerwowych podobnie się zachowuje, lecz obydwa *maxima* nie są tak znaczne, a nagły wzrost śmiertelności zaczyna się dopiero w późnym wieku męskim [45 — 55 l.]. Śmiertelność z chorób narządu krążenia od dzieciństwa stopniowo wzrasta, szybciej zaś, poczynając od późnego wieku męskiego. Tak samo prawie zachowują się choroby narządów trawienia. Śmiertelność z chorób narządów moczowych obniża się do pierwszego okresu młodzieńczego, a od 45 l. wzrasta i to znacznie u mężczyzn, niż u kobiet. Śmiertelność z chorób narządów płciowych wzrasta u kobiet do 45 l., później zaś z wolna spada, podczas gdy u mężczyzn stale postępuje aż do najstarszego wieku. Z pomiędzy cierpień gruźliczych gruźlica opon, trzewi oraz zolży grają największą rolę w wieku dziecięcym, podczas gdy suchoty płucne zabierają coraz liczniejsze ofiary, poczynając od wieku młodzieńczego aż do starości. Śmiertelność w rozmaitych chorobach podlega prawu ogólnej śmiertelności.

Leczenie inwolucji. Leczenie profilaktyczne rozwijających się z wiekiem przeobrażeń w ustroju stanowi jedną z najgłówniejszych podpór nowoczesnej makrobiotyki. Wskazanie zapobiegawcze (*indicatio prophylactica*) w leczeniu inwolucji należy do najważniejszych celów i zadań, jakie lekarz ma do spełnienia, w postaci zaś patologicznej częstokroć należy czynić za dość również wszystkim innym wskazaniom (*indicatio causalis, morbi, symptomatice, vitalis*). Wstrzymując zbyt wczesne nastąpienie zmian starczych, przedłużamy najważniejszy dla nas okres życia, t. j. młodość, jak również późniejsze okresy. Zadanie przedłużenia życia, jak to dawniej sobie wyobrażano, dlatego było nierozwiązalne, że usiłowano przeszkodzić nastąpieniu typowej starości, owego z przyczyn wewnętrznych niepowstrzymanie rozwijającego się z wiekiem zaburzenia w odżywianiu tkanek.

Racjonalna terapia inwolucji polega z jednej strony na zapobieganiu nieprawidłowemu, patologicznemu rozwojowi, przedwczesnemu wystąpieniu (*senilitas praecox*) i zbyt szybkiemu przebiegowi (*marasmus*) inwolucji narządów, z drugiej — na specjalnem leczeniu inwolucji chorobowej. Co się tyczy pierwszego, to szeroko uwzględniać należy wymagania higieny osobniczej, dotyczącej odżywiania, odzieży, miejsca zamieszkania i warunków otoczenia, oraz pielęgnowania ciała w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu. Drugie zadanie sprowadza się do zapobiegawczego i wczesnego leczenia patologicznej inwolucji poszczególnych układów i narządów.

Do tej ostatniej też obecnie przechodzimy.

Inwolucya narządu krążenia. Postać fizyologiczna. Z pomiędzy wszystkich narządów układ krążenia wykonywa w ciągu życia największą pracę. Ustawiczne wahania w ciśnieniu zmniejszają wreszcie sprężystość ścian naczyń. Nadto, podobnie jak w każdej innej tkance, części składowe tych ścian, a zatem i elementy sprężyste, ulegają z postępowaniem wieku zanikowi. Zmiany we włóknach elastycznych występują przede wszystkim, podług poszukiwań DIMITRIEWA, w wewnętrznej części błony średniej (*tunica media*) i później dopiero przechodzą na jej części średnie i zewnętrzne. Osłabienie siły sprężystej ściany naczyniowej wyraża się także w zmienionym składzie chemicznym tej tkanki, gdyż, podług UNNA'y, elastyna przechodzi w elacynę (*elacin*), którą cechuje powinowactwo do barwników zasadowych. Starcze zmniejszenie się sprężystości [po 49-ym roku] wytłómaczyć można jedynie zanikiem włókien elastycznych; wyraża się on rozpadem drobnoziarnistym tychże włókien [DIMITRIEW]. W następstwie tych zmian *mediae* rozwija się z początku czasowe, później zaś trwałe rozszerzenie naczyń, z którym w parze idzie zwolnienie prądu krwi. Kompensacyjnie zjawia się przerost błony wewnętrznej, skutkiem czego stosunki cyrkulacyjne znów stają się w przybliżeniu prawidłowe. BENECKE i THOMA stwierdzili, że już w 10—12-ym roku życia tętnica szyjowa osiąga największe swe światło. Od tego czasu podlega ona rozciąganiu. Ponieważ po rozciągnięciu tętnica nie wraca do normy poprzedniej, więc światło jej pozostaje szersze, i rozwija się wzmiankowany wyżej przerost. GRUENSTEIN również stwierdził rozwijające się z wiekiem zgrubienie błony wewnętrznej i średniej. W aorcie, tętnicy szyjowej i podobojczykowej względny przyrost grubości *intimae* jest większy, niż w *media*, w *a. iliaca communis* zaś stosunek jest odwrotny.

Bezpośredni następstwem powyższych zmian jest przede wszystkim inwolucyjny przerost serca. W powstawaniu tego przerostu biorą udział nie tylko zmiany histologiczne, lecz również moment mechaniczny, a mianowicie wzmoczenie ciśnienia krwi, jako następstwo obwodowego zgrubienia naczyń i zmian w układzie naczyń włosowatych [patrz niżej]. Powstające stąd rozszerzenie lewej komory z następczym przerostem, być może, także pewien stopień pierwotnego zanikowego rozszerzenia z takim samym wtórnym przerostem, warunkują objętość i wagę serca w przebiegu inwolucyi. Inwolucya układu krążenia nie pozostaje bez wpływu na odżywianie różnych narządów, których zmiany inwolucyjne niżej rozpatrzone będą.

[C. d. n.].

S. Pechlkranc.

Wiadomości bieżące.

— Komitet zajmujący się uczeniem pamięci wielce zasłużonego prof. Brodowskiego, nieodżałowanego nauczyciela i człowieka, postanowił pierwotnie rozpocząć pracę swą po ukończeniu obecnej wojny. Gdy jednak koniec wojny nie wydaje się blizkim, a w tych dniach mija rocznica śmierci ś. p. dziekana Brodowskiego, Komitet postanowił już obecnie zwrócić się do wszystkich komu pamięć i zasługi zmarłego nie są obce, z prośbą o nadsyłanie ofiar na utworzenie funduszu, z którego odsetki, stosownie do jego wielkości, będą przeznaczane albo na peryodycznie powtarzana

nagrodę za pracę z dziedziny anatomii patologicznej albo na kształcenie młodego lekarza w zakresie medycyny teoretycznej.

Informacjami służą zawsze doktorzy: *Z. Dmochowski*, Chmielna 17.

W. Janowski, Nowogrodzka 42.

L. Kryński, Wróbla 15.

R. Radziwiłłowicz, Chmielna 11.

W. Wróblewski, Plac Warecki 6.

— Komisya budżetowa zgodnie z wnioskiem Wydziału krajowego przy sejmie Lwowskim uchwaliła asygnować rocznie 2060 koron na zakład szczepienia przeciw wścieklicznie, będący pod kierownictwem prof. BUJWIDA, oraz uiszczać za leczenie ubogich chorych $\frac{1}{3}$ kosztów, skarb zaś ma płacić $\frac{2}{3}$. Prócz tego uchwaliła komisya budżetowa przyznać na r. 1905 sumę 10000 koron na zapomogi dla chorych gruźliczych, leczących się w sanatoriach Alland [Austria] i w Zakopanem [„Pomoc bratnia“].

— Kol. JÓZEF BRUDZIŃSKI opuszcza Warszawę celem objęcia stanowiska lekarza naczelnego szpitala dla dzieci w Łodzi. Szpital, obliczony na 100 łóżek, powstał z fundacyi małżonków HERBSTÓW, GEYERÓW i składek prywatnych. Oddział chirurgiczny obejmuje kol. WATTEN z Łodzi. Szpital posiadać będzie oddział wewnętrzny, szkarlatynowy, dyfterytyczny, każdy w oddzielnym gmachu. W oddzielnych pawilonach mieści się ambulatoryum, oddział dla infekcyi wątpliwych, jak również sala sekcyjna i barak do dezynfekcyi.

— W Nałęczowie d. 14-go b. m. odbyło się poświęcenie kąpeli tanich im. BOLESŁAWA PRUSA, które wybudowano kosztem 2500 rubli ze składek mieszkańców i przyjezdnej publiczności według planów budow. p. F. LILPOPA. W kąpielach znajdują się wanny, natrysk i łaźnia. Cena od osoby 6 kop. z ręcznikiem. Mydło po cenie kosztu. Kąpiele ofiarowano Towarzystwu Hyg. Lubelskiemu. Nadzór nad kąpielami spoczywa w rękach lekarzy nałęczowskich. Będzie to doskonały punkt obserwacyjny, jaki rodzaj kąpeli najwięcej ludowi przypada do smaku i najwięcej przynosi pożytku.

— We Lwowie dzięki inicjatywie prof. GLUZIŃSKIEGO, dra JANISZEWSKIEGO i dra STROYNOWSKIEGO zawiązało się stowarzyszenie dla walki z gruźlicą.

— Docent S. MAZIARSKI mianowany został prof. nadzwyczajnym histologii w Krakowie.

— Dr STEFAN HOROSZKIEWICZ mianowany docentem medycyny sądowej w Krakowie.

— Nagrodę NOBEL'a ma otrzymać w r. p. ROBERT KOCH.

— W Londynie założono towarzystwo ubezpieczeń przeciw zapaleniu wyrostka robaczkowego (*appendicitis*). Przystępujący doń składa 5 szylingów, a w razie zapadnięcia na tę chorobę otrzymuje 5000 franków, a na wypadek śmierci spadkobiercy otrzymują jeszcze 5500 franków.

— V Kongres pedyatryczny włoski odbędzie się w Rzymie od 28 — 31 b. m., na którym będzie dyskutowana kwestya gruźlicy i niedokrwiistości dzieci.

— Kongres międzynarodowy towarzystw „*gouttes de lait*“ odbędzie się w Fécamp od 28 — 30-go b. m., na którym prócz obmyślenia sposobów walki ze śmiertelnością dzieci, postawiono na porządku dziennym: chorobę BARLOW'a, *gastro-enteritis* a mleko sterylizowane, wreszcie „*loi sur la protection de la vente du lait*“.

— Zmarł w Warszawie w 59 r. życia kol. ALEKSANDER STOCKMAN, wychowaniec b. Szkoły Głównej, a następnie warsz. uniwersytetu. Od czasu ukończenia uniwersytetu zmarły latem praktykował w Ciechocinku, gdzie wyrobił sobie opinię zdolnego sumiennego lekarza i zacnego kolegi.

Do bieżącego numeru Gazety dołącza się katalog księgarni Wendego Nr. 8 i 9.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wl. Gajkiewicz.

Дозволен. Цензурою Варшава, 14 Орт. 1904. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.