

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z oddziału chorób nerwowych D-ra Bregmana w szpitalu starozakonnym w Warszawie.

## I. Mięsak ciała modzelowatego

(Sarcoma corporis callosi)

opisał

D-r Med. L. BREGMAN

(Według odczytu w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem  
w dn. 15XII 1903 r.).

Umiejscowienie nowotworów mózgowia w ciele modzelowatym spotyka się bardzo rzadko. Do r. 1892 ogłoszono w całym piśmiennictwie lekarskim nie więcej, niż 16 przypadków z takim umiejscowieniem (Giese<sup>1)</sup>, do r. 1901.— 38 (Puttnam i Williams<sup>2)</sup>. W ostatnich latach przybyły jeszcze przypadki Devic'a i Paviota<sup>3)</sup> Zaleskiego<sup>4)</sup> (jedyna praca polska w tym przedmiocie), Steinerta<sup>5)</sup> Schupfera<sup>6)</sup>.

1) Giese. Archiv. f. Psych. T. XXIII.

2) Puttnam i Williams. Journal of nervous and mental diseases 1901/e Décembre.

3) Devic i Paviot. Revue de Médecine 1897. Decembre 1906.

4) Zaleski. Medycyna 1899 N. 8 s. 166.

5) Steinert. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde — Bd. XXIV 1903.

6) Schupfer. Rivista sperimentale di freniatria. Bd. XXV.

Mabel Blackwooda<sup>1)</sup>, Zinerleg'o<sup>2)</sup>, Thielego<sup>3)</sup> i Wuertha<sup>4)</sup>. Z pośród licznych nowotworów, które spostrzegalem w klinice Św. Ducha, oraz w Szpitalu Starozakonnym i poddałem oględzinom pośmiertnym po raz pierwszy z umiejscowieniem takim spotkałem się w przypadku, który tu omówić zamierzam.

W większości przypadków, również jak i w moim, nowotwór *nie ograniczył się do samego tylko ciała modzelowatego*, lecz rozprzestrzenił się również na sąsiednie części mózgowia, a głównie na mlecze obu półkul mózgowych. W niektórych przypadkach ciało modzelowate *całe* uległo zniszczeniu, w innych li tylko *pojedyncze części* — kolano, część średnia lub płat splenium). W moim przypadku zajęte były kolano i część średnia, płat zaś pozostał nietknięty.

*Obraz kliniczny* nowotworów ciała modzelowatego nie ma cech b. wybitnych, gdyż zależny jest przedewszystkiem od ściślejszego umiejscowienia sprawy. Zbiór objawów, nakreślony przez Bristowe i innych autorów, przeważnie angielskich, ma po większej części charakter *ujemny* — brak porażen nerwów mózgowych, brak afazyi, t. z. „Silbenstolpern,“ *niewyraźne ogólne objawy uciskowe lub brak takowych*.

*Zaburzenia umysłowe* — zwolnienie czynności umysłowych, stupor, które Oppenheim i inni stawiają w związku ze zniesieniem czynności ciała modzelowatego jako narządu skojarzeniowego<sup>5)</sup> i które zatem miećby mogły znaczenie objawu

1) Mabel Blackwood. Journal of mental science 1900 July.

2) Zingerle. Jahrbucher f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. XIX s. 367.

3) Thiele. Brain 1901.

4) Wuerth. Archiv. f. Psychiatrie. Bd. XXXVI.

5) Klinicyści i fizjolodzy zgadzają się na to, że ciało modzelowate jest narządem skojarzeniowym, mającym doniosłe znaczenie w czynnościach umysłowych. Większość (Hitzig, Gad, Paget i inni) upatrują w niem system komisuralny, łączący obie półkule i regulujący ich współdziałanie. Niektórzy (Hamilton, Ransom) opierając się na badaniach Foville i Gratioleta sądzą, że

miejscowego (Localsymptom), towarzyszą wprawdzie stale tym nowotworom <sup>1)</sup>, nie są bynajmniej dla nich wyłącznie charakterystyczne. Takie same zaburzenia spotykamy bowiem i przy innym umiejscowieniu czy to w zrazie czołowym, czy w mózdzku lub nawet w zwojach ośrodkowych <sup>2)</sup>.

*Porażenie połowiczne* ze słabym udziałem drugiej połowy ciała czyli innymi słowami *niejednakowa parapareza* — jest następstwem wrastania nowotworu w półkule mózgowe. Rozrost nowotworu częściej nie jest symetryczny, skutkiem tego i porażenie nie jednakowe. Spostrzegano wszakże i przypadki, w których jedna tylko półkula zajęta była, wtedy i porażenie było jednostronnem (np. przyp. Wuertha). Steinert zwraca uwagę na postać porażenia. Wbrew zwykłej postaci hemiplegii kończyna dolna bywa bardziej porażona, niż górna. Istotnie w wielu przypadkach jest to słusznem, choć nie we wszystkich. Przyczyną tego objawu zaś jest skłonność wielu nowotworów ciała modzelowatego do rozrastania się w kie-

włókna ciała modzelowatego idą z pagórka wzrokowego ku korze drugiej półkuli i służą dla przewodnictwa wrażeń czuciowych. Skutkiem braku tych „nieświadomych“ przyływów zewnętrznych cierpi i „świadoma“ czynność mózgowia.

1) Pod względem częstości zaburzeń umysłowych nowotwory ciała modzelowatego zajmują pierwsze miejsce. Według zestawień Schustra (Stuttgart 1902) na 100 nowotworów z umiejscowieniem w ciele modzelowatem znajdujemy zaburzenia umysłowe w 100%, przy umiejscowieniu w zrazie czołowym w 79,3%, w zwojach środkowych 50%, a w mózdzku tylko 35,5%.

2) Zaburzenia takie w postaci zwyczajnego upadku lub zniesienia czynności umysłowych bez objawów podniecenia, są wogóle w nowotworach najczęstsze. Na 775 przypadków, zebranych przez Schustra znaleziono je w 423. Przeważają one przy różnem umiejscowieniu nowotworów, z wyjątkiem zrazów czołowego, skroniowego i potylicowego, które częściej prowadzą do zaburzeń umysłowych o charakterze „aktywnym.“ W nowotworach ciała modzelowatego spotykamy jednakowo często jedno jak i drugie. Na 31 przypadków było 16 porażenia czynności umysłowych, w 2 — to samo objawy depresyi, 5 — to samo delirium hallucinatorium bez porażenia umysłowego, 2 — porażenie i stan maniakałny, 1 — paranoia, 1 — psychoza cyrkularna.

runku części środkowych półkul mózgowych, t. j. ku ośrodkom kończyn dolnych.

*Zaburzenia mowy* -- zwolnienie jej, jednostajność, bez właściwej afazy, bez przestawiania i opuszczania sylab — jest prawdopodobnie li tylko jednym z przejawów ogólnego zwolnienia czynności mózgowych, o czem wyżej wspomniano. Zresztą w niektórych rzadkich przypadkach spostrzegano też i prawdziwą afazję lub parafazję (Puttnam — Williams, Wuerth).

Co się tyczy *ogólnych objawów uciskowych*, to należy zaznaczyć, że w niektórych przypadkach, gdy nowotwór dochodził do większych rozmiarów, występują one w silnym nawet stopniu. Nie brak wtedy tarczy zastoinowej, ani bólów, zawrotów głowy i wymiotów. Bywa też, że objawy podmiotowe — bóle, zawroty głowy — skutkiem ogólnego zamroczenia przytomności mniej się uwydatniają.

W tych razach, gdy nowotwór dosięgał do kory mózgowej, spostrzegano drgawki typu Jacksona. W innych znowu widziano napady drgawkowe ogólne, jak w zwykłej padaczce. (Devic i Paviot<sup>1)</sup>).

Brunns<sup>2)</sup> już w r. 1886, a w ostatnich czasach znowu Schupfer<sup>3)</sup> próbował określić dokładniej *objawy właściwe pojedynczym częściom ciała modzełowatego*. Przy zajęciu zatem kolana występują wczesne zaburzenia umysłowe, zapewne skutkiem blizkiego sąsiedztwa ze zrazem czołowym. Wyprzedzają one znacznie zaburzenia ruchowe. Jedna lub obie połowy twarzy zostają najpierw porażone. Głowa skręca się w stronę porażenia, mięśnie szyi i karku są w przykurczeniu; porażenie kończyny górnej jest większe aniżeli dolnej, chód jest bezładny jak w bezładzie mózdzkowym.

Przy umiejscowieniu *w części środkowej* niedowład następuje, jednocześnie w kończynie dolnej i górnej i rozwija się stop-

1) Devic i Paviot L. c.

2) Brunns. Berliner Klin. Wochenschrift 1886 Nr. 21 i 22.

3) Schupfer. L. c.

niowo do zupełnego porażenia. Przy zajęciu zaś *części tylnej* zostają naprzód porażone kończyny dolne<sup>1)</sup>, twarz pozostaje wolna, objawy są wogóle podobne do mózdkowych.

Z tego wszystkiego, co przytoczyłem, widzimy dosadnie, jakimi trudnościami jest najeżone rozpoznanie kliniczne nowotworów ciała modzelowatego. Większość objawów i to najbardziej charakterystyczne, jak już powiedziałem, są natury negatywnej, dlatego też w b. nielicznych przypadkach, za życia rozpoznanych, dyagnoza stawiana była *per exclusionem*, przez wykluczenie wszelkiego innego umiejscowienia. W przypadku następującym, który niestety dostałem w obserwację w posuniętym już okresie choroby, rozpoznać mogłem tylko złośliwy nowotwór w mleczu prawej półkuli mózgowej.

Benjamin P., 38 r., z gub. Mińskiej, doróżkarz, wstąpił do szpitala d. 16/VIII 1903 na oddział chorób nerwowych.

Według opowiadania żony chorego cierpienie jego zaczęło się *przed 2-ma miesiącami*. Jednego wieczoru chory uskarżał się na silny *ból głowy* oraz *ból i sztywność w karku*. Od tego czasu bóle głowy już go nie opuściły, trapiły go dniem i nocą, najbardziej nad ranem. Bardzo często towarzyszyły im *wymioty*. W 2 tygodnie po pierwszym bólu głowy chory dostał *napadu drgawek przy zupełnie zachowanej przytomności*. Drgawki według słów żony miały charakter *kloniczny*, zaczęły się *w lewej kończynie górnej*, trwały w niej około 3-ch godzin, potem przeszły na kończynę *dolną*, która drgała około godziny (?). Napad taki nie powtórzył się więcej. Przed 3-ma tygodniami nastąpiło *nagle porażenie kończyn lewych*. *Oslabienie wzroku* zauważono przed 2-ma tygodniami, Etyologicznego momentu brak. Żonaty, ma 7-ro dzieci, wszystkie żyją.

---

<sup>1)</sup> Według Schustra przy umiejscowieniu sprawy w przedniej połowie ciała modzelowatego zaburzenia umysłowe noszą cechy zwyczajnego porażenia bez objawów podrażnienia, te ostatnie natomiast spostrzega się częściej przy zajęciu części tylnej.

*Stan przedmiotowy.* Budowa ciała silna, stan odżywiania dobry. *Przytomność zamroczona;* na pytania odpowiada, ale wolno po namyśle, nie skupia uwagi, powtarza kilkakrotnie to samo (*torpor cerebri*). Uskarża się *na ból głowy, tępy, z umiejscowieniem na wierzchołku.* Przy opukiwaniu największa *bolesność* w okolicy *ciemieniowej prawej.*

Żrenice średniej szerokości, oddziałują na światło. *Sila wzroku bardzo zmniejszona,* m. w. jednakowa; liczy palce na  $1\frac{1}{2}$  m. odległości. Badanie pola widzenia niemożliwe. Ruchy gałek ocznych zachowane. Tarcza zastonowa z obu stron.

*N. twarzowy w dolnej gałęzi* z lewej strony słabiej unerwiony, gałęzie górne jednakowe. Innych zaburzeń w dziedzinie nerwów mózgowych brak.

Chory stale leży, *usiąść sam nie może.* *Chodzi z wielkimi wysiłkiem, podtrzymywany z obu stron.* Powłóczy wyraźnie lewą nogą. Ruchy palców i stopy lewej minimalne, całą kończynę unosi nieco. Prawą nogą rusza lepiej, ale i w niej siła mięśniowa bardzo zmniejszona. Drżenia, bezładu brak. Odruchy kolanowe słabe, prawy większy od lewego. Odruchy ze ścięgna Achillesa b. żywe. Podeszwowe umiarkowane, w kierunku podeszwowym.

Wyraźny, choć niezbyt posunięty, *niedowład lewej kończyny górnej z bezładem ruchów.* Odruchy ścięgnowe raczej zmniejszone. Zaburzeń czucia, o ile badanie było możliwe, brak.

Odruchy brzuszne i nosidłowe z prawej strony mniejsze. Tętno 64, prawidłowe. W narządach wewnętrznych zmian niema.

Z dalszej obserwacji szpitalnej przytoczyć mogę co następuje: *bóle głowy* były prawie stałe, ale *niezbyt silne,* przynajmniej bez większych nasileń. Wymioty następowały rzadko. Chory najczęściej leżał apatycznie, nie żądał nigdy stawy; stan psychiczny jak wyżej; po wizycie lekarskiej pytał często czy już był lekarz, wołał żonę żeby zapaliła świecę, bo ciemno i t. d. Parę razy w nocy był bardzo niespokojny, wołał

że mu zimno, że ma dreszcze. Tętno wahało się między 60 i 90. Ciepłota ciała prawidłowa. Inne objawy pozostały te same, zauważono tylko jeszcze zboczenie języka w stronę prawą, 31/VIII i I/IX były w nocy drgawki ogólne, 1/IX exitus letalis.

Sekcja (Prosektor D-r Steinhaus) wykazała nowotwór dużych rozmiarów, zajmujący przednią i średnią część ciała modzelowatego, oraz sąsiednie części obu półkul mózgowych.

Nowotwór zaczyna się około 40 mm. wtył od przedniego końca (bieguna — Stirnpol) mózgowia. Na przekroju przedstawia się on w tym miejscu jako szarawa masa nowotworowa z licznymi kropkowatymi krwotokami, bez wyraźnych granic położona w lewej półkuli nieco bocznie i ponad rogiem przednim komory bocznej, powyżej głowy ciała prążkowanego



Na następnym przekroju, około 10—12 mm. ku tyłowi, — torebka wewnętrzna (Capsula interna), ciało soczewkowane, przegroda przezroczysta są już widoczne — nowotwór lewej półkuli dochodzi wielkości orzecha laskowego, wrasta do rogu przedniego komórki bocznej i styka się bezpośrednio ze zwojami ośrodkowymi.

Na 3-im przekroju (Fig. 1) — 15 mm. wtył od 2-go widzimy już główną masę nowotworową. Zajmuje ona ciało modzelowate i rozprzestrzenia się na obie półkule, na lewą nieco więcej niż na prawą. — W linii środkowej nowotwór dosięga dachu 3-jej komory. Po stronie lewej wrasta on

daleko w istotę białą półkuli, zwłaszcza w kierunku grzbietowym, ku zwojowi sklepieniowemu (*Gyrus fornicatus*) oraz w kierunku grzbietowo — bocznym, nie dochodzi jednakże do samej kory mózgowej. W części bocznej widać ognisko okrągłe, barwy ciemno brązowej, rozmiękczone (krwotoczne). Na tym przekroju nowotwór graniczy bezpośrednio z torebką wewnętrzną, pagórek wzrokowy jest w dużej części zniszczony, jądro soczewkowane jest nieknięte. Barwa nowotworu ciemno-szaro-brązowa, wygląd marmurkowy.

4-ty przekrój, około 10 mm. po za poprzednim. Jednolita masa nowotworowa w kształcie trójkąta z zaokrąglonymi kątami, w miejscu ciała modzelowatego i dość symetrycznie w obu półkulach. Ku dołowi dochodzi do dachu komory 3-iej, przechodzi na pagórek wzrokowy i torebkę wewnętrzną. Ciało soczewkowane wolne. W prawej półkuli, w części grzbietowowo-środkowej tuż przy zwoju sklepieniowym znajduje się oddzielny mały nowotwór wielkości orzecha laskowego. 5-ty przekrój, podobny do 4-go. Komory boczne i rogi tylne rozszerzone.

Badanie drobnowidzowe (kol. *Steinhau*s) wykazało mięsak, b. unaczyniony o komórkach *wrzecionowatych*.

Reasumując w krótkości nasze spostrzeżenie, mieliśmy objawy kliniczne następujące: 1) wybitne *xaburzenia umysłowe* — zwolnienie czynności mózgowych, zupełny brak orjentowania się, apatja; 2) *porażenie połowiczne*, które wystąpiło nagle, w kończynie dolnej większe niż w górnej; 3) silny *bextad* paretycznej kończyny górnej; 4) lekkie porażenie dolnej gałęzi *nerwu twarzowego* po stronie porażenia połowicznego; 5) napady *drgawkowe* podobne do Jacksonowskich w początku choroby i ogólne drgawki padaczkowe pod koniec życia; 6) wyraźne tarcze zastoinowe oraz inne objawy wzmożonego ucisku wewnątrz czaszkowego. Większość wymienionych objawów zgadza się zupełnie z obrazem klinicznym nowotworów ciała modzelowatego, powyżej nakreślonym. Wyjątek stanowią sil-



ne objawy uciskowe, które spowodowane być mogły przez *szybki rozrost nowotworu*. Ta ostatnia okoliczność świadczyła również o złośliwości nowotworu, którą stwierdziło badanie drobnowidzowe.

---

## II. O postępach w laryngologii i rynologii

w ostatnich 25-ciu latach ze szczególnem uwzględnieniem piśmiennictwa polskiego

opracował

Dr. JAN SĘDZIAK.

---

*Współtowarzyszom pracy w Kronice Lekarskiej  
autor*

*(Dokończenie).*

W kwestyi patologii i terapii t. zw. rozrostowego podgłośniowego zapalenia krtani (laryngitis subglottica hypertrophica s. chorditis vocalis inf. hypertrophica) pisali u nas Sokołowski i Baurowicz. Ten ostatni na podstawie badań bakteriologicznych cierpienie to zalicza do t. zw. twardzieli sclerema laryngis). Niezmiernie ważne są prace Prof. Pieniążka, dotyczące różnego rodzaju zwężeń krtani, oraz ich leczenia, zwłaszcza za pomocą laryngofissury. Prace te wslawiły imię autora szeroko po za granicami kraju.

W kwestyi nerwowych cierpień krtani, zwłaszcza porażenia nerwu zwrotnego (n. recurrens) wielkie zasługi oddał Semon z Londynu, wykazawszy, że w organicznych cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego przedewszystkiem ulegają porażeniu rozwieracze głośni (prawo Semon'a). Oprócz niego istnieje cały szereg badaczy, którzy przyczynili się w mniejszym, lub większym stopniu do rozwoju nauki o innerwacji krtani (Onodi z Budapesztu, Klemperer, Krause

z Berlina etc.). U nas w kwestyi powyższej pisali Baurowicz, oraz niżej podpisany.

Postępy w nauce o chorobach *tchawicy*, oraz *oskrzeli* w ostatnim 25-cio leciu również są okazałe. Dość wspomnieć o nowych metodach badania tracheoskopii i bronchoskopii (Killian), pozwalających na wykonanie tak rzadkich operacyj, jak wyjmowanie ciał obcych z oskrzeli. W naszej literaturze istnieje od niedawna doskonale napisany podręcznik chorób tchawicy i oskrzeli pióra zaszczytnie znanego w piśmiennictwie polkiem Sokołowskiego z Warszawy.

W paru wreszcie słowach wspomnę o postępach w wiedzy naszej o *gruczole tarczowym*, oraz jego stanach chorobowych.

Dzięki Kocher'owi słynnemu chirurgowi w Bernie Szwajcarskim wiemy, że usunięcie t. zw. wola t. j. przerostu gruczołu tarczowego powoduje cały szereg objawów ujemnych fizycznych i umysłowych (cachexia strumi resp. thyreo — priva Kocher'a). Jeszcze przed nim, mianowicie przed 35 laty angielscy autorowie mianem «myxoedema» nazwali analogiczny stan, zależny od zaniku tegoż gruczołu z jakichkolwiek bądź powodów. W r. 1883 Semon z Londynu wykazał, że zarówno cachexia thyreo-priva, jako też myxoedema, oraz stany pokrewne cretinismus i tetania, są to wszwstko jedne i te same sprawy chorobowe, polegające na braku czynności gruczołu tarczowego.

W dalszym ciągu Horsey w Londynie stwierdził experimentalnie ciekawy fakt niezwykle szybkiego polepszenia się stanu tego rodzaju chorych po wprowadzeniu pod skórę gruczołu tarczowego owcy. To dało podstawę do racjonalnej organoterapii wola (tabelki tyroidynowe, z którymi należy jednakże być ostrożnym ze względu na uboczne działanie na serce).

Wręcz odwrotnie ma się z t. zw. od r. 1840 chorobą Basedow'a (w Anglii Graves'a), polegają na istnieniu następujących trias: exopthalmus, struma i palpitationes cordis,

które to cierpienie przeciwnie zależy od nadmiernej czynności gruczołu tarczowego, przyczem nie jest dotąd rozstrzygnięte stanowczo, co pierwotnie jest zajęte przy chorobie Basedow'a, gruczoł tarczowy, czy też nerwy, których podrażnienie po większa czynność gruczołu, przyczem wytwarza się nadmiar soku, powodujący wyżej wspomniane objawy.

---

Oto i wszystkie, co w ogólnych naturalnie zarysach o postępach w laryngologii i rynologii w ostatnim 25-cio leciu zebrać zdołałem.

Rzecz prosta, że zestawienie to jest bardzo niedokładne,

Rzecz prosta, że zestawienie to jest bardzo niedokładne, że wielokrotnie pominąć musiałem milczeniem prace zwłaszcza naszych autorów, niekiedy wartościowe nawet: lecz z jednej strony zbyt szczegółowemu zestawieniu stanął na przeszkodzie brak miejsca, z drugiej zaś strony rozmyślnie ograniczyłem się na tych uwagach ogólnych, gdyż szczegółowe dane, zwłaszcza dotyczące polskiej laryngologii i rynologii, jak to już wspomniałem, wyjdą wkrótce w innem miejscu.

W każdym razie i z tego, acz niedostatecznego zestawienia postępów w laryngologii i rynologii w ciągu ostatnich lat 25-ciu t. j. w tym okresie czasu, w jakim rozwijała się Kronika Lekarska, przekonać się można, że najmłodsze te gałęzie medycyny rozkwitły niezmiernie bujnie, wydając obfite owoce pod postacią całego szeregu prac wartościowych, z których pewna część przypada na polską laryngologię i rynologię.

Oby w następnym 25-cio leciu rozwijało się jeszcze pomyslniej polskie piśmiennictwo lekarskie w ogóle, a specjalny dział laryngo-rynologii w szczególności, świadcząc o naszej niespożytej żywotności!

---

Z kliniki wydz. chir. prof. M. Kuzniecowa w szp. św. Ducha.

### III. POSTĘPOWANIE CHIRURGICZNE w przypadkach złamań sklepienia czaszki.

Napisał

Dr. KAZIMIERZ NIEDZIELSKI.

(Ciąg dalszy)

#### IV. Notatki z piśmiennictwa.

W sprawozdaniu d-ra C. Lübeck'a (Basel) znajdujemy 4, odpowiadające pierwszemu spostrzeżeniu naszemu, przypadki wcisku kości czaszkowych wraz z rozpadliną, które skończyły się pomyślnie. Brak powikłań poważniejszych zauważono tam w jednym tylko przypadku. U chorych opisywano niepokój, napady natury padaczkowatej, drgawki mięśniowe (uraz mózgu), porażenia niezupełne, zwyrodnienia w zakresie czucia. W spostrzeżeniach takich odróżnia się zwykle dwa rodzaje wcisku: *obwodowy*, gdy odłam kości pękniętej pogłębia się w jamie czaszkowej równomiernie, i *ośrodkowy*, gdy obwód wtłoczonego odcinka utrzymuje się w związku z resztą sklepienia czaszki, a ośrodek tylko zapada się w głąb.

Mój przypadek 3 powikłany był przez zakażenie i źle zakończył się. Spostrzeżenia takie, jak wiadomo, dają rokowanie najgorsze. Z operowanych tego rodzaju osobników 6 w klinice Bazylejskiej zmarło 4, t. j. przeszło 66%. Cierpienie wikła się zwykle powstaniem ropni w istocie mózgowej (miałem powikłanie to u 4-ch chorych—śmiertelność 12% tylko).

Wynik daleko lepszy otrzymuje się w przypadkach samej jedynie rozpadliny kostnej. W pracy d-r L. znajdujemy 15 pp. fissurae cranii; w 2-ch nierozpoznanych za życia otrzymano zejście niepomyślne. Spostrzeżenia takie prowadzą do

wniosku, że po rozpoznaniu rany głowy, wywołanej przez uraz cięższy, wobec nie zbyt wyraźnych, lecz wzmagających się stale ciężkich objawów mózgowych, niezbędnem jest obnażenie stropu czaszki w okolicy rany, zbadanie tejże dokładne i wykonanie trepanacyi, w razie potrzeby. W pozostałych przypadkach 13 osiągnięto wyzdrowienie. Zabiegi tu polegały na oczyszczeniu i odkażeniu ran, zwięzieniu tychże szwem, zaopatrzeniu w dreny i t. p. Pomyślny wynik, zdaniem d-ra L., zależał od dwóch czynników głównych: od wczesnej interwencji chirurgicznej i od krwawienia obfitego, dzięki któremu drobnoustroje z zagłębień rany zmywały się mechanicznie. (1).

W pracy d-ra Ulmann'a (Wrocław) zestawiono przypadki trepanacyi czaszki (2), w przypadkach złamań tejże w ciągu lat 10, t. j. od 1891 do 1901 r., razem 44 przypadki. U. odróżnia złamania samych tylko kości czaszkowych (18 pp.), złamania z uszkodzeniami opony twardej i zatok (5 pp.), złamania, powikłane urazem mózgu (21 pp.) W tym razie, gdy działanie czynnika traumatycznego dotyczy samej tylko kości, stosowano chętnie leczenie zachowawcze, w razie potrzeby, i operacyjne. Niektórych chorych wypisywano z kliniki z brakiem wielkości monety fenigowej; u innych brak ten dużym był, jak talar. Wyniki były niezbyt świetne. Z 18 chorych 13 nadesłało zawiadomienia o dalszych losach swych: 9 uskarżało się na rozliczne bóle i uczucia nieprzyjemne, zależne od wpływu urazu (neurosis traumatica). W 4-ch przypadkach kategorii drugiej stwierdzono zranienie art. meningeae mediae; jeden z chorych zmarł, dwóch cierpiało czas dłuższy na zaburzenia nerwo-mózgowe następcze.

Wobec złamań czaszki z uszkodzeniem mózgowia zabiegi lecznicze sprowadzały się do: 1) uwolnienia istoty mózgowej od wpływu czynników, drażniących mechanicznie, 2) odkażenia. Z ogólnej liczby 21 chorych zmarło 7; z tych 3 — od silnego urazu, 4 — na skutek infekcyi. Do najcięższych należały pęknięcia czaszki postrzałowe.

I w kazuistyce d-ra Amberger'a (szpital miejski we Frankfurcie n. M.) znajdujemy spostrzeżenia o nader ciężkim przebiegu; 5 osobników poniosło szwank od urazów tępych (3), jeden otrzymał w skroń postrzał. Uszkodzenia istoty mózgowej były za każdym razem poważne, zależnie od ucisku przez krwisteki, bądź od działania urazu wprost. Wszystkim wykonano trepanację z wynikiem dobrym.

Przypadek ciekawy ogłosił d-r Berthomier z Moulins na zjeździe chirurgów francuskich w r. 1902. Pewien młodzieniec spadł z drzewa i poniósł miażdżone złamanie czaszki na przestrzeni od oka lewego do lewej konchy ucha, rzecz powikłało wypadnięcie istoty mózgu w okolicy trzeciego zwoju czołowego. Podczas operacji usunięto z mózgu liczne odłamy kostne; na tętnicę opon mózgowych nałożono podwiązkę, ranę przemyto wodą utlenioną. Operowany wyzdrowiał bez zaburzeń w mowie (4).

Jeszcze ciekawszą obserwację (5) ogłosił Grekow. Pi-jana prostytutka 18-letnia upadła i uderzyła się złamanym trzonem parasola w oko prawe. Podczas badania w prawej kończynie dolnej powstały drgawki i objawy porażenia nerwu licowego. U wewnętrznego brzegu prawej powieki górnej znajduje się rana, z której wyciągnięto owe ciało obce wraz z kawałkiem oderwanej powieki. Na skórze i trzonie parasola pozostały się przyklepione kawałeczki mózgu. Krwawienie było umiarkowane. Nieszczęśliwa dostała potem napadów manii, zaburzeń mowy, parezy obu prawych kończyn, wreszcie, zaślepla. Rana zagoiła się po upływie tygodni czterech. Odłam drzewa tkwił w mózgu, na 10 ctm. w głąb, w półkuli lewej, stykając się z końcem górnym brzozy Roland'a. Przypadek złamania sklepienia czaszki, powikłany jednocześnie pęknięciem podstawy tejże, ogłoszony został również przezemnie w r. 1903. Operowana wyzdrowiała zupełnie (6).

W sumiennej rozprawie swej d-r T. English zebrał kazuistykę, obejmującą 300 spostrzeżeń urazów mózgu (złamania i wstrząśnienia ciężkie). Autor zauważył, że ludzie inteligent-

niejsi, zwłaszcza pracą umysłową zajęci, zdradzali zwykle szereg objawów cięższych i okres zdrowienia był u nich dłuższym, niż u wyrobników np. Do następstw urazu zaliczono tu: 1) bóle głowy, zależne, zdaniem Horsley'a, od stwardnienia kości (osteosclerosis), 2) bolesność w miejscu blizny, stwierdzoną w 40% pp., 3) zawroty głowy (22% pp.), występujące nagle bez aury, gdy chory np. nachyla się, 4) wymioty i 5) zmianę w usposobieniu (35%), jak zadumę, lub popęd do samobójstwa (23%). Zjawiskiem nader częstym staje się nadzwyczajne rozdrażnienie nerwowe, zniechęcenie, niezdolność do pracy, nałóg pijaństwa, a dalej — bezgłos (niemota) ruchowy, niepamięć urazowa, niemoc pisarska, lunatyzm u dzieci zwłaszcza, utrata węchu, nierównomierność źrenic, zaburzenia w akomodacji, porażenie nerwu licowego i głuchotę. W 2,3% pp. zauważono, zaważone urazem, zapalenie ucha średniego. Odruchy rzepkowe wzmagają się, tętno staje się wolniejszym i przepuszczającym.

U niektórych chorych rozpoznanie można postawić z wielką trudnością tylko, w obec czego z rokowaniem należy być ostrożnym. Więcej, niż w połowie przypadków otrzymywano rezultaty bardzo dobre od zastosowania terapii wewnętrznej i umysłowego spokoju wewnętrznego; innym, wszelako, razem, operacja była jedynym wyjściem racjonalnym z położenia, celem usunięcia takich czynników drażniących, jak zgrubienie kości, zrost z oponą twardą, torbiele opony pajęczynowej, tkwiące w mózgu odłamy kości i t. p. Powikłanie przez ropień mózgu stwierdzono w 0,75%, a więc dość rzadko w porównaniu z kazuistyką, przytoczoną przeźemnie. D-r E. wykonywał trepanację jak najwcześniej, głównie u chorych z objawami wcisku. (7).

Sposobów wypełnienia braków w czaszce posiadamy dosyć. Metodę ową zastosowano w moich przypadkach dwa razy. Niektóre ze sposobów obmyślane są arcydowcipnie, nie rozwiązują jednak tej, tyle ważnej dla chorego, kwestyi. Przytaczam ważniejsze: 1) obsadzenie wydłutowanego krążka

kości czaszkowej z powrotem na miejscu; 2) wypełnienie braku pokruszonymi kawałkami kości; 3) użycie w tym celu kości odwapnionej; 4) kości przepalanej, 5) wygotowanej, 6) wypełnienie dziury kawałkiem piszczeli chorego, 7) użycie w celu tym kości psiej lub gęziej, 8) pokrycie braku płytką z glinu, 9) lub z celuloиду.

O skuteczności wszystkich rękoczynów tych można powiedzieć jedno: najczęściej wynik otrzymuje się niezadowolniający. Pomimo to w niektórych razach był skutecznym, tam zwłaszcza, gdzie użyto kości przepalanej. W jednym przypadku (1898 r.) Greków wypełnił brak płytką z istoty gąbczastej kości cielecej i ostatecznie ta ostatnia przyjęła się dobrze, stwardniała, była nieruchomą i nieustępującą pod naciskiem palca. Operowanego obserwowano po zabiegu w ciągu  $7\frac{1}{2}$  miesięcy.

Według Biagi i Durante, twarda opona mózgowa i okostna są głównymi zamknięcia otworu w czaszce czynnikami (8). A jednak dla przyspieszenia rozrostu kości koniecznym jest podrażnienie, zależne od kości dawniejszej. W tym celu wypadnie zawsze pozostawić w ranie bądź cały wyreze-kowany kawałek kości, bądź jego odłamek, nie pozbawiony łączności z okostną. Przesadzony odcinek ulega, wprawdzie, zgorzeli, odgrywa jednak rolę drażniącego modelu w sprawie odradzania się.

Przypadek pouczający opisał Porges odnośnie do próchnicy starej w czaszce; dwie w tej ostatniej dziury wypełniono płytkami z celuloиду, obsadzonemi po stronach obu w śródkościu bardzo mocno. Operowany wyzdrowiał i po upływie 4-ch mcy wytworzyła się z okostny, szczelnie brak zamykająca, blaszka kostna (9).

Hacker w jednym ze swych spostrzeżeń (10) pokrył defekt w kości czołowej odwróconym ku zewnątrz płatem kostnookostnawym, zapożyczonym z tkanek przylegających. Wynik był doskonały. Według metody Hoffmann'a, z sąsiadujących z brakiem (11) tkanek należy wydlutować z tabula



externa, oszczędzając okostną, płytki, wielkości 1—4 ctm. □ i powierzchnią tychże zewnętrzną dopasować je do opony twardej lub mózgu. Blaszki układa się starannie jedną koło drugiej, dopóki brak cały nie będzie wypełnionym zupełnie. Należy uważać, aż-by podczas dokonywanego opatrunku przeszczepiane płytki kostne trzymały się mocno i nieruchomo.

D-r Kayser podaje sposób pokrycia braku za pomocą płytki kostnej (tab. vitrea), wsuniętej z brzegów braku między zewnętrzną i pozostałą częścią płytki wewnętrznej (12). Przypadek dotyczy 22 letniego żołnierza, którego uderzył koń kopytem w głowę. Poszkodowanemu pękła lewa kość ciemieniowa, przyczem wytworzył się wcisk znaczny. Długość rany kostnej dochodziła do 7 ctm., szerokość do 5. Po usunięciu odłamów stwierdzono ranę w oponie twardej i w mózgu. Z odłamów usuniętych wzięto 2 kawałki niewielki laminae vitreae i pokryto temiż brak cały, umieściwszy odłamy w istocie gębczastej między płytką czaszki zewnętrzną i szklaną. Rana zagoiła się i braku nie było. Na jego miejscu, po upływie 3-ch tygodni, wyczuwało się nieznaczne zagłębienie żłobowe. Objawy mózgowe ustąpiły zupełnie.

Do niezbędnych warunków powodzenia plastyki zalicza się cztery głównie: 1) Nie zawierająca składników organicznych kość powinna być przepaloną dokładnie. 2) Operować należy ze ścisłym uwzględnieniem wszelakich aseptyki wymagań. 3) Oszczędzać podczas operacji, ile się da tylko, twarłą oponę mózgową i okostną. 4) Brak wypełniać szczelnie płytkami przepalonymi istoty gębczastej kości, a rozpadliny i szczeliny małe — proszkiem kostnym, t. j. kawałeczkami pokruszonymi. Należy, wreszcie, pamiętać, że, im krótszy jest okres czasu między działaniem urazu i chwilą podjęcia trepanacji, tem więcej możemy liczyć na powodzenie zabiegów wytwórczych.

(C. d. n.)

## IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### Choroby wewnętrzne.

132. D-r Charles J. Fauconnet. **O rytmie bliźniaczym serca po naparstnicy.** («Ueber Herzbigeminie nach Digitalisgebrauch». Münch. Mediz. Woch. 1904, Nr. 51).

Rytm bliźniaczy serca, jako wynik stosowania naparstnicy, nie stanowi bynajmniej rzadkości klinicznej; tem dziwniejszym przeto wyda się fakt, że większość podręczników niemieckich, poświęconych chorobom serca, nie wzmiankuje nawet o tem zjawisku. Autor spostrzegł na klinice królewieckiej przypadek, w którym związek przyczynowy rytmu bliźniaczego z naparstnicą był oczywisty:

U chorej rozpoznano niedomykalność zastawki dwudzielnej oraz obostrzenie zapalenia wsierdzia. Tętno 120, małe, łatwo uciskalne, miarowe. Ciśnienie krwi (Riva-Rocci) 135 mm. Hg. Obrzęk kończyn dolnych, obrzmienie śledziony, wątroby. Po 3-ch dniach stosowania naparstnicy w miernych dawkach, wystąpiło zwolnienie tętna w tętnicy promieniowej do 50-iu uderzeń na minutę, którym odpowiadała podwójna ilość uderzeń wierzchołkowych serca. Żyły szyjowe okazywały również podwójne tętnienie, ze spadkiem podcza skurczu. Szmer słyszalny był tylko przy pierwszym skurczu serca. Zarazem chora zaczęła się uskarżać na szereg dolegliwości podmiotowych w sercu, które minęły, zarówno jak rytm dwojczkowy serca, natychmiast po odstawieniu naparstnicy.

Wkrótce potem, po przebyciu zapalenia płuc krupowego załeciono chorej naparstnicę w postaci nalewki (3 razy dziennie po 20 kropel). Po tygodniowym stosowaniu tego środka ponownie zjawił się rytm bliźniaczy serca wraz z zaburzeniami podmiotowymi, które i tym razem minęły wprędce po odstawieniu lekarstwa.

— Z opisanych dotąd przypadków rytmu bliźniaczego serca, przeważną część spostrzegano w wadach zastawek serca, w których stosowano naparstnicę; znacznie rzadziej notowano ten rodzaj zmienności naprzemiennej (allorytmii) w innych cierpieniach: w zdrowieniu po chorobach zakaźnych, w zapaleniu nerek, w żółtaczce kataralnej.

Badania doświadczalne, podejmowane dla wyświeślenia istoty omawianego objawu, nie dały dotąd wyników zadowalniających. Podług teorii Traube'go, rytm bliźniaczy serca powstaje pod wpływem porażenia ośrodków hamujących rdzeniowych, a podniecenia nerwowych ośrodków sercowych; Traube zdołał wywołać objaw ten doświadczalnie, zawieszając oddychanie zwierzęcia na czas dłuższy oraz przecinając nerwy błędne. Knoll natomiast wykazywał, że można otrzymać rytm bliźniaczy serca nawet w razie porażenia za pomocą atropiny hamujących ośrodków sercowych, o ile wprost lub drogą odruchową spowodować wzmoczenie ciśnienia krwi w sercu. Najwięcej wszakże światła rzuciły na omawianą sprawę badania Hering'a, którego liczne doświadczenia stwierdziły, że rytm, czy to stały, czy sporadyczny, zawsze istnienie swoje zawdzięcza jakimś szczególnym bodźcom drażniącym (Extrareize) i że jest pochodzenia mięśniowego. Rolę takiego bodźca może grać znaczne wzmoczenie przeszkód przy opróżnianiu komór sercowych, które powoduje nieraz przedwczesne ponowne skurcze komór. Obecność lub brak podwójnego tętna żylnego na szyi świadczy o punkcie wyjścia dodatkowego skurczu — z komory lub przedsionka serca.

Co do ostatniej uwagi Hering'a, autor zastrzega, że jednak tętno żyłne, jak to wykazał Sahli, nie zawsze pochodzi od skurczu przedsionka.

— Przechodząc do rozpatrzenia rytmu bliźniaczego w wadach serca z punktu widzenia klinicznego, autor zaznacza, że 1) w przeważnej liczbie tych przypadków rozpoznawano niedostateczność zastawki dwudzielnej, częstokroć wikłaną innymi rodzajami wad sercowych; rzadziej notowano objaw powyższy w zwężeniu ujścia lewego oraz w niedomykalności zastawek aorty, wreszcie nigdy — w zwężeniu aorty; 2) raz tylko jeden spostrzegano rytm bliźniaczy u chorego sercowego, nieleczonego naparstnicą, i to w przebiegu zapalenia płuc krupowego.

— Z pomiędzy klinicystów, którzy usiłowali tłumaczyć rytm bliźniaczy serca, Wenckebach przypuszczał nierównomierną pobudliwość ujść żylnych, wskutek czego następować ma opóźnienie skurczu części mniej pobudliwej — do nagromadzenia większej ilości bodźców. Być może również, przypuszczał ten autor, pierwszy skurcz serca sam powoduje powtórny skurcz, czy to wskutek jakichś zmian śródserdca, czy naciągając zrosty osierdziowe. Henschen natomiast

sądził, że rytm bliźniaczy powstaje w wadach serca wówczas, kiedy skutek nadmiernego rozszerzenia lewego przedsionka, całkowite opróżnianie się jego staje się niemożliwym; podczas skurczu komory część krwi wraca do przedsionka i ta powrotna fala wraz z pozostałą poprzednio stanowi bodziec do ponownego, a przedwczesnego skurczu najpierw przedsionka, następnie komory.

— Tłumaczenie takie wydaje się bardzo uzasadnionem, przytem zgadza się z panującą obecnie mięśniową teorią czynności serc. Powstaje jednak pytanie, dlaczego w takim razie tak rzadko spotykamy rytm bliźniaczy serca wobec znacznej stosunkowo częstości ciężkich przypadków niedomykalności zastawki dwudzielnej?

W odpowiedzi na to autor wyraża przypuszczenie, że prócz warunków do powstania rytmu bliźniaczego potrzebny jest może jeszcze jakiś szczególny bodziec drażniący. Może nim być i naparstnica — przez to samo, że powoduje silniejsze skurcze serca, lepsze wypełnianie krwią jam serca, wskutek czego większa ilość krwi i z większą szybkością wpada do przedsionka. Wynikałoby ztąd, że w przypadkach takich naparstnicą może rozwinąć w zupełności swoje działanie farmakodynamiczne, lecz warunki anatomiczne niweczą całkowicie uzyskany przez nią wysiłek serca, czyniąc go bezużytecznym dla krwiobiegu.

Autor rozbiera dalej teorię Leyden'a połowicznego skurczu serca — hemisystolii, o której dużo częściej spotyka się wzmianki w literaturze, niż o bigeminii — rytmie bliźniaczym serca.

Zdaniem autora, klinika nie dostarczyła dotąd dowodu, by mogły istnieć niejednoczesne skurcze obu komór. Wszystkie objawy, przytaczane dla hemisystolii, można tłumaczyć w sposób odmienny. Tak na przykład, na dowód odosobnionego skurczu najpierw lewej, potem prawej komory przytaczano to, że z dwóch uderzeń wierzchołkowych serca, następujących po sobie, pierwsze zjawia się bardziej na zewnątrz od drugiego. Objaw ten jednak łatwiej tłumaczyć niejednakowem napełnieniem serca przy obu skurczach, co wszakże w bigeminii serca spotykamy nawet, jako prawidłó. Również to, że szmer, odpowiadający niedomykalności zastawki dwudzielnej, słychać tylko przy pierwszym skurczu, tłumaczyć można — większą siłą pierwszej fali powrotnej.

— Nietylko jednak klinicznie hemisystolia jest słabo ugruntowana, brak jej również podstaw doświadczalnych: dotychczasowe dane w tym względzie doprowadziły jedynie do wniosku, że zjawisko owo spotyka się tylko w sercu umiarkującym. Przeczą jej wreszcie nowoczesne pojęcia z anatomii i fizjologii serca. Zdaniem Hering'a, wyrazy «hemisystolia» i «systolia alternans» należałoby zupełnie usunąć z terminologii klinicznej.

— Autor na zasadzie swojego i innych przypadków rytmu bliźniaczego wysnuwa ten wniosek praktyczny, że istnieją ciężkie postaci wad serca, na których przebieg naporstnica, stosowana w okresie niewyrównania nawet w umiarkowanych dawkach, wywiera wpływ bezwarunkowo niepomyślny. Mimo wzmocnienia działalności serca brak jakiegokolwiek skutku leczniczego: diureza nie wzmaga się, tępość serca zwiększa się jeszcze. Dzięki pozornemu zwolnieniu tętna (pseudobradycardia) oraz rytmowi bliźniaczemu serca obraz kliniczny staje się tak charakterystycznym, że trudno go zapomnieć, skoro się raz go widziało. Przytem obraz ten pozbawiony jest cech zatrucia naporstnicowego. Po odstawieniu naporstnicy następuje poprawa podmiotowa; o ile stosować ją nadal, dochodzi ad mortem przy rosnących objawach osłabienia serca (Huchard).

— Podnieść należy zupełną niecelowość rytmu bliźniaczego serca: drugi skurcz powstaje w czasie niewłaściwym, kiedy komora nie jest dostatecznie wypełniona, a ciśnienie w aorcie jest jeszcze bardzo wysokie. Stwierdza to małość drugiej fali tętnicznej, którą wykryć można tylko za pomocą sfigmografu. Świeżo ogłosił pracę doświadczalną w tym przedmiocie Salaghi, który na sztucznym modelu krwiobiegu dowiódł, że bigeminia serca w niedomykalności i zwężeniu zastawki dwudzielnej zwiększa jeszcze bardziej ciśnienie (zastoinowe) w małym obiegu krwi. *W. Starkiewicz.*

133. D-r de la Camp. **Uwagi w sprawie dyagnostyki fizycznej serca.** («Étwas über physikalische Herzdiagnostik». Berl. klin. Woch. 1905, Nr. 7, str. 180).

Pod koniec ubiegłego wieku dyagnostyka czynnościowa serca w umysłach wielu zyskała przeważne znaczenie w przeciwieństwie do fizycznych metod badania, wypartych do pewnego stopnia na plan dalszy. Nie zaprzeczając dużej war-

tości badania czynnościowego, które przyczyniło się do wyświetlenia wielu kwestyi w zakresie układu krwionośnego (ciśnienie krwi, tętno żyłne i tętnicze i in.), zastrzedz się trzeba, że nigdy wnioski jego nie dotyczą wyłącznie serca, zawsze odnoszą się do całych grup fizjologicznych, pod względem czynnościowym ściśle ze sobą powiązanych. Wszelkie metody dyagnostyki czynnościowej, jak sfigmografia, oznaczanie ciśnienia krwi skurczowego i rozkurczowego i in., dają pojęcie jedynie o ostatecznym skutku zmian cyrkulacyjnych (cirkulatorischer Endeffekt), nie zaś o pracy samego serca, wnioski o tem ostatniem wyprowadzać można tylko z dużem zastrzeżeniem. Pochodzi to ztąd oczywiście, że serce i naczynia pod względem czynnościowym stanowią jedną całość. Poza tem liczyć się należy i z tem, że układ krwionośny znajduje się w ścisłym związku z układem oddechowym oraz nerwowym, i że wzajemne ich oddziaływanie odnajdujemy na każdym kroku.

— Zarówno praktyczne, jak teoretyczne doświadczenie stwierdziło ostatecznie, że dokładne oznaczenie objętości i położenia serca, dokładna znajomość zmian jego pod tym względem — zawsze będą podstawą do wniosków rozpoznawczych, prognostycznych i leczniczych, i tu nie zastąpi ich nigdy dyagnostyka czynnościowa.

— Doniedawna ceniono przede wszystkim oznaczanie opukowe absolutnej tępości serca, jako bardziej dokładne, niż oznaczanie tępości względnej. Obecnie w ortodiagrafi zyskaliśmy sposób oznaczania istotnej objętości serca, rzutowania jej na przednią powierzchnię klatki piersiowej z zupełną prawie dokładnością.

W pomienionej metodzie badania zyskaliśmy zarazem sprawdzian dla dotychczasowych sposobów oznaczania istotnej objętości serca — drogą opukiwania oraz t. zw. perkusyi palpacyjnej. Posiłkując się ortodiagrafią, jako sprawdzianem, Goldscheider, zgodnie z Turboan'em, Rosenbach'em i innymi, zaleca w celu oznaczenia względnej tępości serca opukiwania możliwie ciche. A zatem zdanie to znajduje się w sprzeczności z dotychczasowymi poglądami, według których tępość powierzchowną opukiwać należy lekko, głębszą zaś — głębiej, t. j. mocniej i w sposób odmienny. Błądność tego ostatniego poglądu wykazywał już w r. 1879-ym J. Hein, który przy opukiwaniu względnej tępości serca zalecał tak

lekką perkusję, by prawidłowym słuchem zaledwie można ją było uchwycić.

— Najlepsza perkusya, zyskując z powrotem swe prawa, nie wyłącza wszakże, zdaniem autora, i innych sposobów opukiwania, których dokładność sprawdzono również drogą zdjęć ortodiagrawicznych. Błędną jest tylko bezwarunkowo wszelka głośna perkusya, dająca dźwięk słyszalny na większą odległość. Opukiwanie tępości względnej różnić się winno od cichej perkusyi, stosowanej dla odznaczenia tępości absolutnej, nie ilościowo, a raczej tylko jakościowo. Połączenie perkusyi nieco mocniejszej z perkusją palpacyjną w 85% przypadków daje wyniki niemal zgodne z danymi ortodiagrafi. Znaczną rolę odgrywa tu, obok odgłosu opukowego, uczucie oporu tkanek—palpacya, za pomocą której nieraz można oznaczyć dokładnie względną tępość serca nawet bez pomocy opukiwania. Converse znowu, sprawdzając badaniem pośmiertnem dane opukowe, otrzymywane za życia, przekonał się, że względną tępość serca najlepiej oznaczać sposobem, zalecanym jeszcze przez Potain'a: opukiwać palcem po palcu, raz tylko, umiarkowanie mocno, od obwodu ku środkowi.

— Położenie chorego, poziome lub pionowe, podczas opukiwania, jak się okazało z prób przedsięwziętych, nie wpływa wcale na zmianę tępości absolutnej, a bardzo mało na tępość względną; pochylenie ku przodowi powoduje pewne zwiększenie tępości. Przeciwnie, oddychanie wpływa znacznie na wielkość względnej tępości serca: ztąd opukiwać należy przy oddychaniu powierzchownem, a więc niewielkich ruchach przepony i klatki piersiowej. Ortodiagrammy, zdjęte w pozycji leżącej i stojącej, różnią się wyraźnie, i to nietylko wskutek zmiany poziomu przepony oraz praw ciężenia, lecz również z powodu rzeczywistych zmian objętości serca. Ponieważ wielu chorych sercowych nie będzie w stanie leżeć zbyt długo poziomo, lepiej czynić zdjęcia w pozycji stojącej. W razie znacznego powiększenia lewego serca, opukiwaniem znajdujemy zwykle większą tępość, niż wykazuje obraz ortodiagrawiczny. Fakt ten ma jednak i dobrą swoją stronę, mianowicie z tego względu, że w przypadkach prawidłowych takiej różnicy obrazów serca, otrzymanych za pomocą opukiwania i ortodiagrafi, nigdy nie można było stwierdzić.

— Mimo wszystko wyżej powiedziane byłoby jednak godnem pożałowania, gdyby dla tępości względnej miano w przy-

szłości zarzucić oznaczanie absolutnej tępości serca, wyrzec się tych danych, jakie daje porównanie obydwóch tępości. Tępość absolutna ma przedewszystkiem swoje uzasadnienie anatomiczne: wskazuje ona część serca przylegającą do klatki piersiowej, a niepokrytą przednimi brzegami płuc: w stosunkach prawidłowych — prawą komorę serca. Powiększenie serca najwybitniej stwierdzić można właśnie zmianą absolutnej tępości. Im objętość serca jest większa, tem mniej się różni tępość względna od tępości absolutnej; tępości te zlewają się ze sobą całkowicie jedynie w przypadkach znacznieszego wylewu płynu do osierdzia. Wreszcie, stosunek tępości względnej do absolutnej daje nam właściwe, stereoskopowe pojęcie o objętości i położeniu serca, a to wszakże jest właśnie ostatecznym celem, do którego dążą wszelkie sposoby badania fizykalnego, stosowane na powierzchni ciała. *W. Starkiewicz.*

134. Ch. Bäumlcr. **Leczenie chorych na serce za pomocą metod fizykalnych.** (Die Therapie der Gegenwart, Nr. 12, 1904 r.).

W połowie przeszłego stulecia W. Stokes pierwszy zaczął stosować w chorobach serca i naczyń ruchy mięśni i spacery, jako środek wzmacniający osłabione serce. W ósmym dziesiątku przeszłego stulecia Oertel stworzył t. zw. kurację terenową. Wcześniej jeszcze, bo w 6-ym dziesiątku przeszłego stulecia, F. Bencke pierwszy zastosował w chorobach serca słone kąpiele Nauheim'owskie. Później Schott zaczął stosować drugą składową część wód Nauheim'owskich — CO<sub>2</sub>, a także ruchy gimnastyczne.

— Na pierwszy rzut oka wydaje się niemożliwem, aby metody te mogły wywierać wpływ dobroczynny na serce, niezdolne do większej pracy.

— Zdolność do pracy serca zmienia się w dość szerokich granicach, stosownie do wymagań życiowych; lecz w końcu działalność ta słabnie dlatego, iż ciśnienie krwi i szybkość jej musi być stale utrzymywaną na pewnej wysokości, odpowiadającej zapotrzebowaniu. Otóż, aby działalność była normalną, potrzeba: 1) żeby siła pojedynczych skurczów serca odpowiadała oporowi, spotykanemu przez serce w naczyniach; i 2) żeby napięcie naczyń obwodowych było odpowiednie. Tylko pod wpływem tych przyczyn może być wywołane obniżenie ciśnienia krwi w tętnicach, często bardzo niebezpieczne.



Nagle obniżenie ciśnienia krwi w tętnicach wskutek tego, że tonus naczyń upada, następuje pod wpływem czynników nerwowych, a nawet czysto psychicznych (u neurasteników, histeryków); w długotrwałej formie to samo spostrzegamy w chorobie Addisona. Nagłe obniżenie ciśnienia krwi wskutek zbyt słabych pojedynczych skurczów serca spostrzegamy przy niedomodze serca; może ona nastąpić we wszystkich chorobach serca. Dyagnozę różniczkową stawia się na podstawie badania serca.

Ataki zniżenia ciśnienia krwi, wywołane przez zmniejszony tonus, leczy się kąpielami i innymi środkami fizycznymi, stosując pewną metodę, nie wchodzącą w zakres niniejszego artykułu.

W chorobach zaś serca, gdy nastąpi obniżenie ciśnienia, zadanie lekarza polega na tem, aby za pomocą uregulowania i zwolnienia, zwykle przyśpieszonej, działalności serca ułatwić przyływ krwi do mięśnia sercowego, aby znieść zastój żylny, przyśpieszyć obieg krwi tętniczy, i w ten sposób polepszyć odżywianie i działalność serca.

Pierwszym koniecznym warunkiem jest spokój absolutny całego ciała z odpowiednią dyetą, a, jeśli to nie wystarcza, to środki sercowe.

Gdy zaś objawy zastoinowe przejdą i spokój absolutny jest już niepotrzebny, stosujemy metody fizyczne, aby zabezpieczyć chorego przed powrotem groźnego stanu i nie pozbawić go możliwości pracy. Metody te działają na cały układ krwionośny, a w ten sposób drogą uboczną na serce, zwiększając lub zmniejszając jego pracę. Gdy serce zupełnie siłą, swą odzyskało lub w znacznej części, to wzmocnienie jego możemy osiągnąć za pomocą rozmaitych metod gimnastycznych, szczególnie zaś kuracyi terenowej. Ruch mięśni zwiększa chwilowo ciśnienie krwi, więc i opór, które serce pokonywa za pomocą silniejszych skurczów; oprócz tego oddech bywa przyśpieszony i głębszy, co ułatwia odpływ krwi, więc i opór, które serce pokonywa za pomocą silniejszych skurczów; oprócz tego oddech bywa przyśpieszony i głębszy, co ułatwia odpływ krwi z układu żylnego.

Drugi ważny wynik ruchów mięśniowych — osuszanie ciała dzięki poceniu się.

W tych przypadkach, gdy działalność mięśniowa jest przeciwwskazaną, pocenie się możemy osiągnąć na drodze

zabiegów wodoleczniczych: gorące kąpiele, powietrzne, ciepłe obwijania. Przeciwwskazaniem dla nich służy słabe zwyrodniałe serce i zwapnienie naczyń.

Daleko mniej niebezpiecznymi są kąpiele ciepłe, dawane w celu wywarcia wpływu na cały układ krwionośny. Ciepłe kąpiele, szczególnie z kwasem węglanym, ułatwiają pracę sercu, wywołując silne podrażnienie naczyń skórnych i rozszerzenie ich. Początkowo występuje powiększenie ciśnienia krwi i wskutek tego pracy serca; z tego też powodu wanny te może przyjmować tylko chory, którego serce posiada pewną siłę rezerwową. Stosując te kąpiele, trzeba zwracać pilną uwagę na temperaturę i czas trwania, a oprócz tego pilnie obserwować chorego. Po wannie następuje często zwolnienie pulsu i działalności serca, więc pełniejsze przekrwienie mięśnia sercowego a w ten sposób zupełniejsze pozbycie się produktów przemiany materii i lepszy dowóz ciał odżywczych i tlenu.

— Stosując wszystkie te metody, wpływamy i na stan ogólnego odżywiania, (podniesienie ciśnienia żylnego wywołuje normalną działalność wątroby i nerek).

Dyeta w czasie leczenia powinna być zastosowaną do poszczególnego przypadku (otyły osobnik, dyabetyk wymaga innej diety, niż wątły), lecz mleko gra zawsze tu główną rolę.

Następnie zalecamy wody mineralne.

U większości chorych na serce, jeszcze dość silnych, szczególnie u otyłych, jest wskazane użycie wód słonych, zlekką przeczyszczających. Udział organów oddechowych wymaga użycia wód alkaliczno-słonych.

W niektórych przypadkach trzeba stosować oprócz tego lekarstwa, mianowicie przy miażdżycy naczyń na tle przymiotu trzeba stosować długo i ostrożnie we wzrastających do zach jod.

Jednym słowem—leczenie chorych na serce jest nadzwyczaj rozmaitem. Trudnem jest takie rozstrzygnięcie kwestyi, czy chory nadaje się do leczenia fizykalnymi metodami i czy trzeba go wysłać do odpowiedniej miejscowości leczniczej. Jest sporo miejscowości kąpielowych, urządzonych ze specjalnem uwzględnieniem chorób serca. Przy wyborze jednej z nich trzeba się także kierować stanem ogólnego zdrowia.

*Baden-Baden* posiada słone wody (więc nadaje się do leczenia i reumatyzmu).

*Kissingen, Homburg, Marienbad* wywiera dobroczynny wpływ i na organy trawienia.

*Jan Przyborowski.*

135. Prof. H. Rozin. **Przyczynek do działania morfiny u chorych na serce.** (Die Therapie der Gegenwart, Nr. 12, 1904).

O. Rosenbach już stwierdził, że w pewnych przypadkach morfiny wywiera wpływ pomyślny na upośledzoną działalność serca, jako «tonicum». W literaturze znajdujemy bardzo niewiele opisanych przypadków, w których zastosowanie morfiny wywołało polepszenie u osobników, gdzie środki sercowe już nie działały.

Otóż prof. Rozin spostrzegł taki przypadek u kupca J. M., lat 51, z silną nieświadomością sercową na tle tłuszczowego zwyrodnienia, w stanie bardzo ciężkim, prawie beznadziejnym, kiedy wszystkie środki nasercowe i moczopędne były stosowane bez skutku, zastosował morfinę w dawkach średnich po 0,01—3 razy dziennie, u chorego pojawił się po raz pierwszy od wielu dni długotrwały sen, mocz wydzielal się w większej ilości, tak, że na 3-ci dzień moczu było 3 litry. Obrzęki powoli znikać zaczęły. W przeciagu 4 tygodni znikły zupełnie. Białko z moczu znikło. Później chory dostawał tyłkopo 0,01 morfiny przed snem. Pacjent po 2 tygodniach wyjechał w zadowolniającym stanie, nie przyjmując już morfiny. W półtora roku autor miał wiadomość o pacyencie, który skarżył się tylko na niezupełnie regularną działalność serca i na nieznaczną duszność przy silnych ruchach.

Z opisanego powyżej przypadku widać: 1) że morfiny wywiera dodatni wpływ w pewnych przypadkach na naruszoną działalność serca, nie tylko przynosząc ulgę w ciężkich subiektywnych cierpieniach, lecz nawet wywierając wpływ na dyskompensację w ten czas, gdy ona doprowadziła już do wszystkich złych następstw, 2) że stosowanie średnich dawek morfiny nie wystawia na niebezpieczeństwo serca. Przypadki zaś, w których morfiny nie działa, tłumaczą się, jako zbyt ciężkie.

*Jan Przyborowski.*

136. S. Unterberger. **Powiększenie serca i wątroby, jako wczesny objaw suchot płucnych.** («Herzlebervergrößerungen, ein Frühsymptom der Schwindsucht.» St. Petersburg. Mediz. Woch. 1905. Nr. 1).

Dyagnostyka chorób sercowych w ostatnich latach zyskała dużo dzięki postępom technicznym w zakresie metod badania fizykalnego. Postępów tych nie próbowano dotąd

zastosować do badania serca u suchotników, u których wszakże zaburzenia tętna notowano niejednokrotnie.

— U suchotników, obarczonych dziedzicznie, mięsień serca i cały wogóle układ limfatyczny i krwionośny posiadają, jak wiadomo, małą sprawność życiową. Zmniejszają ją jeszcze toksyny gruźlicze, krążące we krwi, a rozsiane nacieczenia gruźlicze w płucach niezawodnie mogą utrudniać pracę serca w tym nawet okresie, kiedy nie powodują jeszcze objawów fizykalnych.

Badając chorych we wczesnym okresie suchot płucnych, autor częstokroć znajdował rozszerzenie prawej komory serca, które tłomaczyłby sobie właśnie zwiększeniem oporu w małym krwiobiegu wskutek nacieczenia gruźliczego płuc. Szczególną uwagę radzi autor zwracać przy badaniu na granice względnej tępości serca, które, jak to stwierdzono za pomocą promieni Roentgena, nowoczesne metody badania (perkusa palpacyjna, fonendoskopia, metoda pocierania — «Frictionsmethode») pozwalają dostatecznie dokładnie oznaczyć.

— Zmiany anatomiczne w mięśniu sercowym pociągają za sobą jego niewydolność fizyologiczną. Pierwszym jej objawem będzie obrzmienie wątroby, w której podwójna sieć naczyń włosowatych oraz zmniejszona szybkość prądu krwi sprzyjają powstawaniu spraw zastoinowych, przyczem tkanka narządu nasiąka płynem, jak gąbka. Opukiwać wątrobę należy, podług rady autora, w pozycji stojącej na linii prawej sutkowej—od dołu ku górze, oraz poziomo — od linii pachowej lewej na prawo.

Powiększenie serca i wątroby, wnioskuje autor, uważać należy za cenny objaw nie tylko rozpoznawczy, lecz i prognostyczny, we wczesnym okresie suchot płucnych; wniosek ten uzasadnić obiecuje szczegółowem przedstawieniem spostrzeganych przez siebie odnośnych przypadków. Co do leczenia, radzi przed zastosowaniem środków nasercowych — próbować mięsienia wątroby w celu ułatwienia tą drogą pracy serca.

*W. Starkiewicz.*

137. T. Groedel II. **Fizyologiczne działanie kąpieli solankowych.** («Die physiologische Wirkung der Solbäder.» Ber. Klin. Woch. Nr. 11, 1905).

Opierając się na szeregu danych, otrzymanych na osobnikach zdrowych podczas kąpieli solankowych o temperaturze

35°C, autor wypowiada następujące zdanie: «chlerek sodu, chlerek potasu i chlerek wapnia, zawarte w wodzie kąpielowej obojętnej temperatury, znajdowały się w rozmaitym stopniu stężenia; jednak działanie ich na zdrowy organizm nie ujawniło w żadnym kierunku różnicy i nie wywołało istotnie odmiennego efektu, aniżeli odpowiednie kąpiele w wodzie słodkiej, przynajmniej co do ciepłoty ciała, częstości oddechu i tętna; co najwyżej, można było zauważyć większe lub mniejsze wahania w ciśnieniu krwi». Porównywając wyniki swych obserwacji z takimiż innych badaczy w tej samej sprawie, autor przychodzi do wniosku, że konieczne są dalsze badania na tem polu, ogół bowiem otrzymanych dotychczas wyników wcale nie jest zadowalniającym i nie wyjaśnia zupełnie istoty wartości kąpeli solankowych.

*W. D.*

138. Schleip i Hildebrandt. **Przyczynę do leczenia białaczki szpikowej promieniami Röntgen'a** («Beitrag zur Behandlung der myeloiden Leukämie mit Röntgenstrahlen». Münch. Med. Woch. Nr. 9, 1905).

Przypadek niniejszy dotyczy 19-letniej chorej, u której w ciągu 2 $\frac{1}{2}$  lat ostatnich wystąpiły ciężkie objawy białaczki szpikowej; pacjentkę poddano najpierw leczeniu promieniami Roentgen'a, a następnie, oprócz tego zaczęto podawać podskórnie arsenik. Po 3-miesięcznej kuracji nastąpiło znaczne polepszenie, jakkolwiek do wyzdrowienia było jeszcze daleko; w każdym jednak razie śledzona przestała się powiększać, ilość białych ciałek krwi z 280,000 spadła do 28,600; zawartość hemoglobiny z 72% wzrosła do 80%, ilość czerwonych krążków krwi wzmożła się o 300,000, t. j. zamiast pierwotnych 3,300,000 okazało się 3,600,000. Opisawszy szczegółowo cały przebieg choroby i leczenia, autor przechodzi do wniosków natury ogólnej, a mianowicie: rentgenoterapia, rzecz można, w białaczce ujawnia pewnego rodzaju swoiste działanie na tworzenie się krwi. Odczynowe podskoki ciepłoty, które prawdopodobnie stanowią coś przypominającego gorączkę fermentacyjną (Fermentfleber), w związku z zachowaniem się wagi ciała dowodzą, że organizm całą siłą walczy z cierpieniem, któremu podległ. Rola arseniku w tej walce polega zapewne na wzmacnianiu całego ustroju czyli na zwiększaniu jego własności reakcyjnej, ponieważ swoiste działanie na krew w zasadzie pozostało jednakowe jak przed, tak i po

rozpoczęciu wstrzykiwań tego środka. Wziąwszy jednak pod uwagę, że jeszcze nic pewnego nie wiemy o istocie białaczki, nie możemy też rozstrzygnąć pytania, czy przez zastosowanie rentgenoterapii wypełniamy indicatio morbi, czy też tylko indicatio symptomatologica. Pomimo iż właśnie przy białaczce bardzo często dają się zauważyć zwolnienia samorodne (remissiones spontaneae), które niezmiernie utrudniają wyrokowanie o zabiegach leczniczych, jednak autor uważa za uzasadnione do pewnego stopnia przypuszczenie, iż stan chorych dzięki tej metodzie leczenia ulega poprawie. *W. D.*

139. Schweinburg. **Białaczka śledzionowa pod działaniem promieni Röntgena.** («Lienale Leukämie bei Einwirkung von Röntgen—Strahlen—Wien. Med. Woch. Nr. 8, 1905).

Autor podaje opis kliniczny białaczki, leczonej promieniami Roentgen'a; po 29 seansach nastąpiła znaczna poprawa: objętość brzucha zmniejszyła się o 6½ cm., długość guza—05 cm., waga chorego—02 kilogramy. Ponieważ ogólny stan odżywiania i samopoczucie uległy znacznej poprawie, przeto wspomniane zmniejszenie wagi należy przypisać zmniejszeniu wielkości samego guza. Ilość leukocytów spadła trzykrotnie: stosunek białych ciałek do czerwonych przed rozpoczęciem kuracji wynosił 1 : 20, zaś po jej ukończeniu — 1 : 60. Kuracja nie była prowadzona dłużej jedynie ze względów natury technicznej. Jakkolwiek w danym przypadku nie nastąpiło wyzdrowienie, jednak autor uważa swoje wyniki za zachęcające do dalszych badań w tym kierunku. *W. D.*

140. G. Arnheim. **Przypadek wrodzonego zwężenia tętnicy płucnej i uwagi nad rozpoznaniem niezarośnięcia przewodu Botalla.** («Ein Fall von angeborener Pulmonalstenose, sowie Bemerkungen über die Diagnose des offenen Ductus Botalli». Berl. Klin. Woch. Nr. 8, 1905).

Przypadek dotyczy mylnego rozpoznania u 3-letniego dziecka drożności przewodu Botalla wraz z rozszerzeniem tętnicy płucnej, podczas gdy sekcya wykazała zupełne zarośnięcie wspomnianego przewodu i zwężenie tętnicy płucnej. Pomyłkę tę autor tłumaczy dotychczas istniejącym brakiem jakichkolwiek pewnych danych, którymi można byłoby się kierować przy rozpoznaniu różniczkowym między wrodzonym zwężeniem tętnicy płucnej i drożnością przewodu Botalla.

Wskazówki, podawane w tym celu przez wielu autorów, nie zasługują na zbyt wielkie zaufanie, ponieważ wrodzone wady serca tak często wikłają się razem, iż należyte rozpoznanie staje się niemożliwym. Co do drożności przewodu Botalla, to, zdaniem autora, można ją rozpoznać z pewnością tylko w tym razie, jeśli wada ta istnieje bez wszelkich innych powikłań ze strony serca.

W. D.

141. **Chauffard. Zapalenie nerek, spowodowane sublimatem.** (Sem. méd., Nr. 2, 1905).

Autor opisuje przypadki z własnej praktyki, w których zatrucie sublimatem (w jednym chora przyjęła stężony roztwór sublimatu, przeznaczony na 30 iniekcji do pochwy, w drugim chora zażyła 5 cc. sublimatu i 10 cc. laudanum). Otóż w obydwóch przypadkach oprócz innych właściwych sublimatowi objawów, zauważono anuryę trwającą 5 dni po przyjęciu trucizny, białka były tylko ślady, ilość moczu zaczęła się zwiększać stopniowo. Co jest charakterystycznym, to fakt, że skąpy mocz lub zupełny brak takowego bywał notowany przy zatruciach sublimatem, zazwyczaj jednak był i obfity białkomocz. Autor tłumaczy to tem, że u zatrutych sublimatem ten ostatni nie działa zawsze wprost na nerki, na nerki działają najczęściej czynniki wtórne, toksy-infekcyjne wskutek ran błony śluzowej żołądka, kiszek, macicy u kobiet podczas porodu. W przypadkach autora sublimat działał wprost na nerki, tutaj nie było też zabarwienia moczu na czerwono, jak to bywa według Fischer'a, ani urobilinuryi (Hoppe Seyler). Podobna toksyczna anurya zdarza się też przy zatruciu arsenikiem, pojawia się ona albo zaraz, albo 4-go lub 5-go dnia lub nawet 8-go dnia. Przypuszczać należy, że anuryę wywołują najbardziej ostre trucizny, które nekrotyzująco działają na nabłonek nerek, jak tego dowodzi szczegółowe badanie osadu moczu.

Piątego dnia zawierał osad moczu (chora pierwszy raz oddała mocz) komórki pęcherza i pochwy, dużo bardzo białych ciałek krwi (polynuklearne limfocyty), trochę komórek nerkowych i wałków szklistych. Przy 2-iem i 3-iem oddaniu moczu też sama zawartość, trochę więcej wałków szklistych. Przy 4 i 5-em oddaniu moczu 7-go dnia choroby osad zawierał masę wałków szklistych, trochę ziarnistych i tłuszczowych. Następnym dni (8-go i 9-go) cylindrurya doszła do maxi-

mum. Wątki przybrały dokładną formę pętlíc Henlego i prostych tubuli. Od tego czasu coraz mniej wátków, trochę nabłonkowych i szklitych, komórek, leukocytów. Ani razu nie zauważono ciałek krwi. Dowód, że kłębuszki nerkowe były nietknięte. Z badania osadu autor wnioskuje, że anurya z powodu sublimatu jest czysto mechaniczną wskutek zamknięcia wszystkich tubuli, przez znekrotyzowany nabłonek i wałeczki różnego rodzaju. Wydzielanie moczu pojawia się dopiero wtedy, gdy kanaliki są oczyszczone. Autor przypuszczenie to stwierdził na sekcji (jedna z pacjentek umarła wskutek pericarditis acuta). Znalazł on dużą białą nerkę, kłębuszki były normalne, z małymi wyjątkami tylko, kanaliki zawierały komórki nabłonkowe, wysięku białkowego nie było.

Stan podobny nerek można wywołać doświadczalnie. Jeżeli królikowi, który waży 3,300 gr., dać 0,15 sublimatu rozpuszczonego w 50 c.c. wody, to królik ten zdycha po trzech dniach bez anuryi, mocz zawierał sporo białka, dużo wátków szklitych, ziarnistych, nabłonkowych i dużo komórek nerkowych. Histologiczne badanie nerek wykazuje: kłębuszki zupełnie zdrowe, tak otoczka jak i naczynia normalne, co zaś do tubuli contorti, to jedne przedstawiają nabłonek normalny, w innych daje się zauważyć zupełna zgorzel nabłonka, który wypełnia kanaliki, niektóre zapełnione są wátkami szklitymi.

Autor zatem jest zdania, że zapalenie nerek, wywołane sublimatem, można uważać za zgorzelowe (nephritis necrotica) bez napływu krwi i diapedezy ciałek białych, bez uszkodzenia kłębuszków, zapalenie, które doprowadza do czasowego mechanicznego zamknięcia tubuli contorti i pętlíc Henlego.

Autor badał jeszcze ilość mocznika, oraz ilość natrium chloratum. Otóż, w pierwszych dniach wydzielano się soli mniej niż chora przyjęła (prócz jedzenia zastrzykiwano jeszcze roztwór fizyologiczny soli), natomiast wydzielilo się bardzo dużo mocznika (w przeciągu 2-ch tygodni 413 gr. 15 Agr.), następnie obraz się zmienił, zaczęło się wydzielać mniej mocznika, a więcej nari chlorati, nastąpiła t. zw. crise chlorurique w 15 dni po t. zw. crise azoturique i zajęła jej miejsce. (Wprost przeciwny fakt notują Widal i Javal).

Autor żałuje bardzo, że badania nad stanem fosforanów zaczął robić zbyt późno, a także, że nie badał ile chlorku,



soli oraz mocznika znajduje się we krwi chorego otrutego sublimatem (według doświadczeń Guyon i Pasteau ilość mocznika we krwi może dojść do niezwykłych rozmiarów: od 5 do 20 gramów na litr, a wiadomą jest rzeczą, że 5 — 6 gr. mocznika jest już maximum dla chorych na nerki). Ztąd wniosek, że sublimat jest nie tylko trucizną komórki nerkowej, lecz i komórki wogóle. To też autor zapytuje się, czy zapalenie nerek wywołane być może tylko przez sublimat, czy też może należałoby zwrócić uwagę na działanie na nerki wogóle preparatów rtęci i zamiast nazywać «zapalenie nerek, wywołane sublimatem», nazywać je nephritis hydrargyrica? (tu autor przytacza przypadek, w którym kobieta dotknięta anuryą, wymiotami i t. p. objawami zatrucia sublimatem, przyznała się, iż przez dłuższy czas przyjmowała kalomel i na nogę kładła Emplastr. Vigo, chora dotknięta była przymiotem). Na zakończenie autor daje kilka wskazówek praktycznych, a mianowicie:

Ile razy ma się do czynienia z chorym, który bez widocznych przyczyn zapadł na anuryę połączoną z zaburzeniami żołądkowo-kiszkowymi, należy pomyśleć o zatruciu rtęcią, nawet wtedy, gdy niema stomatitis, która pojawia się dopiero później, ani ślinotoku, którego może i nie być. Jeżeli nawet chory taki wyleczy się, to najczęściej zagrożony jest on nefrosklerozą, jak się już o tem autor przekonał, robiąc doświadczenia z metylenblau u jednej chorej wyleczonej przepuszczalność nerek była zmniejszona. Ciśnienie się podwyższyło z 16—17 doszło do 19.

Co się tycze leczenia, to oprócz zwykłych środków przy zaburzeniach przewodu pokarmowego zbytecznym jest dawać diuretica, można się zwrócić tylko do tego, co pozostało zdrowem t. j. do kłębuszków, jest tylko jedno diureticum, które dało autorowi dobre wyniki t. j. zastrzyknięcie fizyologicznego roztworu soli (do 3 litrów w ciągu 4-ch dni). Może się to zdawać nielogicznym dawanie osobnikom, których nerki nie działają, dużo płynu, nie wywoła to jednak puchliny, a to dlatego, że zatruty rtęcią znajduje się w stanie t. zw. bezwodnym (état de deshydratation) wskutek ciągłych wymiotów i biegunki. Ciśnienie krwi jest niskie 12 do 14 c. rtęci według G. Seé. Stan otrutych sublimatem zbliżony jest do stanu chorych na cholere, u których wydziela się mało moczu, tak, że należy im się zastrzyknięcie roztworu soli, pod warun-

kiem jednak, by ciśnienie nie przekroczyło cyfry normalnej i aby nie dopuścić do utworzenia się obrzęków. Należy zatem bardzo uważać, lecz też i działać szybko, gdyż chory długo czekać nie może, nie należy też zapominać, że nie jest to anurya taka, jak przy kamieniach nerkowych i że operacja w tym przypadku nic pomódz nie może.

*Matylda Biehler.*

142. H. Lossen. **Rodzina hemofilików.** (Deutsche Zeitsch. f. Chir. 76 — 1).

Autor opisuje rodzinę Mampel z Kirchheimu, przedstawiającą jaskrawy przykład dziedziczności hemofilicznej. Pełna genealogia tej rodziny obejmuje dziś ogółem 212 osób: 111 mężczyzn, 96 kobiet i 5 martwych noworodków, których płeć pozostała niewiadomą. Z kobiet tej rodziny ani jedna nie była dotknięta hemofilią. Z mężczyzn zaś 33 było hemofilików, z których 18 umarło wskutek krwotoków, mających punkt wyjścia w najrozmaitszych miejscach. Najczęstszymi były krwotoki podskórne (w 16 przypadkach na 33), następnie krwotoki z nieznacznych ranek skóry, z nosa, dziąseł i języka. Inne krwotoki, jak np. z кишки prostej, dróg moczowych i t. d. zdarzały się znacznie rzadziej. Co się zaś tyczy hemartrozy, to była ona notowaną przeważnie u osobników młodych i najczęściej dała się obserwować w stawie kolanowym (6 razy na 9 obserwowanych). Rodzina Mampel znakomicie uwydatnia prawo dziedziczności w hemofilii; prawo to może być sformułowane w następujący sposób: kobiety, nie będące same hemofiliczkami, lecz należące do rodziny hemofilicznej, przenoszą tę chorobę na potomstwo, mężczyźni zaś hemofilicy nie przenoszą; tak więc mężczyzna zdrowy, żeniąc się z kobietą z rodziny hemofilików, będzie miał dzieci dotknięte tą chorobą, podczas gdy kobieta zdrowa, wychodząc za hemofilika, ma dzieci zdrowe. *Bronisław Wejnert.*

143. Th. Rumpf. **O wynikach badania chemicznego w zapaleniu nerek.** («Ueber chemische Befunde bei Nephritis». Münch. Mediz. Woch. Nr. 9, 1905).

Resumé całej pracy, opartej na licznych badaniach chemicznych w różnych cieczach i narządach w zapaleniu nerek, sprowadza się do następujących wniosków:

1-o w wielu przypadkach nerki ludzi zdrowych zawierają większą ilość chlorku sodu, aniżeli krew i inne narządy, co występuje nadzwyczaj jaskrawo w pojedynczych przypadkach zapalenia nerek, jakkolwiek nie stanowi to prawidła, szczególnie w początkowych okresach tej choroby;

2-o często w zapaleniu nerek daje się zauważyć zwiększenie ilości chlorku sodu we krwi i tkankach; są jednak przypadki przewlekłej postaci tego cierpienia, gdzie, pomimo obrzęków, retinitis albuminurica i objawów mocznicowych, krew i inne narządy posiadają raczej mniejszą ilość tego składnika, niż normalnie;

3-o badanie przesięku osierdziowego, opłucnowego i otrzewnowego w zapaleniu nerek (wobec zupełnie zadowolniającego stanu serca) ujawnia to małą, to znów znaczną ilość chlorku sodu, tak iż ten ostatni nie może być uważany za bezpośrednią przyczynę powstawania przesięków;

4-o badanie 9 przesięków otrzewnowych, zależnych nie od zapalenia nerek, lecz od innych chorób, wykazało większą zawartość chlorku sodu, niż przesięki pochodzenia nerkowego.

Oprócz tedy chloru, we wspomnianem cierpieniu nagromadzają się w organizmie sole potasu, sodu, wapnia i magnezyi. We wczesnych okresach przewlekłego zapalenia nerek można przedewszystkiem stwierdzić zmniejszoną zawartość wody we krwi i w tkankach przy jednoczesnem nagromadzeniu substancji suchej; zaś w późniejszych okresach obraz ten się zaciera. Wielokrotne zwiększenie ilości organicznie związanego potasu upoważnia do przypuszczenia, że istnieje też nagromadzenie ciał organicznych we krwi i tkankach, wskutek opóźnionej czynności nerek.

*W. D.*

---

## Kronika bieżąca.

---

Ponieważ w wielu komitetach dla walki z cholera przyjęła udział głównie lekarze, posiadający charakter urzędowy i niezbyt dokładnie obeznani z warunkami miejscowymi, przyklasnąć musimy projektowi Gazety Lekarskiej zwołania zjazdu higienistów w Warszawie i opracowania systematycznego planu uzdrowotnienia miast, wsi i miasteczek. Część materiału gotowego mamy z epidemii 1892 r., oraz z badań nad higieną, wypowiedzianych przed 2-ma laty na zjeździe higienicznym w Warszawie. Gdyby Tow. higien-

niczne podjąć tej akcji nie mogło, muszą to uczynić redakcyje pism lekarskich, jakieśmy to proponowali przed 6 laty; w każdym razie oczekujemy rychłej odpowiedzi Tow. higienicznego, by pora stosowna dla zwołania zjazdu nie przeszła.

(z) W Warszawie utworzono pod prezydencją prezydenta komitet dla walki z cholera. Prócz osób ze świata urzędowego powołano delegatów z Tow. higienicznego, lekarskiego, Pogotowia Ratunkowego i Przytułków noclegowych.

(z) Epidemia nagminnego zapalenia opon szerzy się w Galicyi, na Szlązku oraz w prowincjach nadreńskich.

(z) Urzędownie zaprzeczono wybuchowi cholery w Bału.

(z) Tow. higieniczne ponownie wystąpiło o zatwierdzenie stałego nadzoru obywatelsko-sanitarnego w Warszawie.

(w) *Lekarze na Daleki Wschód.* W d. c. wezwani zostali koledzy:

z *Warszawy:* Józef Laskowski, Teodor Łapiński, Stanisław Wielowiejski,

z *prowincyi zaś:* Waleryan Teofil Rogiński (z gub. Łomżyńskiej), Jan Daszewski (z Kielc), Bronisław Piętkowski (z Lublina), August Bienkiewicz (z Mławy) oraz Edward Kunczyński, nie zajmujący się praktyką lekarską, lecz gospodarujący w majątku swym Rąblów (pod Klementowicami, gub. Lubelskiej).

(w) W bitwie pod Mukdenem ranieni zostali D-r Henryk Wolfenleder i D-r Antoni Jurecki kontuzjowani D-r Zelman Kotz, przepadł bez wieści D-r Łuczkowski i wzięty do niewoli japońskiej D-r Dawid Kamelhaar (ze Złoczewa, gub. Kaliskiej).

**Zmarli:** D-r Adam Kasiński w Łosicach (gub. Siedleckiej) w Marcu r. b., w wieku lat 39, zaraziwszy się od chorego tyfusem.

D-r Jan Popielawski w Kwietniu r. b. w Warcie (gub. Kaliskiej), w wieku lat 57.

D-r Aleksander Wysocki, krakowianin i wychowaniec, krakowskiego uniwersytetu, lekarz ordynujący szpitala w Złoczowie członek izby lekarskiej wschodnio—galicyjskiej, zmarł 18 Lutego r. b. w Złoczowie, przeżywszy lat 61.

D-r Bolesław Dłuski-Jabłonowski, urodzony w roku 1827, w Zamorzu w gubernii wileńskiej, kustosz muzeum techniczno-przemysłowego w Krakowie, zmarł w pierwszej połowie kwietnia r. b.

D-r Seweryn Piotrowski, wychowaniec krakowskiego uniwersytetu, b. adjunkt szpitala św. Łazarza w Krakowie, a następnie lekarz zdrojowy w Krynicy, zmarł 15 kwietnia r. b. w Krakowie w 34 roku życia po długiej chorobie.

---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

---

Stacya kolei:

Muszyna-Krynica  
z Warszawy 18 god. jazdy  
ze Lwowa 11 " "  
z Krakowa 6 " "

Poczta

(3 razy dziennie)  
i urząd telegraficzny  
w miejscu  
Apteka

# KRYNICA

## c. k. Zakład Zdrojowy w Galicyi.

W Karpatach 600 m. n. p. m. Od stacyi kolejowej godzina bitej drogi. Na stacyi wygodne powozy. Środki lecznicze: „Zdrój główny“ i „Słotwinka“ bardzo silnej szczawy wapienno- i magnezioowo-sodowo-żelazistej. Kąpiele mineralne bardzo obfite w kwas węglowy wolny, metodą Schwartza i Wachtlera ogrzewane. (W r. 1904 wydano 65,000). Nader skuteczne kąpiele borowinowe. (W r. 1904 wydano 22,000). Kąpiele gazowe z czystego kwasu węglowego. Zakład hydropatyczny pod kierownictwem specjalisty Radey ces. D-ra Ebersa. (W r. 1904 wydano 13,000). Kąpiele rzeczne parowe, elektryczne, słoneczne, mięsienie. Klimat wzmacniający podalpejski. Leczenie terenowe. Wody mineralne, miejscowe i zagraniczne. Kefir. Żętyca. Mleko sterylizowane. Gimnastyka lecznicza. Zakład dyetetyczny. Lekarz zakładowy Doktor Leon Kopff z Krakowa, stale cały sezon. Nadto 12 wolnopracujących. Mieszkania: przeszło 1,700 pokoi z komfortem urządzonych, w cenie od 1 K. 20 h. dziennie wwyż. Dom zdrojowy. Wypożyczalnia książek. Restauracye. Pensyonaty prywatne, hotele, cukiernie. Kościół katolicki. Cerkiew. Muzyka zdrojowa stała (Dyrektor Ad. Wroński). Stały teatr, koncerty, odczyty, bale. Park szpilkowy, około 100 morgów obszaru. Wodociągi wody źródlanej z gór sprowadzanej. Frekwentacya w r. 1904 przeszło 6600 osób. Sezon od 15 maja do 10 października. W maju, czerwcu i wrześniu ceny kąpeli i mieszkań w domach skarbowych o 25% niższe. W lipcu i sierpniu nie udziela się ubogim żadnych ulg. Rozsyłka wód mineralnych Krynickich od kwietnia do listopada. Składy we wszystkich większych miastach w kraju i zagranicą. Taksa kuracyjna 12 koron. Bliższych wyjaśnień na żądanie udziela, broszury i prospekta rozsyła.

*C. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.*

**KROWIANKA** OSPA OCHRONNA

w Warszawie, Daniłowiczowska 8. Telef. 528.

**Inst. D-ra Tchórznickiego.**

Nowe katalogi ilustrowane franco.

Nowe katalogi ilustrowane franco.

WIELKI WYBÓR

**Narzędzi Chirurgicznych**

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii  
najtaniej w składzie fabrycznym

**J. JODŁOWSKIEGO**

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.

---

**I Choroby nosa, jego zatok,**

oraz jamy Nosogardzielowej.

**II Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku**

z licznymi rysunkami są do nabycia po rub. 2 i 3 (studenci za pół ceny) u autora-wydawcy

**D-ra JANA SĘDZIAKA—Erywańska 10.**

---

**Głos Lekarzy**

dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zaresu kmedycyny społecznej.

Wychodzi we Lwowie pod redakcją *D-ra Szczepana Mikołajskiego* i licznego grona współpracowników.

Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 koron, 6 marek, 3 ruble.

Adres redakcyi i administracyi:

Lwów ul. Śniadeckich, 6.

**MATTONIEGO**

**GISSHÜBLER**

najczystsza  
woda mineralna

**SZCZAWA-ALKALICZNA**

**Najlepszy**

Dyetyczny

i Orzeźwiający

**Napój**

## Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

Bandaży oraz Brzytew oryginalnych Angielskich,

Szczoryków i Nożyczek

4—19457

**F. BALUKIEWICZA**

Bielańska 9, Hotel Paryzki w Warszawie.

Wielki wybór

**wszelkich Narzędzi Chirurgicznych Bandaży,**

przytem przyjmuje się **reperację** w zakres fabryki wchodzące,  
**po cenach najtańszych.**

---

### Magistra A. Bukowskiego.

Apteka i Pracownia chemiczna, ul. Marszałkowska Nr. 54 w Warszawie.

P O L E C A:

**Eau d'Atoxyl ferrugineuse.** Stosuje się zamiast przykrych w smaku wód Ronce-gno i Levico.

**Glycérophosphate de Chaux granulé.** Cena słoika 1 rb. 20 kop.

**Marmurowe mydło Schleicha**—Niezbędne dla pp. chirurgów i gynecologów. Cena 1 funta 35 kop.

**Wszelkie roztwory wyjałowione** do wstrzykiwań podskórnych w ampulkach po 1 c. sześć.

**Solut glycerin Adrenalini hydrochlor,** po 1 c. c.

Surowice przeciw szkarlatynową, dyfterytyczną, tetaniczną i steptokokową, wyrobu Instytutu prof. D-ra Bujwida.



# Ciechociński Zakład kąpielowo-zdrojowy

niniejszem ogłasza, że zapasy **lecniczego szlamu i lecniczego ługu** otrzymany jako produktu uboczne przy warzeniu soli i służące do przygotowania sztucznych kąpeli solankowych, oraz Ciechocińska  $\frac{1}{3}\%$  i  $1\frac{1}{2}\%$  gazowana solanka do picia sprzedaje się w Zarządzie Zakładu w Ciechocinku po cenach następujących, a mianowicie:

**SZLAM** partiami większemi ponad 100 pudów po 40 k. za pud i przy detalicznej sprzedaży po 60 kop. za pud, oprócz tego dolicza się po 20 kop. od puda za worek i opakowanie.

**ŁUG** partiami większemi ponad 500 butelek litrowych po kop. 4 za litr i przy detalicznej sprzedaży po 6 k. za litr, oprócz tego dolicza się po 6 kop. za butelkę litrową.

**GAZOWANA SOLANKA** partiami większemi ponad 1000 pół litrowych butelek po 4 kop. za pół litra i przy detalicznej sprzedaży po 6 k. za pół litra, oprócz tego dolicza się po 5 kop. za półlitrową butelkę.

Za pudła i fracht płaci się osobno. Woreczki (pudowe) i butelki przyjmują się z powrotem w połowie ceny. Sprzedaż uskutecznia się za gotówkę.

---

## ZAKŁAD

wyrobów elektro - medycznych i dentystycznych

*Wł. Makowski*

Warszawa, Nowogrodzka № 17. Telefon № 2717.

Poleca własnego wyrobu: **Transformatory,**

**Akumulatory** z opornikami do oświetlania i kaustyki, **Baterie galwaniczne** o prądzie stałym i przerywanym, **Elektromotory, Maszyny elektryczne** statyczne **Galwanometry, Volt-i Ampermetry,** Kołowrotki elektryczne **do borowania i szlifowania zębów** i t. p.

Urządza instalacje oświetlania elektrycznego i połączeń telefonicznych.

**Ładowanie akumulatorów elektrycznością** uskutecznia się na każde żądanie wraz z dostawą takowych do domów.

⇒ **CENY PRZYSTĘPNE.** ⇐