

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. LUDWIK ZEMBRZUSKI. Torbiel sieci. Str. 171. II. STANISZAW KOPCZYŃSKI. Przypadek izolowanej niemoty zmysłowej (*aphasia sensorialis*) z zachowaną zdolnością czytania. (Dok.). Str. 179. *Dział sprawozdawczy.* 2*. FRAKNKEL ALBERT. O leczeniu naparstalcą. Str. 183. 29. DARLINGTON THOMAS. Przyczyny śmiertelności z chorób serca w Stanach Zjednoczonych. Str. 187. 30. A. HEFFLER. Czy strofantyny handlowe są preparatem różnej wartości farmakologicznej? Str. 188. 31. R. GOTTLIEB. Farmakologia i terapia doświadczalna. Str. 189. *Wiadomości terapeutyczne.* 3. Pantopon. Str. 190. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Sekcja neurologiczno-psychiatryczna. Posiedzenie dnia 19-go grudnia 1908 r. Str. 191. *Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.*

I. Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO SZPITALA DZIECIĘCEGO W WARSZAWIE.

T O R B I E L S I E C I.

Podał

Dr Ludwik Zembrzuski,

ordynator oddziału.

W sierpniu r. 1906 przyjęty został do szpitala Dziecięcego w Warszawie na oddział chirurgiczny K. K., chłopiec lat 2-u, z guzem jamy brzusznej. Wywiady dały co następuje: dziecko pochodzi z rodziny zdrowej, przyszło na świat w czasie właściwym, rozwijało się prawidłowo i cięższych chorób nie przebywało. Przed rokiem matka zauważyła w brzuchu dziecka guz, wielkości małego jabłka, który, jak się zdaje, nie powodował żadnych dolegliwości. Na parę tygodni przed przybyciem do szpitala, chłopczyk upadł na brzuch, poczem zauważono, że guz powiększył się.

Badanie chłopca wykazało, że mieliśmy do czynienia z osobnikiem o budowie prawidłowej i dobrym odżywieniu. Ciepłota nie podniesiona, dziecko wesole, na dolegliwości nie uskarża się. W jamie brzusznej, w okolicy pępka wyczuwa się guz, wielkości średniej pomarańczy, okrągły, gładki, elastyczny, o ścianach jak gdyby mocno napiętych, nader ruchomy. Ruchomość guza była tak wielka, że można go było przesuwac nie tylko daleko w boczne odcinki jamy brzusznej, lecz i ku górze—do obu podżebrzy, oraz do do-

łów biodrowych. Badanie i przesuwanie guza dziecko znosiło obojętnie, nie reagując prawie zupełnie. Czynności kanału pokarmowego były w porządku, mocz nieprawidłowych składników nie zawierał; zmian w sercu, w płucach i w innych narządach wewnętrznych nie wykryto.

Uczynilem rozpoznanie guza torbielowatego krezki i, uzyskawszy zgodę rodziców, przystąpiłem do operacji usunięcia guza z jamy brzusznej. Dnia 24 go sierpnia wykonałem cięcie brzuszne przy łaskawym udziale kolegów ORŁA i KRÓLIKOWSKIEGO, przyczem po otwarciu jamy otrzewnej okazało się, że guz ów był torbielą, wychodzącą z sieci, na szerokiej i długiej szypule, składającej się z tkanki tłuszczowej i zawierającej naczynia krwionośne dobrze rozwinięte. Oglądając dalej sieć, znalazłem usadowione w niej d. płytko jeszcze dwie małe torbiele wielkości orzechów tureckich, w postaci przezroczystych pęcherzyków, o budowie bardzo delikatnej, tak, że podczas ich wyluszczenia na tępo, popękały, a raczej porozrywały się zupełnie. Zawartość ich stanowił płyn rzadki, zupełnie przezroczysty. Torbiel główną, usunąłem po prostu w ten sposób, że po rozdzieleniu szypuły na części i po nałożeniu przewiązek strunowych [katgutowych], odciąłem guz od sieci. Jamę brzuszną zaszyłem szwem trzypiętrowym. Przebieg pooperacyjny był jak najlepszy, rana zablizniła się przez rychłozrost. Chłopiec opuścił szpital 7-go września czyli w dwa tygodnie po zabiegu.

Torbiel, jak się okazało przy bliższem zbadaniu, była jednokomorową i zawierała płyn surowiczo-krwawy, oraz parę dawnych skrzepów krwi, z których jeden dość mocno przywierał do wewnętrznej ściany guza. Ten charakter zawartości torbieli należy przypisać po części urazowi, któremu chłopiec uległ, upadłszy na brzuch. Ściany torbieli były dość grube, o powierzchni wewnętrznej zupełnie gładkiej.

Badanie anatomo-patologiczne na zasadzie skrawków drobnowidzowych, wykonanych przez kol. DUNIN-KARWICKĄ, wykazało, że ścianę torbieli stanowi błonka, złożona z tkanki łącznej włóknistej, grubości około 2-u do 3 ch milimetrów. Komórek w tkance łącznej okazało się stosunkowo nader niewiele: są one prawie wyłącznie blaszkowate, cienkie, zawierają też bardzo małą ilość protoplazmy ziarnistej, skupionej tylko dokoła bladego i owalnego jądra. Prócz opisanych komórek widać jeszcze w ścianie torbieli mniej lub więcej liczne rozsiane komórki, podobne do limfocytów. Tu i owdzie limfocyty tworzą małe gromadki, liczące po 5, 10, 20 i więcej pojedynczych komórek. Substancja międzykomórkowa, stosunkowo do liczby komórek dosyć obfita, składa się z cienkich włókien, zebranych w krótkie, cienkie pęczki, ułożone w jednym kierunku warstwami. Miejscami warstwy te przybierają charakter samodzielnych, przylegających do siebie blaszek. Co do naczyń krwionośnych, to w ścianie torbieli znajduje się ich mało i to bardzo drobnych. W wielu miejscach substancja międzykomórkowa tkanki łącznej uległa zwyrodnieniu szklistawemu. Wewnętrzna powierzchnia ściany torbieli jest gładka i ogołocona z nabłonka, a tylko tu i owdzie widać wysepki komórek, zbliżonych wyglądem swym do śródbłonka błon surowiczych. Zewnętrzna powierzchnia ściany torbieli otoczona jest dokoła tkanką łączną

włóknistą, obfitującą w komórki i pęczki włókienek i zawierającą dość znaczną liczbę naczyń krwionośnych [włoskowatych, przeważnie zaś małych tętniczek i małych żył]. Ta zewnętrzna tkanka łączna stanowi właściwie część sieci, okalającej torbiel. Budowa anatomiczna małych torbieli nie mogła być dokonana, niestety, z powodu, jak wspomniałem, zniszczenia ich podczas wyluszczenia. Dodać należy, że jeden ze skrzepów krwi, znajdujących się w torbieli, okazał się już w znacznej części przerosłym tkanką łączną [czyli organizowanym].

Przypadek powyżej opisany, ze względu na punkt wyjścia torbieli należy do nader rzadkich. Przyznaję otwarcie, że niedokładność w mem rozpoznaniu, dotycząca umiejscowienia guza, pochodziła stąd, że po prostu nie przyszło mi na myśl, iż mogę mieć do czynienia w danym przypadku, pomiędzy innymi, i z torbielą sieci. W dostępnym mi piśmiennictwie polskim znalazłem dość luźne i pobieżne zaledwie wzmianki, dotyczące torbieli sieci bez opisu spostrzeżeń odnośnych. Piśmiennictwo obce również nie dostarczyło mi pod tym względem zbyt obfitego materiału kazuistycznego i naukowego. Dodam tylko tyle, że zarówno nasi autorowie [prof. Kosiński, Gabszewicz], jak i obcy [Ris, Ziegler, Bergmann]—wszyscy zaznaczają, niezmierną rzadkość torbieli sieci. Okoliczność powyższa skłoniła mnie do opisanego przypadku oraz do poświęcenia paru słów sprawie powstawania, rozwoju i rozpoznawania tego rodzaju guzów jamy brzusznej.

Czynię zaś to dopiero po upływie dwu lat od chwili spostrzegania przypadku powyższego z następujących powodów: jak wspomniałem w opisie, dotyczącym operacji, prócz głównego guza odkryłem wtedy w sieci parę drobnych torbieli. Obejrawszy możliwie najdokładniej sieć, więcej podobnych tworów nie znalazłem. Obawiałem się jednak, że mogłem ich nie spostrzedz, a co za tem idzie, z tych drobnych, ewentualnie przeoczonych pęcherzyków, mogłyby się rozwinąć w przyszłości nowe torbiele, o czym chciałem się przekonać. Powtóre, nasuwało się pytanie, czy nie mam do czynienia z początkiem torbielowatego przeistoczenia sieci. Z tych względów postanowiłem obserwować przypadek przez czas dłuższy. Przekonałem się atoli nie dalej, jak w połowie roku 1908, czyli przeszło w 1½ roku po zabiegu, że w jamie brzusznej malca nie wyczuwa się nic nieprawidłowego i że chłopiec cieszy się jak najlepszym zdrowiem.

Guzy sieci, występujące w postaci torbieli, jak to zobaczymy z przytoczonej poniżej kazuistyki, są pod względem swej natury patologicznej rozmaite. Dla prostego oka bywają one surowicze lub krwawe, jedno lub wielokomorowe, pojedyncze albo mniej lub więcej liczne i umiejscowione w różnych odcinkach tego narządu. Niekiedy liczba torbieli różnej wielkości i skupienie ich może być tak znaczne, że sama sieć przedstawia obraz całkowitego lub częściowego przeistoczenia torbielowatego ¹⁾ [Marsh, Monsavrat].

¹⁾ Nawiasem dodać należy, że u zwierząt spostrzegano również torbiele sieci. Nasze piśmiennictwo zawiera opis licznych surowiczych torbieli sieci u kotki, podany przez lekarza weterynarii Seifmana.

Najczęściej spotykano torbiele pojedyncze w przeciwieństwie np. do bąblowca, który wyjątkowo wyrasta w sieci w postaci jednego tylko guza, zwykle zaś bywa wiele guzów [KRAJEWSKI, MATLAKOWSKI]. Co do umiejscowienia w samej sieci, to torbiele mogą się tworzyć zarówno w tylnej, jak w przedniej warstwie, jako też powstawać pomiędzy obydwojma listkami sieci. W moim przypadku torbiel powstała w przedniej części tego narządu oraz posiadała wyraźną szypułę, o czym wspominają i inni. RIEDEL zaznacza przytem, że szypuły mogą ulegać skręceniu z wszelkimi, oczywiście, tegoż następstwami. Torbiele sieci, zdaniem FORTA, stanowią przeważnie właściwość wieku dziecięcego poniżej lat 10-u i jak twierdzi RIS, zdarzają się jakoby częściej u dziewcząt. Ten sam autor utrzymuje dalej, że pojedyncze torbiele położone są zwykle w okolicy pępka po stronie lewej. Wobec nadzwyczajnej ruchomości wolnego, nieprzyrośniętego guza sieci, to ostatnie uogólnienie wydaje mi się pozbawionem znaczenia. W naszym przypadku w położeniu chrego na grzbiecie większa część torbieli wyczuwała się ku dołowi i na prawo od pępka, w stojącym—guz opuszczał się do spojenia łonowego. Co do stosunku do innych narządów, torbiele sieci niekiedy przyrastają do ściany żołądka i wtedy ruchomość ich ku dołowi może być bardziej, niż zwykle, ograniczoną. Kiedy mowa o zrostach omawianych torbieli z żołądkiem, wspomnę dla odróżnienia o niestychanie rzadkich guzów torbielowatych, wychodzących z samej ściany żołądka, a rosnących pomiędzy listkami sieci. Tego rodzaju guz operowany opisał prof. KOSIŃSKI, określiwszy go jako *angiosarcoma cysticum*. Analogiczny przypadek spostrzegał BERGMANN: było to *endothelioma carcinomatosum* w postaci torbielowatego tworu z zawartością surowiczokrwawą.

Torbiele sieci rosną zwykle wolno i nie sprawiają naogół dolegliwości. Dolegliwości występują dopiero w zależności od tego rodzaju powikłań, jak zmiany zapalne w samych guzach, zrosty ze ścianą brzuszną lub z jelitami, wreszcie zropienie torbieli, oraz zapalenie otrzewnej i t. p. Niekiedy większym torbielom towarzyszyć może przesiek [puchlina brzuszna], jak również obrzęki kończyn dolnych, wreszcie objawy ucisku narządów jamy brzusznej.

Natura patologiczna guzów, przybierających postać torbieli w sieci nie jest dotychczas dokładnie określona. Wypowiadano pod tym względem wiele różnych poglądów, dowodzeń i teorii, mających raczej wartość dość sprzecznych hipotez, aniżeli konkretnych i pewnych wniosków naukowych. Powtarza się tu prawie identycznie to samo, co i ze sprawą powstawania guzów torbielowatych krezki. ROKITANSKY, WERTH, PAGENSTECHEK, VIRCHOW tłumaczą powstawanie torbieli sieci na drodze retencyjnej z naczyń chłonnych. RIS skłonny jest uważać jedne z nich za torbielowate naczyniaki limfatyczne (*lymphangioma cystoides*), inne—za twory, powstające na drodze zapalnej.

HAHN poczytuje niektóre postaci torbieli sieci jako następstwo przeistoczenia krwiaków, lub przemian wstecznych w tłuszczakach. FORT sądzi, że omawiane guzy są tworam i wrodzonymi. COLMERS uważa wszelkie torbiele

jamy brzusznej¹⁾, z małymi wyjątkami, za rezultat zaburzeń rozwojowych do tej kategorii należy i t. zw. „*enterocystoma*”—torbiel jelitowa, powstająca z przewodu pępkowo-jelitowego (*ductus omphalo-mesentericus*). Cytowany przez tegoż autora—RIMBACH spostrzegał np. torbiel w sieci, która przy bliższym zbadaniu okazała się połączoną z jelitem cienkim długą i cienką szypułą. Ściany torbieli nie zawierały wprawdzie warstwy błony śluzowej, ale zato podwójną warstwę mięśni gładkich. Na tej więc zasadzie COLMERS odnosi ją do torbieli jelitowych.

Bardzo być może, iż każdy z przytoczonych autorów ma po części słuszność, albowiem niejednakowa budowa anatomiczno-patologiczna torbieli sieci dowodziłaby, w istocie, różnorodności ich pochodzenia. Np. w przypadku HOEPLA torbiel sieci posiadała nader cienkie ściany, składające się jedynie z tkanki łącznej i z warstwy tłuszczu, przypominającej budową swą sieć. MARSH spostrzegał liczne torbiele sieci, których zawartość była surowiczokrwa, a budowa ścian również b. prosta, a mianowicie, złożona z tkanki łącznej i z obfitych naczyń krwionośnych. FORT spostrzegał torbiele jakby bez właściwej otoczki, płyn znajdował się wprost pośród rozsuniętej tkanki sieci.

SZWARZENBERG wyłuszczył wielokomorową torbiel sieci o budowie następującej: zewnętrzna warstwa ściany składała się z tkanki łącznej i z pasek mięśni gładkich, warstwa środkowa zawierała naczynia krwionośne oraz rozszerzone naczynia chłonne, wreszcie wewnętrzna powierzchnia torbieli pokryta była śródbłonkiem. RİS znajdował w ścianie łącznotkankowej kilka ognisk zwapniałych, oraz złoży cholesteryny, otoczone gdzieś komórkami olbrzymimi.

KARAŚ opisuje torbiel o budowie dość skomplikowanej, wewnętrzna zaś powierzchnia pokryta była w różnych miejscach nabłonkiem typu trojakiemu z postaciami przejściowymi, a mianowicie śródbłonkiem, nabłonkiem kostkowym i przypominającym rzęskowy.

W moim przypadku jednokomorowa torbiel surowiczokrwa przedstawiała ściany dość grube, o budowie wogóle nader nieskomplikowanej, [p. wyżej]. Jak widzimy, w niektórych przypadkach dość częstym i charakterystycznym zjawiskiem jest brak w ścianach torbieli wszelkiego nabłonka zarówno na powierzchni, jak i wewnątrz torbieli. Według HAHN'a brak nabłonka cechuje również wszystkie torbiele krezki z wyjątkiem skórzastych. Widzimy jednak, że tak nie jest i, nie mówiąc już o autorach obcych, u nas GABSZEWICZ spostrzegał wewnątrz torbieli surowiczej krezki śródbłonek, aczkolwiek zaznacza, że nie na wszystkich skrawkach można go było odszukać. Prof. PRZEWOSKI znalazł podczas sekcji zwłok torbiel krezki wysianą nabłonkiem rzęskowym. Zawartość torbieli owej była gęstawa, podobna do białka z jaja kurzego. Pod nabłonkiem znajdowała się cienka warstwa tkanki łącznej, nacieczona limfocytami, a pod nią dosyć gruba warstwa włókien

¹⁾ prócz torbieli jajników.

mięsnych. Niezawodnie, podobny guz torbielowaty w krezce zaliczyć wypada do zjawisk niesłychanie rzadkich.

Sądząc z przytoczonej wyżej kazuistyki, należy mniemać, że guzy sieci pod względem swego powstawania i budowy odnoszą się do różnych postaci onkologicznych. Spostrzegano bowiem:

1) torbiele skórzaste (*cystis dermoidalis, teratomata*) z zębami, włosami i t. p.,

2) torbiele jelitowe (*enterocystomata*), do których odnieść należy z przytoczonych wyżej przypadków prof. PRZEWOSKIEGO i RIMBACHA, a po części i SZWARZENBERGER'a,

3) naczyniaki krwionośne jamiste (*haemangiomata cavernosa*), np. przypadek MARSH'a,

4) chłoniaki jamiste (*lymphangiomata cavernosa*), najliczniejsze ze wszystkich, i do nich też niezawodnie mój przypadek zaliczyć wypadnie.

Niektórzy odnoszą do tej kategorii również guzy stałe z rozpadem w postaci jam, jak oto: mięsaki, śluzakomięsaki, tłuszczaki jamiste. Zachodzi tu jednak podobieństwo czysto zewnętrzne: jamy w tego rodzaju guzach nie są wysłane wcale nabłonkiem. Zaliczenie bąblowców do torbieli również polega z punktu widzenia anatomo-patologicznego jedynie na podobieństwie zewnętrznym. Guz, spostrzegany przeze mnie, zaliczyliśmy do chłoniaków jamistych (*lymphangioma cavernosum*) na zasadach następujących:

1) na zasadzie ogólnej budowy torbieli, która pod tym względem przypomina naczyniaki mleczne krezki (*chylangiomata mesenterii*). Brak śródbłonka na wewnętrznej powierzchni skutkiem odpadnięcia, lub przemian wstecznych, powtarza się w tych ostatnich guzach dość stale. To samo dotyczy limfocytów, skupiających się miejscami w wysepki.

2) Wiek chorego. Chłoniaki najczęściej występują, jako guzy wrodzone, co też niezawodnie było i w moim przypadku.

3) Nakoniec przez wyłączenie wszelkich innych guzów.

Określenie sposobu rozwoju spostrzeganego w moim przypadku guza, stanowi zadanie niezmiernie trudne, tem bardziej, że małe torbiele uległy zniszczeniu.

Rozpoznanie torbieli sieci nie należy do zadań łatwych i uczynione być może po największej części tylko na zasadzie prawdopodobieństwa. Właściwa bowiem torbiel sieci, [t. j., surowicza lub surowiczo-krwawa, a nawet skórzasta] nie posiada, jako taka, cech swoistych, któreby ją mogły odróżnić od innych analogicznych guzów sieci, up. bąblowca, ale nawet od niektórych innych guzów w jamie brzusznej, a przedewszystkiem od torbieli krezki. Trudności rozpoznawcze potęgują się jeszcze bardziej, gdy torbiel ulega powikłaniom, *resp.* staje się mało lub zupełnie nieruchomą z powodu zrostów. Wtedy nie podobna jest odróżnić ją wogóle od wszelkich guzów torbielowatych jamy brzusznej mniej albo więcej nieruchomych z tych lub innych powodów. Należą tu bąblowce, torbiele krezki i zaotrzewne; torbiele jajnika, trzustki, przewodu omocznii; nawet tłuszczaki, podotrzewne [BORZYMOWSKI] i ropnie

zimne. Z drugiej strony, jeśli mamy do czynienia z wolną, nie przyrośniętą, a zatem ruchomą torbielą sieci, to zauważyć musimy, że aczkolwiek ruchomość ta jest zwykle bardzo znaczna we wszystkich kierunkach, to jednak nie stanowi ona nic tak dalece charakterystycznego. Tę samą właściwość mogą posiadać, jak już wspomniałem, bąblowiec sieci i guzy torbielowate krezki.

MATLAKOWSKI zaznacza wyraźnie, że pojedynczy wolny od zrostów bąblowiec sieci jest przesuwalny we wszystkich kierunkach i odróżnienie go od torbieli sieci i torbieli krezki jest przed operacją niemożliwe. Objaw niegdyś popularny, t. zw., drżenie pęcherza bąblowcowego, nie jest pewnym i d. częstym objawem, może łatwo zawodzić [KRAJEWSKI] i na obecności lub na braku tego zjawiska nikt chyba rozpoznania opierać nie myśli. Wielka ruchomość torbieli krezki jest również znana powszechnie: z polskich autorów pisali pomiędzy innymi o tem NEUGEBAUER, KOSIŃSKI, GĄBSZEWICZ. Ostatni, wspominając o znacznej przesuwalności torbieli krezki w różnych kierunkach, zwraca uwagę, że ruchomość ta jest tem większą, im dalej od kręgosłupa powstaje torbiel w krezce. Nic więc dziwnego, że gdy się ma do czynienia z guzem jamy brzusznej nader ruchomym, nie podobna stanowczo określić, czy punkt wyjścia dla niego stanowi sieć czy krezka. Dla ilustracji trudności rozpoznawczych pod tym względem przytoczę pomyłką TUFFIER'a, który na zasadzie niezwyklej ruchomości guza w brzuchu rozpoznał torbiel sieci, tymczasem podczas operacji okazało się, że była to torbiel mleczkowata krezki.

Łatwiej już jest odróżnić w niektórych przypadkach guz torbielowaty sieci od takiegoż guza jajnika, a to na tej zasadzie, że nigdy ruchomość, przynajmniej w pewnych kierunkach, drugiego nie dorównywa pierwszemu. Zdaniem MATLAKOWSKIEGO, PEAN'a, RIS'a ruchoma torbiel jajnika daje się wprawdzie zepchnąć ku dołowi, do miednicy małej, jednakowoż przesunąć ją tak wysoko ku górze, jak guz sieci, nie podobna. Odwrotnie, torbiel sieci o ile tylko nie posiada zbyt długiej szypuły, trudniej przesunąć ku dołowi, wgląb miednicy małej, a to z powodu przeszkody ze strony przyczepu samej sieci do żołądka.

Leczenie torbieli sieci, oczywiście, może być tylko operacyjne, doszczętne, z wyjątkiem tych przypadków, kiedy wskutek np. rozległych zrostów chirurg może być zniewolonym do wszycia torbieli w otwór jamy brzusznej czyli do zastosowania t. zw. marsupijacyi.

Na zakończenie niech mi wolno będzie złożyć Szanownemu Panu Profesorowi PRZEWOSKIEMU serdeczne podziękowanie za łaskawą pomoc przy opracowaniu anatomo-patologicznej części pracy niniejszej.

L I T E R A T U R A.

- 1) SEIFMAN. Nowotwory sieci u kotki. P. T. L. 1866 r. LV.
- 2) J. KOBIŃSKI. Guz, rozwijający się między listkami sieci. P. T. L. 1875.
- 3) W. KRAJEWSKI. Bąblowiec jamy brzusznej i jego leczenie. Kron. Lek. 1883.
- 4) MATLAKOWSKI W. O bąblowcu sieci z p. widz. chirurgicz. Gaz. Lek. 1890, t. X.
- 5) T. SOLMAN. Przyczynę do kazuistyki torbieli krezkowych. Gaz. Lek. 1890.
- 6) BROWIEZ. Torbiel pozaotrzewnowa. Przegl. Lek. 1892.
- 7) OBALIŃSKI. O surowiczych torbielach zaotrzewnowych. Gaz. Lek. 1887.
- 8) PRZEWOŚKI. Trzy przypadki torbieli zaotrzewnowych. Gaz. Lek. 1899.
- 9) KOBIŃSKI J. Torbiel żołądka wielokomorowa. Medycyna 1895.
- 10) NEUGEBAUER. Torbiel krezkowa. P. T. L. 1896.
- 11) GABSZEWICZ. Torbiel surow. krezki. Gaz. Lek. 1897.
- 12) ODERFELD. Przypadek bąblowca, nmieszcz. w cavum Retii. P. T. L. 1901.
- 13) BORZYMOWSKI. Przedstawienie dużego tłuszczaka podotrzewnowego. P. T. L. 1904.
- 14) J. DRUCBERT. Kyste sereux du mésentère. Arch. gen. de chir. 1908, 2.
- 15) RIEDEL. Ueber gedrehte Netzgeschwülste. Münch. med. Woch. 1905.
- 16) BORRMAN. Ueber Netz u. Pseudonetztumoren. Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Mediz u. Chir. 1900, VI.
- 17) BRAUN. Ueber entzündl. Geschwülste d. Netzes. Arch. f. klin. Chir. 1901. LXIII.
- 18) A. v. BERGMANN. Das multiloculäre Kystom d. Netzes. Petersb. med. Woch. 1897, z. XXII.
- 19) SZWARZENBERGER. Ein Fall v. multiloculär. Lymphokystom d. Om. majus. Beitr. z. klin. Chir. 1894.
- 20) RIS. Ein Fall v. Cyste d. grossen Netzes. Beitr. z. klin. Chir. 1893.
- 21) MATLAKOWSKI. Ueber d. Netz—Echinokokkus. Arch. f. klin. Chir. 1891, XLII.
- 22) LIPARI. Fibro mixoma-identiforme deli omento. La Sicilia Medica 1889 (ref. w Jahresber. SCHMIDT'a).
- 23) HAHN. Ueber Mesenterialeysten. Berl. klin. Woch. 1887, p. 408.
- 24) HARTWIG. Beiträg. z. Kasustik d. Chyluscysten. Beitr. v. klin. Chir.
- 25) HEINZELMANN. Ein Fall v. Lymphaugiom d. gr. Netzes. D. med. Woch. 1906, 49.
- 26) H. KARAS. Ein Fall v. multilocul. Cyste d. Netzes. Virch. Archiv. T. CLXXXVIII.
- 27) FORT. Cysts of omentum (Annals of surgery 1907) Ref. Zentr. f. Chir. 1907.
- 28) JOSEPH HEARN. Abdominal cystic tumor (Ann. of surg.) 1897. Ref. Hildebr. Jahresberger, t. 3.
- 29) BRAITWAITE. Lancet 1898. Dec. 3. Hildebr. Jahresb., t. 4.
- 30) HAEPFL. Netzcycte eines 3 jährig. Kindes. Münch. med. Woch. 1901, Nr. 29.
- 31) MORS and MOHSARRAT. A case of multilocular cystoma of the omentum, removal, recovery. Brit. med. J. 1901. Ref. Jahresb. Hildebr., t. VII.
- 32) F. COLMERS. Die Enterokystome und ihre chirurg. Bedeutung. Arch. f. klin. Chir., tom 79.

Na schemacie powyższym widać, iż przedewszystkiem uległ zniszczeniu u naszego chorego ośrodek słuchowy mowy czyli ośrodek WERNICKE'go, umiejscowiany zwykle w środkowej i tylnej części pierwszego lewego zwoju skroniowego. To nam tłumaczy niemożność rozumienia wyrazów słyszanych, niemożność powtarzania wyrazów słyszanych, niemożność pisania pod dyktando, niemożność rozumienia wyrazów czytanych wskutek braku współdziewczenia ich podczas wymawiania i nie budzenia w świadomości uprzedniej treści. Wszystkie pozostałe ośrodki i drogi funkcjonują prawidłowo. Nieznaczoną parafazyę i paragrafię [przestawianie sylab przy czytaniu i pisaniu] objaśnić można brakiem kontroli ze strony ośrodka słuchowego.

Tak więc w danym przypadku mamy do czynienia z odosobnioną niemotą zmysłową (*aphasia sensorialis*) typu WERNICKE'go, zwaną inaczej głuchotą na słowa (*Worttaubheit* niemieckich, *la sourdité verbale* francuskich autorów). Wobec utraty zdolności odróżniania melodyi i tonów mamy tu również do czynienia z t. zw. „amusią“. Ta głuchota na dźwięki (*Tontaubheit*), według spostrzeżeń WERNICKE'go, towarzyszy zwykle głuchocie na słowa (*Worttaubheit*). Izolowane to cierpienie zdarza się niesłychanie rzadko. W towarzystwie porażenia połowiczego prawostronnego względnie częściej spotykać je można w przypadkach ropni pierwszego lewego zwoju skroniowego w następstwie cierpień lewego ucha. Skoro zaś chodzi o zatkanie naczyń, wtórne rozmiękczenie, jak w danym przypadku w następstwie wad serca, to również najczęściej czopek zasiada na początku odejścia lewej tętnicy brzozy SYLWIUSZA i wywołuje prawostronne porażenie połowicze, powikłane niemotą zupełną lub mieszaną—ruchowo-zmysłową. Rzadziej spotykamy zatkanie, wynaczynienie, skurcz przejściowy [w napadach migreny] wyłącznie w obrębie pierwszej gałązki tętnicy brzozy SYLWIUSZA, idącej do trzeciego zrazu czołowego t. j. do *gyrus Broca*. Wtedy mamy izolowaną niemotę ruchową. Podobnych przypadków obserwowałem sam kilka, z nich niektóre dały zejście pomyślne, w innych izolowana niemota ruchowa, t. j. zupełna niemożność wymawiania wyrazów przy zachowanej zdolności rozumienia wyrazów słyszanych, pozostała trwałą.

Wreszcie najrzadziej spotykamy zatkanie, wynaczynienie wyłącznie w obrębie 4-ej gałązki lewej tętnicy brzozy SYLWIUSZA, co właśnie zaszło w naszym przypadku, a co dało izolowaną niemotę zupełną¹⁾.

Gdy gałązki wewnętrzne tętnicy brzozy SYLWIUSZA, t. j. *arteriae lenticulo-striatae et art. lenticulo-opticae*, w których obrębie najczęściej spotykamy wynaczynienia, dające klinicznie obrazy pospolitych porażień połowicznych torebkowatych, należą do gałązek końcowych [t. zw. *Endarterien*], nie zlewających się z innymi tętnicami, przez co wyrównanie zaburzeń w krążeniu krwi jest tu wprost niemożliwe, gałązki zewnętrzne tętnicy brzozy SYLWIUSZA

ośrodków mowy, znaleźć można w IV rozdziale książki dra OŁTUSZEWSKIEGO: „Mowa i jej zбочenia“. Warszawa 1906.

¹⁾ Patrz odpowiedni rysunek u MOŃAKOWA. *Gehirnpathologie* str. 810 i inne.

końcowemi nie są, lecz do pewnego stopnia zlewają się z gałązkami sąsiednie mi. Tą okolicznością objaśniamy fakt wyrównywania zaburzeń krążenia krwi w obrębie tych tętnic. W naszym jednak przypadku rozmięczenie istoty mózgu, głównie kory mózgowej w następstwie zatkania powstało tak szybko i tak wybitnie, że przynajmniej do tej pory [2 $\frac{1}{2}$ miesiąca] o wyrównaniu mowy niema.

Chory nasz, aczkolwiek utracił zdolność rozumienia dźwięków, to jednak rozpoznaje je jako takie, czyli że chory nasz słyszy. Ten brak głuchoty, spotykany stale w podobnych przypadkach, objaśniamy tem, że centralne zakończenia dróg słuchowych na podobieństwo dróg wzrokowych mają swych przedstawicieli w zwojach skroniowych obu półkul. Dopiero zniszczenie pierwszych zrazów skroniowych obu półkul powoduje głuchotę zupełną. Kilka podobnych przypadków z literatury, badanych sekcyjnie, cytuje MONAKOW.

Na uwagę też zasługuje pewna skłonność chorego, zwłaszcza w pierwszych tygodniach choroby, do gadatliwości (*logorrhoea*). Objasnić to zjawisko możemy istniejącem wtedy podnieceniem chorego, a być może i tem, że energia nerwowa, krążąca we wszystkich ośrodkach mowy, wskutek zniszczenia jednego z nich, skierowywała się częściej do ośrodka ruchowego mowy.

Specjalnie rozpatrzyć powinniśmy fakt absolutnego zachowania u naszego chorego zdolności czytania czyli brak aleksyi, aczkolwiek bez rozumienia treści czytanego.

Pospolicie w przypadkach czystej niemoty zmysłowej chory traci zdolność czytania, t. j. aczkolwiek litery napisane lub wydrukowane widzi, to jednak nie umie ich złożyć, nie wywołują u niego te obrazy wzrokowe liter żadnych dźwięków. Zrzadka, z trudnością wielką chory taki sylabizuje. Częściej rozpoznaje cyfry, te bowiem ujmuje on jako widziane przedmioty, jako obrazy wzrokowe.

Ten fakt, że w wyjątkowych przypadkach chorzy, dotknięci niemotą zmysłową, zachowują zdolność czytania, objaśnić możemy albo na drodze anatomicznej, albo też na drodze psycho-fizyologicznej.

Anatomicznie wytłómaczyć możemy zjawisko to w ten sposób, że w przypadkach cierpienia tego pierwszego zwoju skroniowego może być wtórnie uszkodzony niedaleko leżący zwój kątowy (*gyrus angularis*), uważany za ośrodek aleksyi, co też potwierdza fakt spotykanej niekiedy w tych razach hemianopsyi, a zależnej od uszkodzenia szlaku wzrokowego poza tylną częścią torebki wewnętrznej.

Daleko jednak trafniej objaśnić możemy to zjawisko na mocy rozumowań psycho-fizyologicznych, co też czyni w identycznym przypadku MEYER ¹⁾.

Chodzi o to, że jak pod względem myślenia istnieją typy wzrokowców, słuchowców, którzy myślą już to przeważnie obrazami wzrokowymi, już to prze-

¹⁾ Patrz MEYER. Kortikale sensorische Aphasie mit erhaltenem Lesen. Neurologischer Centralblatt 1908, wrzesień.

ważnie obrazami słuchowymi, tak i pod względem czytania istnieją różnice typów: jedni bowiem, czytając, przedewszystkiem wymawiają wargami dany wyraz, inni, czytając, przedewszystkiem go słyszą. U pierwszych więc będzie bardziej utorowaną drogą wzrokowo ruchowo-słuchowa, u drugich wzrokowo-słuchowo-ruchowa. Typ drugi należy do zwykłych.

Nie dziwnego, gdyż dla rozumienia mowy, dla rozumienia czytanego przedewszystkiem niezbędna jest całość ośrodka słuchowego mowy, w nim bowiem leży punkt węzłowy dla pozostałych dróg mowy; dzięki niemu, t. j. słysząc, dziecko uczy się mówić. Typ pierwszy, do którego zaliczyć wypada naszego chorego, należy do rzadszych. Oczywiście istnieją typy mieszane.

Ostatnie pytanie, jakie tu jeszcze chcielibyśmy postawić i jakie może być lekarzowi postawione np. przez prawnika, dotyczy stanu psychicznego chorego. Czy powinniśmy podobnego naszego chorego uważać za psychicznie zupełnie zdrowego, a dotkniętego jedynie zaburzeniem pewnych ośrodków mózgowych, czy też za takiego, u którego psychika i intelligencja wskutek zniszczenia podścieliska anatomicznego pewnych czynności duchowych znacznie ucierpiały. Za pierwszym poglądem, jak wiadomo, wypowiedziałyby się DÉJÉRINE, za drugim MARIE.

Oczywiście zupełna utrata zdolności rozumienia mowy, przestawianie sylab w mówieniu dowolnem, powinno się odbić na subtelności logicznego myślenia, na prawidłowości skojarzeń i sile rozumowania. Niekiedy jednak te zaburzenia mogą być tak minimalne, że jedynie oko bardzo wyszkolonego psychiatry dostrzedz je może. Na nas osobiście chory nasz sprawiał i do tej pory sprawia wrażenie człowieka, który myśli, czuje i postępuje najzupełniej logicznie, orientuje się w rozmaitych życiowych sytuacjach najpoprawniej, a którego jedyną i najważniejszą skargą, wyrażaną mniej udolnie mową, a zupełnie dobrze gestykulacją, stanowi to, iż choć słyszy, nie rozumie jednak, co do niego mówią.

UZUPEŁNIENIE PODCZAS KOREKTY.

Chory zmarł wskutek niedomogi serca d. 7-go lutego r. b. podczas drukowania niniejszego artykułu.

Sekcyja, dokonana przez prof. PRZEWOSKIEGO, wykazała podwójną wadę serca [aorty i zastawki dwudzielnej] i liczne zawały krwotoczne w narządach wewnętrznych. Oględziny mózgu, stwardnionego w 10%-owej formalinie, dokonane wspólnie w drem FLATAUEM, wykazały przewidywane zmiany w lewym płacie skroniowym, głównie w okolicy części środkowej pierwszego zwoju skroniowego. Ponieważ mózg zamierzamy badać szczegółowo mikroskopowo na seryach przecięć, przeto postanowiliśmy przeciąć obie półkule w kierunku czołowym w jednym tylko miejscu, a mianowicie, w okolicy, odpowiadającej przedniej części mostu WAROLA. Cięcie to odpowiada rys. 248 z książki DEJERINE'a „*Anatomie des centres nerveux*“ [linia 71 seryi przecięć czołowych]. Na przecięciu tem badanego przez nas mózgu wyraźnie zaznacza się zanik i spłaszczenie pierwszego lewego zwoju skroniowego. Jest on co naj-

mniej o połowę węższy od tegoż zwoju po stronie prawej. Makroskopowo stwierdzić można brak kory mózgowej od strony zewnętrznej powierzchni mózgu. Biała istota przylega tutaj bezpośrednio do zbiorowiska naczyń, wyraźnie zmienionych.

Wyniki szczegółowego badania mikroskopowego będą ogłoszone później.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



28. Fraenkel Albert [Badenweiler — Heidelberg]. O leczeniu naparstnicą.

Po większej części w podręcznikach chorób serca, gdy mowa o naparstnicy, nie znajdujemy żadnych szczegółów ani o postaci, ani o dawkowaniu tego środka. O jakiejś kazuistyce, opartej na bogatym i jednolitym materiale chorych sercowych, nie słyszeliśmy od czasów WITHERING'a ¹⁾). A dzieło tego znakomitego „odkrywcy” naparstnicy wyszło ni mniej ni więcej jak 140 lat temu [1768]. Stąd też pochodzi, że brak nam dotychczas ustalonych norm tak co do dawkowania, jak i co do wskazań, oraz całej metodyki leczenia naparstnicą. Racyonalne użycie tego środka i teraz jeszcze jest sztuką, którą nie każdy lekarz posiada.

Trzeba przyznać, że monografia WITHERING'a jest w swoim rodzaju arcydziełem, jako owoc pracy człowieka, który łączył w sobie przymioty pierwszorzędnego praktyka z przenikliwością uczonego. Dość powiedzieć, że podane przez niego wskazania co do używania naparstnicy w chorobach serca przetrwały bez zmiany aż do naszych czasów. „Kiedy tętno jest słabe, powiada W., przepuszczające i wcale nie napięte, kiedy chory jest blady, ma sine usta i sinicę pod oczami, skórę zimną a brzuch napełniony wodą, albo członki obrzmiałe, na których ucisk palcem wywołuje dołek, można liczyć, że naparstnica sprowadzi działanie moczące.” Czyż to nie jest znany nam dobrze [a p r z e c z u w a n y tylko przez WITHERING'a] obraz ciężkiego podostrego lub przewlekłego osłabienia serca--tej najstarszej i najwdzięczniejszej dziedziny leczenia naparstnicą?

Kazuistyka W. opiera się na 160-u jego własnych i licznych spostrzeżeniach innych lekarzy. W. stosował naparstnicę w dużych dawkach aż do pierwszych objawów zatrucia [wymioty]. Chory przyjmował 5 grm. w naparze lub 2 grm. w proszku. Liście naparstnicy były zbierane podczas kwitnienia rośliny.

Z czasem zaczęto stosować naparstnicę w stanach gorączkowych i chorobach zakaźnych, zwłaszcza w zapaleniu płuc, nad czem specjalnie pracował TRAUBE. Kazuistyka jego co do obfitości materiału zbliżona do kazuistyki WITHERING'a, nie jest przekonywającą co do swoistości naparstnicy w zapaleniu płuc, ani też nie posunęła naprzód metodyki stosowania naparstnicy. Późniejsze prace i podręczniki były jeszcze gorsze. „Autorzy, powiada SCHMIEDEBERG ²⁾), opisywali tylko swoje własne w r a ż e n i a, utożsamiając osobiste p r z e k o n a n i a z doświadczeniem.“

¹⁾ WITHERING. Abhandlung vom rothen Fingerbut. Z angielskiego: On account of the foxglove. Leipzig. 1786.

²⁾ SCHMIEDEBERG. Grundriss der Pharmakologie. 1906.

Leczenie naparstnicą zyskało wiele na gruntowności przez spostrzeżenia nad działaniem czystych przetworów, otrzymywanych z naparstnicy: nad digitoksyną, digitaliną, a następnie strofantyną. Wśród ogółu lekarskiego utarło się przekonanie, że istnieją bardzo znaczne różnice w leczniczym działaniu między tymi przetworami a naparstnicą w stanie pierwotnym [napar z liści i proszek], ale sądząc z badań doświadczalnych, nie są to różnice istotne, tak że nie popełniamy błędu, jeżeli do grupy naparstnicy zaliczamy i strofantynę.

Wskazania do użycia naparstnicy nie są bynajmniej tak ustalone, jakby się zdawało. Bezsporną pozostała znana nam już dziedzina, opisana tak jasno przez WITHERING'a. Sinica, duszność, źle napełnione tętnice, przepełnione żyły szyjne, częste lub niemiARowe tętno, obrzęki, zmniejszona diureza zniewalają lekarza do stosowania naparstnicy. Mniejsza o przyczyny [płuca, naczynia, nerki, zastój w naczyniach brzusznych], byle tylko poza tymi stanami zastoju istniała rzeczywista niedomoga serca [SAHLI]. Nawet wtórne osłabienia serca może poprawiać naparstnica, ale główne swoje tryumfy święci zawsze w osłabieniu pierwotnym, w zaburzeniach wyrównania [kompensaty] w wadach zastawkowych lub w *myocarditis*. Tu, jak się wyraża SAHLI, naparstnica pasuje, jak klucz do zamka bez wszelkiej dyskusji. Praktyka jednak nasuwa zaraz pytanie, czy lekkie początkowe objawy osłabienia serca, kiedy jeszcze niema mowy o wielkich zastojach, nadają się do leczenia naparstnicą? Tu już zdania się rozcho-
dzą, a panującym jest przekonanie, że w tych wypadkach naparstnicy stosować nie należy. Taki TRAUBE np. ostrzegął, że wada serca, przez nieo-
ględne podanie naparstnicy może wstąpić od razu w okres zaburzeń w wyrównaniu. Trudno jakoś zrozumieć, dlaczegooby środek, posiadający niemal czarodziejską siłę usuwania ciężkich zaburzeń w krążeniu, miałby tracić swą moc, gdy chodzi o zwalczanie objawów początkowych, o zapobieganie dalszym ich następstwom. Czyż nie okazało się również błędem inne twierdzenie TRAUBE'go, że naparstnica nie może być stosowaną przy wzmożonym ciśnieniu tętniczym? Wszak najpiękniejsze wyniki otrzymano właśnie w niedomodze serca przy marskości nerek przez dożylne zastrzykiwanie strofantyny. Tym zastrzykiwaniom FRAENKEL przypisuje szczególniejszą wagę. Z grupy naparstnicy strofantyna jest jedynym przetworem, który się do nich nadaje. Zyskujemy w niej nie tylko dzielny środek leczniczy, ale i doświadczalny, który nam daje możliwość leczniczego działania naparstnicy w całej czystości i w całej pełni. Doświadczenia, robione ze strofantyną wyjaśniły, że dodatnie działanie naparstnicy, ew. jej grupy nie jest związane z podniesieniem ciśnienia. To ostatnie jest objawem przemijającym, od którego nie zależy ostateczny wynik działania. To działanie może się ujawnić bez zmiany ciśnienia, owszem, nawet przy jego obniżeniu, jak to wykazał SAHLI. Liczne doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że naparstnica działa jednocześnie na serce i naczynia, że podniesienie ciśnienia zależy nie tylko od wzmożonej akcyi serca, ale i od zwężenia naczyń [TIGERSTEDT]. Zwolnienie tętna nie jest jedynie następstwem wzmożonego ciśnienia, ale skutkiem bezpośredniego wpływu naparstnicy na *tonus* n. błędnego [KOCHMANN, GOTTLIEB]. Z drugiej strony okazało się faktem niezbitym, stwierdzonym doświadczalnie, że w przypadkach dodatniego działania naparstnicy daje się zauważyć znaczne [20—50, a nawet 100%] zwiększenie amplitudy tętna. Po zastrzyknięciu do żył strofantyny objaw ten zjawia się po kilku minutach i może służyć wskazywaniem działania tego środka: gdzie go niema, nie może być mowy o jakimś efekcie leczniczym. To samo widzimy

i po użyciu naparstnicy wewnętrznie, z tą jednak różnicą, że na ten skutek musimy czekać 12—20 godzin.

Drugim wskaźnikiem dobrego działania naparstnicy jest diureza, która po leczeniu dożylnem zjawia się już po 2—3-ch godzinach, po wewnętrznym—w 20 godzin.

Z wolnienie tętna nie jest już wskaźnikiem tak pewnym, jak dwa poprzednie, gdyż zależy ono od wielkości dawki i od różnic indywidualnych. Spotykaną niekiedy dwubitowość tętna LEYDEN uważa za objaw otrucia, FAUCONNET, jako objaw w każdym razie niepomyślny, a mogący się zjawiać nawet po małych dawkach naparstnicy.

Do trzech wyżej wymienionych wskaźników pożądanego działania naparstnicy WITHERING dodawał jeszcze zaburzenia ze strony żołądka i kiszek. Wskaźnik ten uważamy teraz jako objaw zatrucia.

W jaki sposób możemy osiągnąć pełne działanie naparstnicy, nie wywołując niepożądanych objawów ubocznych? Przedewszystkiem chodzi o dobroć samego preparatu. Wszyscy autorowie, zajmujący się leczeniem naparstnicą, począwszy od WITHERING'a, zwrócili na to uwagę. Pochodzi to stąd, że dobroć, a właściwie siła lecznicza liści, ewent. proszku naparstnicy bardzo jest różna. Na kongresie medycyny wewnętrznej w r. 1901 więcej zajmowano się tą kwestyą, niż wskazaniem do użycia naparstnicy. GOTTLIEB żąda wprost, aby w aptekach oznaczano siłę danego przetworu naparstnicy tak, jak się oznacza siłę surowicy. Badania na sercach żabich wykazały, że jeden przetwór naparstnicy może się różnić od drugiego na 100—200%. Stąd zrozumiałem jest żądanie niektórych autorów, aby stosować tylko „czyste ciała”, otrzymanywane z liści naparstnicy [HUCHARD]. W każdym razie okazała się potrzeba metod do oznaczania siły danego przetworu naparstnicy. Najlepszą jest metoda fizyologiczna, polegająca na oznaczeniu działania naparstnicy na serce żabie. W instytucie farmakologicznym w Heidelbergu za taką jednostkę żabią (*Froscheinheit*) przyjęto uważać taką ilość danego przetworu naparstnicy, jaka w przeciągu 30-u minut wywołuje zatrzymanie w skurczu (*systolische Herzstillstand*) serce żaby (*rana temporaria*), ważącej od 30-u do 40-u grm. Jeżeli np. bierzemy 0,2 ctm. sz. 10%-go naparu albo 0,02 grm. proszku, to 0,02=1 jednostce żabiej t. j. 1 grm. proszku odpowiada 50-u jednostkom żabim. Takiej mniej więcej siły powinien być dobry przetwór naparstnicy. Naparstnica strassburska (*Vogesendigitalis*), słynna ze swojej mocy, odpowiada 100—120-u-jednostkom żabim.

O ile przyzwyczajenie się do naparstnicy uważać należy za zupełnie niedowiedzione, o tyle jej kumulacyjne działanie nie ulega żadnej wątpliwości. Zauważono je od samego początku stosowania naparstnicy, znaleziono je dla wszystkich jej części składowych. Najgorszą pod tym względem jest digitoksyna, najlepszą—strofantyna. CLOETTA utrzymuje, że wynaleziony przezeń digalen własności kumulacyjnych nie posiada; przeczą temu najlepsi chemicy, dla których digalen nie jest czystą rozpuszczalną digitoksyną, jak chce CLOETTA, tylko zanieczyszczoną digitaleiną.

Zjawisko kumulacji spostrzegali szczegółowo SCHAEFFER w klinice strassburskiej i doszedł do wniosku, że 1,1 grm. naparstnicy w ciągu 5-u dni, wywołując pełne działanie, nie spowodował zatrucia. Zresztą objawy te nie są groźne i łatwo przemijają. Daleko więcej należy się z nimi liczyć przy zastrzykiwaniach do żył. Ale ten sposób nie wymaga dużych dawek. Potczające pod tym względem są spostrzeżenia FRAENKEL'a i SCHWARTZ'a. Jednorazowe zastrzyknięcie 1-go nlg. strofantyny usu-

nęło niedomogę serca w *myocarditis* [diureza w dniu zastrzyknięcia podniosła się z 1600 do 6050, a w dniach następnych wynosiła: 3650, 4200, 3000]. To samo stwierdzili: SCHOENHEIM, SCHALY, a w jednym przypadku LUFT otrzymał taki sam skutek po zastrzyknięciu $\frac{1}{2}$ mlg. strofantyny. Tęby dowodziło, że w wielu przypadkach wcale nie trzeba serca nasycać naporstnicą, nie trzeba zbyt dużych dawek, ani długiego ich używania.

Oprócz krótkich energicznych kuracji, stosują niekiedy małe dawki naporstnicy przez czas dłuższy. KUSSMAUL opisuje przypadek, w którym chory przez rok cały brał 0,1 proszku naporstnicy *pro die*. W przypadku tym trzeba jednak było od czasu do czasu dawkę powiększać, aby popędzić mocz, którego ilość się zmniejszała. Zdaje się, że od takiego „chronicznego” leczenia naporstnicą lepszą jest metoda „peryodyczna” [PENTZOLD], t. j. powtarzanie energicznej kuracji co pewien czas.

Na podstawie dotychczasowego stanu nauki FRAENKEL podaje niektóre wskazówki praktyczne co do stosowania naporstnicy.

1) Możemy naporstnicę podawać *per os*, gdzie niebezpieczeństwo nie jest groźne, cierpienia znośne i stan narządów trawienia nie jest szczególnie upośledzony. Nie chodzi tu o szczególnie duże dawki, tylko o to, żeby skutki były wyraźne [zwolnienie tętna, zwiększenie amplitudy tętna zwiększenie diurezy].

2) Absolutnym wskazaniem do zastrzykiwań dożylnych jest ostra niedomoga serca lub ciężkie objawy niedomogi przewlekłej. Widzieliśmy, iż pomaga nieraz jedno zastrzyknięcie, ale zastrzyknięcia można powtarzać [nie częściej, jak po upływie 24-ch godzin]. HEDINGER miał chorego z niedomogą serca przy marskości nerek, który nie mógł znieść naporstnicy wewnątrznie, a doznał znacznej ulgi przez częstsze zastrzykiwania strofantyny [20 razy w ciągu 3-ch miesięcy]. Podobne spostrzeżenia przytacza HOEPFNER.

3) W trudnych pod względem rozpoznawczym przypadkach wstrzykiwania dożylna mogą ustalić rozpoznanie i wskazać drogę leczenia. Gdy nie pomagają, należy szukać przyczyny zastojów gdzieindziej, nie w sercu. Do celów rozpoznawczych nadają się wyłącznie zastrzykiwania dożylna, gdyż pozwalają na użycie dość silnych dawek i wykluczają wszelką przypadkowość. Zastrzykiwania podskórne lub śródmięśniowe są bardzo bolesne i niepewne.

W krótkości omawia FRAENKEL będące w użyciu przetwory naporstnicy. Z „czystych ciał” nadaje się najwięcej do zastrzykiwań dożylnych czysta rozpuszczalna w wodzie strofantyna (*Strophantin Böhrringer*); którą w handlu można dostać w wyjałowionym roztworze w rurkach szklanych [1 ctm. sz. = 1 mlg. strofantyny]. Dawka ta [=15 jednostek żabich] jest to dawka pełna, która nie może być powtórzona prędzej niż po upływie jednej doby. Opisano kilka przypadków śmierci, zależnych albo od zbyt częstych zastrzykiwań [3 w ciągu 36-u godzin], albo od zastrzyknięcia niewyjałowionego przetworu, albo też od zbyt ciężkiego stanu chorego: umierającym nie należy stosować niebojętnych środków.

Strofantyny do użytku wewnętrznego nie próbowano. Z innych czystych przetworów zasługuje na użycie: digitoksyna [MERCK’a] w kołaczykach [tablettach] po $\frac{1}{4}$ mlg. MASSIUS stosuje ją po 1,5 mlg. w ciągu 2-ch—3-ch dni. Ten sam przetwór pod nazwiskiem *Digitalin nativelle* od wielu lat stosuje HUCHARD. Według niego 1 mlg., podany jednorazowo w ciągu 36—48 u godz., wywołuje obfite moczenie. Jako *sedativum* HUCHARD podaje $\frac{1}{4}$ mlg. przez 3—4 dni, jako *cardiotonicum* $\frac{1}{10}$ mlg. w ciągu 1—2 tygodni z przerwami po $\frac{1}{2}$ —1 miesiąca.

Tyle zachwalany w ostatnich czasach przez CLOETTA'ę *Digalen* nie jest bynajmniej pozbawiony działania kumulacyjnego i po dłuższem użyciu także wywołuje *digitalismus*, jak to wykazały badania ROMBERG'a, EICHHORST'a i FRAENKEL'a. We Francji nowy ten przetw6r nie zyskał uznania, owszem poddano go surowej krytyce na dwu posiedzeniach Towarzystwa terapeutycznego pod przewodnictwem HUCHARD'a. Istniejące w handlu nalewki z naparstnicy, w niczem nie gorsze od digalenu, mają tę wadę, że są z a n a d t o s ł a b e. Najmocniejsza z nich [marki S & Z], według obliczeń FRAENKEL'a, ma siłę w 1-ym grm. [35 kropeł]=5-u jednostkom żabim, czyli dla pełnego działania należałoby jej podawać 105 kropeł dziennie! Lepszą już jest nalewka strofantu [marki S & Z], która w 5-u kroplach zawiera siłę, równą 14 u jednostkom żabim.

FRAENKEL jest zdecydowanym przeciwnikiem uświęconego przez tradycję naparu z naparstnicy (*Inf. folior. Digital.*) i przekłada nadeń proszek. Do naparu przechodzi tylko $\frac{2}{3}$ działających składników. SCHAEFFER dowi6dł, że napar z 0,4 : 100 grm. wody działa dopiero po 4-ch dniach [proszek w ilości 0,3 grm. działa już po 2-u dniach]. Prócz tego napar łatwo się psuje [po 24-ch godz. siła jego zmniejsza się do połowy] i wogóle traci na sile pod działaniem soku żołądkowego. Jeżeli dodać do tego wstrętny smak naparu, odstraszający chorych, dojdziemy do wniosku, że lepiej jest go wcale nie stosować.

Najlepiej jest stosować naparstnicę w proszku trzy do czterech razy dziennie po 0,1 grm. przez 3 dni, przechodząc do 0,1 grm. dwa razy dziennie, zależnie od wyników leczenia. Dawkę 0,1 grm. [odpowiadającą 5-u jednostkom żabim] można dawać przez czas dłuższy bezkarnie. Czy takie dłuższe podawanie małych dawek ma jakieś dobroczynne działanie, jest to dotychczas kwestyą sporną.

Stworzenie metody stosowania „czystych ciał”, otrzymanych z naparstnicy i różniczkowanie działania tychże na różne postaci zaburzeń w krążeniu jest rzeczą przyszłości, być może, nie tak nawet dalekiej.

(*Ergebnisse der inn. Medic. und Kinderheilk. 1908, str. 68—106*).

A. Puławski.

29. Darlington Thomas. Przyczyny śmiertelności z chor6b serca w Stanach Zjednoczonych ¹⁾.

Autor—urzędnik nowojorskiego urzędu zdrowia (*Commissioner of Health of New York City*) zwr6cił uwagę na wzmagającą się śmiertelność z chor6b serca i nerek na całej przestrzeni Stan6w Zjednoczonych p6łn. Ameryki. Chcąc się upewnić co do słuszności swego spostrzeżenia, ułożył odpowiedni kwestyonaryusz i rozesłał go do urzęd6w Zdrowia we wszystkich Stanach. Na podstawie otrzymanych w ten sposób danych dochodzi do następujących bardzo interesujących wniosk6w:

- 1) Odsetka śmiertelności z chor6b serca stale wzrasta.
- 2) Wzrost ten daje się zauważyć na całej przestrzeni Stan6w Zje-

¹⁾ Praca powyższa zasługuje na uwagę z d w u wzgl6d6w: 1) wykazuje jakimi to zaradnictwami zajmują się urzędy zdrowia w krajach o wysokiej kulturze; 2) byłoby ciekawem sprawdzić, czy spostrzeżenie, uczynione co do Stan6w Zjednoczonych (zwiększenie częstości chor6b serca cw. naczyń krwionośnych i nerek), okazałoby się słusznem i w innych krajach, a między innymi i u nas.

(Przyp. sprawozdawcy).

dnoczonych i zdaje się niezależać od warunków klimatycznych ani od gęstości zaludnienia.

3) Podobny wzrost śmiertelności przedstawia inna choroba, mająca związek z cierpieniami serca, mianowicie zapalenie nerek.

4) Ogólna odsetka śmiertelności stale się zmniejsza.

5) Żadna inna choroba nie gra roli w tem zwiększeniu się śmiertelności z chorób serca.

6) Inne, powszechnie przyjęte przyczyny chorób serca nie mogą być wzięte pod uwagę bez uprzedniego przeprowadzenia szczególnych badań.

7) Jako ważny czynnik, wywołujący zwiększenie chorób serca, należy uważać wysokie napięcie nerwowe (*strung nervous tensien*), jakiego wymaga współczesne życie społeczne.

8) Lekarze mają przed sobą wdzięczne zadanie nauczania, jak żyć należy, powinni wyrabiać w społeczeństwie zdrowsze poglądy na życie, powinni powstawać, jak jeden mąż, przeciwko zdobywaniu materyalnych korzyści, kosztem zwichnięcia równowagi moralnej i podkopania zdrowia fizycznego.

(*Monthly Cyclopaedia and Medical Bulletin. Philadelphia. 1908. Grudzień. Nr. 8.* A. Puławski.)

30. A. Heffler. Czy strofantyny handlowe są preparatem różnej wartości farmakologicznej?

Publikacye A. FRAENKEL'a zwróciły uwagę na skuteczność wewnątrzżylnych wstrzykiwań strofantyny, które istotnie w razie niedomogi serca mogą zmieniać stosunek krwiotęgu z wyrazistością i szybkością farmakologicznego doświadczenia. Naturalnie, mając do czynienia ze środkiem tak silnym, dawkującym się w ułamkach miligrama, lekarz ma obowiązek wymagać, aby strofantyna była bez zarzutu pod względem farmakologicznym, specjalnie zaś, aby jej indywidualność chemiczna nie nastęrczała wątpliwości. Temu ostatniemu warukowi czyni zadosyć jeden tylko z gatunków handlowych, mianowicie wyrabiana przez zakłady MERCK'a t. zw. g-strofantyn a THOMs'a, ciało krystaliczne; można tylko dziwić się, że tak mało słychać o praktycznych zastosowaniach tego właśnie preparatu i że nie stosowano go zwłaszcza we wstrzykiwaniach wewnątrzżylnych. Trzy inne gatunki handlowe strofantyny, a mianowicie strofantyna BOEHRINGER'a, strofantyna SCHUCHARDT'a i „*Strophantinum purissimum*“ MERCK'a, są ciałami bezkształtnymi, o których niejednolitości chemicznej świadczy to choćby, że przy gotowaniu z kwasem siarczanym *ceteris paribus* każda z nich daje zupełnie inną ilość nierozpuszczalnej strofantyny—od 25% [strof. BOEHRINGER'a] do 42,7% [strof. MERCK'a]; dawka zabójcza dla królika we wstrzykiwaniu wewnątrzżylnym jest dla strofantyny MERCK'a prawie 1½ raza niższa, niż dla strofantyn BOEHRINGER'a i SCHUCHARDT'a. Jako fakt szczególnie ciekawy należy przytoczyć, że przez traktowanie alkoholem można z strofantyny BOEHRINGER'a wyodrębnić ciało krystaliczne, dla królika prawie dwa razy bardziej zabójcze od niej, identyczne pod każdym względem z g-strofantyną THOMs'a.

Jak widzimy z powyższego, jednakowe dawkowanie różnych gatunków handlowych strofantyny mogłoby prowadzić do bardzo przykrych niespodzianek. Niespodzianki takie są jednak możliwe i przy stosowaniu któregośkolwiek z bezkształtnych gatunków strofantyny, ponieważ przetwory te nie są właściwie indywidualami chemicznymi, lecz mieszaninami, i wskutek tego dają zbyt małą gwarancję jednostajności farmakologicznej. Mamy tu na myśli przede wszystkim strofantynę BOEHRINGER'a, wy-

łącznie używaną dotąd do wstrzykiwań wewnątrzylużnych; zużyłujące się obecnie w handlu próbki tego preparatu są mniej toksyczne np. od strofantyny MERCK'a, nie można jednak ręczyć za to, że tak jest z a w s z e. Prawdopodobniejszą jest ewentualność przeciwna wobec niedość ściślego często odróżniania nasion różnych gatunków strofantu, zawierających strofantyny o własnościach bynajmniej nie identycznych.

(*Therap. Monatsh.* 1909, N. 1).

J. Rzepko.

31. R. Gottlieb. Farmakologia i terapia doświadczalna.

Jeżeli t. zw. terapia doświadczalna, badając sposoby leczniczego oddziaływania na doświadczalnie wywoływane obrazy chorobne, przeciwstawia się dziś niejako „starej” farmakologii, która rzekomo zasklepiła się przeważnie w obrębie doświadczeń na zdrowych zwierzętach,—nie jest to bynajmniej rzeczą słuszną. I dawniej patologia i farmakologia nieraz podawały sobie ręce w pracach tego rodzaju, a pierwsze tryumfy terapii doświadczalnej należały do dziedziny terapii antydotarnej. Najlepszy przykład znajdujemy, przeglądając dzieje leczenia alkaliami śpiączki cukrzycowej, względnie zapobiegawczego stosowania alkaliów przy grożącym zatruciu kwasowem. Gdy klinicyści [STADELMANN, MINKOWSKI i inni] wykazali, że w ustroju dyabetyków powstają w nadmiernej ilości pewne kwasy, przypomniano sobie, że objawy śpiączki cukrzycowej są identyczne z objawami zatrucia kwasowego, poznanego już poprzednio przez farmakologów [WALTER w pracowni SCHMIEDEBERG'a]. Zwierzęta zatrute w ten sposób mogą być wyratowane nawet *in extremis* przez wewnątrzylne wstrzykiwania sody; stąd niewielki już krok prowadził do odkrycia zbawczego nieraz działania alkaliów w prawdziwej śpiączce cukrzycowej u człowieka, zwłaszcza, gdy się je stosuje możliwie wcześniej, przy pierwszych objawach nadprodukcji kwasów. Badanie wpływu alkaliów na ustrój z dr ow e go zwierzęcia nie dałoby tu, jak widzimy, żadnych owoców.

Z licznych przykładów ugruntowanej doświadczalnie terapii odtrutkowej przytoczymy jeszcze leczenie otrucia kwasem pruskim. LANG [w pracowni HOFFMEISTER'a] znalazł, że nitryle¹⁾—ciała nadzwyczaj trujące—np. acetonitryl, z ustroju przechodzą, przyłączając siarkę, w nieszkodliwe związki wodanowe; ponieważ i kwas pruski jest nitrylem [kwas mrówczanego], LANG zbadał losy niezabójczych dawek tej trucizny, i stwierdził, że unieszkodliwienie osiąga się tu tą samą drogą. Siarkę ustrój może przytem brać oczywiście tylko z rozkładu ciał białkowych; wobec tego nastęrczała się kwestya, czy można leczyć zatrucie kwasem pruskim, wprowadzając do ustroju większe ilości związków łatwych do wessania i łatwo oddających siarkę. Odpowiedź wypadła twierdząco, ponieważ rzeczywicie zapomocą tiosiarczanu sodowego można unieszkodliwić nawet wielokrotnie zabójcze dawki kwasu pruskiego. Trzeba podkreślić raz jeszcze, że posuwamy się tu tylko po drodze wskazanej przez sam ustrój, zupełnie jak w zatruciu kwasowem, które jest skutkiem wyczerpania ustrojowych alkaliów; zbyt czynnem byłoby wskazywać na analogię z antytoksynowem leczeniem zatruc toksynowych.

Metoda doświadczalnie-terapeutyczna doprowadziła również do odkrycia antagonistycznej terapii zatruc, w której odtrutka działa nie na truciznę, lecz na zakłócone przez nią czynności życiowe. Jako przykład przy-

¹⁾ Związki powstające z kwasów organicznych przez zmianę grupy COOH na CN.

taczamy zbadany przez Binz'a antagonizm atropiny względem morfiny, mający tak wielkie znaczenie praktyczne w leczeniu zatrucia morfinowego; zaznacza się tu przede wszystkim podniecające działanie atropiny na ośrodek oddechowy. Jeszcze charakterystyczniejszy prawie jest antagonizm atropiny względem muskaryny i innych trucizn, działających w podobny sposób na zakończenia nerwów autonomicznych, bo dawki atropiny, doprowadzające do normy serce zatrute przez muskarynę, uspokajające najwzwałtowniejszy skurcz kiszki po fizostygmie albo ślinotok po pilokarpinie, są tak drobne, że poza antagonistycznym wpływem na te zaburzenia toksyczne nie mogłyby zresztą wywierać żadnego wybitniejszego działania w zdrowym ustroju.

Fakty terapii antagonistycznej wytlómaczyły już wiele ważnych zagadnień praktycznej medycyny. Kamfora w małych dawkach prawie nie działa na zdrowe serce, a w dużych działa raczej szkodliwie niż korzystnie; doświadczo jednak, że na serce porażone np przez chloral, przestające bić, ta sama kamfora wpływa wręcz przeciwnie, wlewając weń nowe siły, zgodnie z codzienną obserwacją lekarską. Kamfora jest więc środkiem sercowym, działającym tylko antagonistycznie, gdy osłabnie działanie normalnych podmiot, zniewalających do pracy mięsień sercowy. W podobny sposób przy sztucznie wywołanej gorączce badano działanie środków przeciwgorączkowych, nie wpływających na prawidłową ciepłotę ciała zwierzęcego; zapomocą odpowiednich trucizn wywoływano spadek ciśnienia krwi, aby następnie ocenić działanie środków wpływających na obieg krwi; wywoływano biegunki w celu wypróbowania środków wstrzymujących i t. d. Można więc powiedzieć bez przesady, że terapia symptomatyczna znalazła doświadczalne uzasadnienie w pracowniach farmakologicznych. Trzeba natomiast przyznać, że niezależnie od farmakologii rozwinęła się doświadczalna terapia etyologiczna, najwspanialej w zakresie chorób zakaźnych, wyłaniając się tutaj z mikrobiologii i badań nad odpornością; obok seroterapii ostatnim jej wyrazem są próby chemoterapii, skierowanej planowo przeciw odpowiednim drobnoustrojom chorobotwórczym, choć i tu trzeba przypomnieć, że teorię działania jednego z najważniejszych środków swoistych—chininy w malarii—podał już farmakolog Binz. Odkąd ta nad wszelki wyraz ponętna gałąź wiedzy biologicznej wstąpiła w okres jakościowo i ilościowo ściślejszych badań—przede wszystkim dzięki wiekopomnym pracom Ehrlicha, niezawodnie będzie się zacieśniać coraz bardziej granica pomiędzy doświadczalną terapią zakażeń a doświadczalną farmakologią, która przecież ma badać zmiany, jakim ulegają zjawiska życiowe pod wpływem wszelkich substancji chemicznie działających, a więc i tych, z którymi ma do czynienia seroterapia. W interesie rozwoju obu tych nauk można tylko pragnąć, aby to połączenie nastąpiło jak najprędzej.

(*Therap. Monatsh.* 1909, N. 1).

J. Rzepko.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

3. Pantopon.

Jako środek nasenny i uspokajający, makowiec zdaje się w wielu razach przewyższać morfinę, wywołując zarazem mniej nieprzyjemne objawy uboczne. Niestety, przy wewnętrznym stosowaniu niepożądanym ubocznym objawem ze strony makowca jest wstrzymujące jego działanie na ruchy kiszki, zależne od trudnego wessania jego alkaloidów, połączonych z kwasem mekono-

wym w trudno rozpuszczalne role, zanieczyszczone nadto przez domieszki wo- skowe i żywiczne. Do podskórnej zaś iniekcji nie nadaje się ani dość źle rozpuszczalne *Extr. Opii aquosum*, ani tem bardziej *Tinct. Opii*, preparaty w bardzo niewielkim zresztą stopniu wolne od obojętnych domieszek i nie zawierające bynajmniej wszystkich alkaloidów makowca. Przypominamy, że liczba poznanych alkaloidów makowca dosięga do 20-u; do najobficiej reprezentowanych należy morfina [około 10%] i narkotyka [około 6%].

Potrzebie posiadania przetworu, zawierającego wszystkie alkaloidy makowca w łatwo rozpuszczalnej postaci, o ile możności bez obojętnych domieszek, uczynił zadosyć—z inicjatywy prof. SAHLI'ego — nieżyjący już chemik dr SCHAEGERES, podając swój pantopon, stanowiący obecnie własność znanej bazylejskiej firmy HOFFMANN LA-ROCHE et Cie. Pantopon składa się wyłącznie—pomijając nieważką prawie domieszkę barwiących składników makowca—z chlorowodanów wszystkich alkaloidów makowcowych; zgodnie z teorią prawie 90% przypada na same alkaloidy, reszta na wodę krystalizacyjną i kwas solny. Zawartość alkaloidów jest tu więc pięć razy większa niż w makowcu, a na samą morfinę przypada połowa wagi pantoponu. Pantopon jest ciałem na wygląd bezkształtnem, brunatnego koloru; rozpuszcza się w wodzie zupełnie łatwo, dając brunatny klarowny roztwór, który znosi zupełnie dobrze sterylizację w temperaturze wrzątku; trwałą jałowość najłatwiej zapewnić przez dodatek 5—10% alkoholu lub 25% gliceryny.

Wobec podanego powyżej składu procentowego, dawka pantoponu musi być około dwu razy większą od dawki morfiny. Podskórnie zastrzykuje się całą strzykawkę jednocentymetrową 2%-ego roztworu, ewentualnie 1½—2 strzykawek, np. w *delirium tremens*; *interne* trzeba dawać również po 0,01—0,02; w pigułkach, proszkach, w miksturach 0,05—0,06 na 200,0. Wstrzyknięcia są zupełnie bezbolesne; dawki wewnętrzne nie wywołują zatwardzenia; działanie ogólne odpowiada najzupełniej oczekiwaniom, jakie doprowadziły do wynalezienia pantoponu.

(*Therap. Monatsh.* 1909, Nr. 1).

J. Rzepko.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 19-go grudnia 1908 r.

- T R E Ś Ć: 1) STERLING. a) Przedstawienie przypadku niedowładu połowicznego z wybitnymi zaburzeniami czucia;
b) przedstawienie przypadku ostrego stwardnienia wieloogniskowego.
2) HIGIER. a) Przypadek „*diplegia cerebialis chronica infantilis*“.
b) Przypadek wrzekomego nowotworu mózgowia z nawrotami.
3) BIRO. Przypadek nowotworu mózdzku.

1) STERLING przedstawił przypadek niedowładu połowicznego z wybitnymi zaburzeniami czucia.

Chory lat 40, przed 6-u tygodniami został dotknięty prawostronnym niedowładem spastycznym z nieznacznym udziałem twarzy. Badanie czucia wykazało: zachowanie nieco osłabionego czucia dotyku na całej porażonej połowie ciała, zniesienie prawie na całej dotkniętej niedowładem połowie ciała pobudliwości na ból, na ciepło i na zimno; oprócz tego stwierdzono po stronie prawej osłabienie czucia ucisku i czucia vibracyjnego, lekkie zaburzenie zmysłu mięśniowego i zachowanie zmysłu stereognostycznego. Brak objawu BABIŃSKIEGO po stronie porażenia. Mówca przyjmuje ognisko w torbecce wewnętrznej na tle naczyń i podkreśla obecność rozszczepienia czucia.

W dyskusji BYCHOWSKI sądził, że brak objawu BABIŃSKIEGO i brak hemianopsyi przemawiają raczej za umiejscowieniem cierpienia w korze mózgowej.

b) ST. przedstawił przypadek ostrego stwardnienia wielogniskowego.

Chory lat 34, nagle przed 3-ma miesiącami zaczął gorzej mówić, z trudnością mógł wykonywać subtelne ruchy palcami. Obecnie stwierdzić można mowę powolną, skandowaną, lekkie drżenie w palcach stóp przy ruchach dowolnych, od czasu do czasu śmiech przymuszony. Brak innych zaburzeń.

2) HIGIER przedstawił: a) przypadek: „*diplegia cerebrealis chronica infantilis*“.

Przypadek dotyczy 9-letniego chłopca, pochodzącego z ojca alkoholika, cierpiącego na padaczkę. Z 3-ch siostr chłopca 10 letnia dotknięta jest początkami tej samej choroby. Chłopiec rozwijał się powolnie, dość normalnie. Od 3 ch lat stopniowo zaczęły mu się psuć: chód, zgrabność rąk, mowa i inteligencja. Obecnie wymawia zaledwie kilka wyrazów, zapomniał czytać, robi czasami pod siebie. Ruchy rąk ma niepewne. Chód spastyczny, powolny, ze znaczną domieszką bezładu. Słyszy i widzi dobrze. Odruchy rzepkowe żywe. Brak objawu BABIŃSKIEGO. Zrenice wybitnie rozszerzone, nie oddziałują ani na światło, ani na przystosowanie. Pierwotny zanik nerwów wzrokowych. Wahań w przebiegu nie było. W wywiadach syfilisu nie stwierdzono.

Mówca wyklucza wszelkie zewnątrzustrojowe cierpienia w rodzaju syfilisu, gruźlicy lub nowotworu mózgu, dalej wyklucza dziecięcą postać bezwładu postępującego [brak wahań, brak zaburzeń mowy], jak również bezład dziedziczny mózdkowy MARIEGO i przyjmuje opisaną przed laty przez mówcę *diplegiam cerebralem progressivam familiarem*, jako idyopatyczne wewnątrzustrojowe cierpienie torów piramidalnych w następstwie być może uszkodzeń płajmy rozrodecznej na tle alkoholizmu rodziców.

W dyskusji GOLDFLAM, BORNSTEIN i FLATAU podnosili możliwość w danym przypadku syfilisu dziedzicznego.

a) H. przedstawił przypadek wrzekomego nowotworu mózgowia z potrójnymi nawrotami.

27-letnia zamężna chora bez wszelkich przyczyn w kilka tygodni po pierwszym prawidłowym porodzie i położu zachorowała przed 10-u miesiącami na stopniowo potęgujące się bóle głowy, zawroty, wymioty, drgawki padaczkowe, osłabienie siły wzroku, nieznaczny bezład. W 6 miesięcy od początku choroby stwierdzono u niej obustronny wybitny zanik nerwów ocznych.

Przekłucie łądźwiowe dało przy niezbyt wzmószonym ciśnieniu $1\frac{1}{2}$ próbówki płynu przezroczystego o ciężarze gatunkowym 1016, zawierającego mało leukocytów i $\frac{1}{4}\%$ białka. Zastosowano wcieranie rtęciowe i chora zaczęła doznawać poprawy. Dziś wszystkie objawy mózgowe z wyjątkiem nieznacznego osłabienia wzroku minęły.

Ciekawem jest to, że podobną chorobę chora przechodziła już dwukrotnie przed 12-u laty, przed 4-ma laty, za każdym razem chorowała po kilka miesięcy i doznawała osłabienia wzroku. Podobne przypadki wszystkie z autopsją opisuje NONNE jako *pseudotumor cerebri*. Nie jest też w tych przypadkach wykluczone wodogłowie wewnętrzne nabyte.

3) BIRO przedstawił przypadek nowotworu mózdzku.

Chory 7-letni chłopiec, od 7-u miesięcy skarży się na bole głowy, zawroty, miewa też wymioty. Przechodził odrę. Przedmiotowo stwierdzić można, iż chory stoi z szeroko rozstawionymi nogami, najczęściej zataczając się w lewo, chodzi jak pijany. W kończynach, tułowiu szyi i języku daje się zauważyć niepokój, wyrażający się w ruchach bezładnych. W obu oczach brodawka zastoinowa. Odruchy kolanowe wzmożone, ślad objawu BABIŃSKIEGO. Czucie prawidłowe. Tętno około 100 uderzeń na minutę. B. rozpoznaje nowotwór mózdzku, nie podejmując się bliższego umiejscowienia cierpienia. Powolny a stopniowy rozwój choroby każe wykluczyć ostre wodogłowie wewnętrzne.

St. Koczyński.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 19-go i 20-go września r. b. odbędzie się w Częstochowie Zjazd Hygieniczny w związku z wystawą miejscową.

— Choroby zakaźne w Warszawie. Od dnia 31-go stycznia do 6-go lutego do szpitali warszawskich zgłosiło się 63-ch chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 5, odrę 1, szkarlatynę 4, różę 2, tyfus brzuszny 14, tyfus wysypkowy 26, gorączkę powrotną 3, influencę 6, błonicę i krup 2. W tymże czasie zmarło: na ospę 1, tyfus brzuszny 3, wysypkowy 3.

— W „Dodatku do taksy aptekarskiej” [wyd. r. 1908] znajduje się bardzo ważny punkt następujący: W razie zapisywania środków: *Acidum acetylosalicylicum* (aspiryna), *Teobrominum natrio-salicylicum* (diuretyna), *Kalium sulfogua-jacolicum* (*Thiocol*), *Hexamethylentetramin* (urotropina) i *Bismuthum subgallicum* (dermatol) pod nazwą chemiczną, nie zaś patentowaną, taksowania należy dokonywać podług ceny wskazanej w dodatku do taksy. Wobec wysokiej ceny środków patentowanych ma to bez wątpienia duże znaczenie dla lekarzy praktyków i dla chorych.

— 26-y Zjazd internistów niemieckich odbędzie się od 19-go do 22-go kwietnia r. b. w Wiesbaden. Tematy programowe są następujące: „Przemiana materii mineralnych w patologii klinicznej” [prof. MAGNUS-LEVY—Berlin] i „Czucie i jego badanie” [HEAD—Londyn]. Podczas zjazdu będzie urządzona wystawa przyrządów i narzędzi z dziedziny medycyny wewnętrznej.

— W Paryżu na wakujące na wydziale lekarskim katedry kliniki chirurgicznej i chirurgii operacyjnej wybrani zostali prof. DELBET i HARTMANN.

— W Chemnitz zobowiązano lekarzy szkolnych do pomagania radą rodzicom przy wyborze zawodu przez dzieci. W ostatniem półroczu przed ukończeniem szkoły mają zwracać uwagę na to, aby dzieci obierały sobie zawód, odpowiedni do ich zdrowia, budowy ciała i t. p.

— Lekarzy londyńskich zobowiązano do zawiadamiania o każdym przypadku zachorowania na gruźlicę.

— Druga międzynarodowa konferencja w sprawie trądu zbierze się w sierpniu r. b. w Bergen (Norwegia). Tymczasowy program zajęć jest następujący: sze

rzenie się trądu, postaci i rozpoznawanie trądu, przyczyny, anatomia patologiczna i leczenie. Szczegółów zasięgać można u sekretarza dra LIE w Bergen.

— W Berlinie powstała „Teka Berlina“, t. j. pierwsza grupa miejscowa T. E. K. A. (*Tutmonda esperanta kuracista Asocio*—wszechświatowego towarzystwa lekarzy esperantystów).

— *The Journal of the American Medical Association* przytacza dane szczegółowe, dotyczące śmiertalności wśród lekarzy w Stanach Zjednoczonych. Na 130,000 lekarzy zmarło w r. 1908—2261, co stanowi 17.39‰; przeciętny wiek zmarłych był 59 $\frac{1}{2}$ lat (21—102). Największą śmiertelność dały cierpienia układu nerwowego, zaburzenia krwiobiegu i choroby narządów oddechowych. 175-u lekarzy zginęło wskutek nieszczęśliwych wypadków (34-ch skończyło samobójstwem).

— W Cannes, staraniem miejscowego Towarzystwa Lekarskiego zaczął wychodzić dwutygodnik „*Revue médicale de Cannes*“, poświęcony klimatologii i klimatoterapii brzegu południowego Francji. Prenumerata roczna wynosi 12 fr.

— Chińscy lekarze cesarscy CHEN, CHOW, FO, HSI i TSCHEN zostali zdegradowani o dwie klasy za to, że nie zdolali uratować życia cesarza i cesarzowej; dyrektor zaś szpitala TCHENY i lekarze THING, UN i TAI usunięci zostali ze służby za niedostateczną znajomość swego fachu.

Sprostowania i uzupełnia autora do artykułu: „Technika metody WASSERMAN'a w syfilisie i próba precypitacyjna z glikoholanem sodu“, zawartego w Nrze 5-ym i 6-ym r. b.

Str. 99, w. 18-ty od dołu dodać należy o d n o ś n i k:

Praca ta została zupełnie samodzielnie dokonana przez autora i za wyniki jej on jedynie i całkowicie jest odpowiedzialny.

Str. 100 w. 2-gi, str. 106 w. 2-gi, str. 107 w. 2-gi od góry. O d n o ś n i k: Kolega GRYGLEWIOZ pierwiastkowo jedynie wskazówek, co do ogólnej techniki hemolizy udzielał autorowi, tenże zaś szczegóły opracował na podstawie prac przytoczonych w literaturze i własnych obserwacji.

Str. 101, w. 1-szy od góry w nawiasie po „wygląd laku“ powinno być: (nie znaczy to, aby krew była przezroczysta —jak krew ze zniszczonemi krwinkami czerwonemi, lecz barwa jej przypominała lak zwykły).

Str. 101, w. 29-ty od góry. O d n o ś n i k: Wbrew radom niektórych autorów przestrzegamy przed zastrzykiwaniem od razu 50—60-u ctm. sz. krwinek do otrzewnej królika. Taka ilość obcego białka może wywołać śmierć zwierzęcia, jak to nam kilkakrotnie się zdarzało.

Str. 102, w. 6-ty od dołu. O d n o ś n i k: 1) niektórzy autorowie radzą słabsze wyciągi 4—5‰; 2) radzimy stosować wyciągi narządów spirytusowe; karbolowo-wodne za zbyt słabe; 3) narząd suszyć najlepiej przy 50° w termostacie, naturalniejszy uprzednio.

Str. 104, w. 20-ty od góry. Niektórzy autorowie radzą sprawdzanie antygeny i amboceptora robić w dwa tempa. Autor, podobnie jak dr WOJCIKOWSKI i inni, robi w 1-m tempie z wynikiem dodatnim.

Str. 106, w. 1-y od góry zamiast „terapeutycznych“, powinno być „teoretycznych“.

Str. 105, w. 16-ty od góry w kolumnie „zawiesina krwinek“ zamiast „0,1“, powinno być „1,0“.