

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 11.

Warszawa d. 17 Marca 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem piśmem lub za jego miejsce kop. 10,
Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom
handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 33 Rue de Varenne 38. W Berlinie
Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Tętno i ciśnienie krwi u chorych na gruźlicę płuc. Podał St. Gałęcki. — Rak
kości skroniowej, potylicowej i mózdzku u 17-letniej dziewczyny, jako przerzut gruczolaka koloidalnego gruczolu tar-
czowego. Podali E. Flatau i J. Koelichen. (Dokończenie). — Odczyty kliniczne. O leczeniu moczoćki cukrowej (Diabe-
tes mellitus). Sprawozdawca d-r med. Wł. Chodecki. (Dokończenie). -- Streszczenia i Wyciągi. 33. Dyeta i życie do-
tkniętych chorobami wadami serca. 34. Leczenie nieżytu nosa ssawców i małych dzieci. 35. Kilka doświadczeń z Diga-
lenem. 36. Przyczynki do leczenia cholery azyatyckiej. 37. Leczenie nadmiernego pocenia się Lenicetem. 38. O rozpo-
znawaniu obecności kamieni w przewodzie żółciowym wspólnym. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Po-
siedzenie z dnia 25 stycznia r. b. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) St. Gałęcki — Le
pouls et la pression sanguine chez les phthisiques 2) E.
Flatau et J. Koelichen — Cancer de l'os temporale, oc-
cipitale et du cervelet chez une jeune fille de 17 ans,
comme metastase d'un adénome colloïdale de la glande
thyroïde.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) St. Gałęcki — Der Puls
und der Blutdruck bei Phthisikern. 2) E. Flatau und J. Ko-
elichen — Krebs des Schläfen- und Hinterhauptbeines sowie
des Kleinhirns bei einem 17 jährigen Mädchen als Metasta-
se eines kolloidalen Adenoms der Glandula thyreoidea.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z Sanatorium d-ra Brehmer'a w Goerbersdorfie.

Tętno i ciśnienie krwi u chorych na gruźlicę płuc.

Podał

Stanisław Gałęcki (asystent).

Każdemu lekarzowi, mającemu dużo do
czynienia z chorymi na gruźlicę, wiadomo, że
w tej chorobie cierpi zazwyczaj poważnie

cały układ naczyniowy. Zwłaszcza rzuca się w
oczy nienormalna działalność nerwów naczynio-
ruchowych, a mianowicie znaczna ich pobudli-
wość, wzmożona wrażliwość nerwów serca, nie-
prawidłowa działalność gruczolów potowych.

Nie będzie przesadnem twierdzenie, że przy
leczeniu gruźlicy płuc trzeba równie dużo uwa-
gi poświęcić stanowi układu naczyniowego, co i
stanowi płuc.

Widzimy tedy, że każda praca, mająca na
celu bliższe poznanie zjawisk, hodzących w zac

obróbie układu naczyniowego u suchotników, ma zupełną rację bytu. Tymczasem kwestya ta dotąd zbyt mało była uwzględniana w bogatej literaturze gruźlicy. A zatem mały przyczynek, traktujący o tętnie i ciśnieniu krwi u suchotników, może być bardzo na dobre.

Przy moich badaniach w tym kierunku posługiwałem się dwoma przyrządami: sfigmografem i tonometrem. Przy sfigmografii tętna napotykały pewne trudności, ponieważ znaczenie krzywych, otrzymanych tą drogą, nie jest jeszcze zupełnie dokładnie wyjaśnione. Pomimo że się opracowaniem tej kwestyi zajmowały takie powagi, jak MAREY, LANDOIS, MOSSO, v. KRIES, TIGERSTEDT i wielu innych, nauka o krzywych tętna nie stanęła jeszcze na niewzruszonych podstawach. Zarówno badania doświadczalne, jak i dociekania teoretyczne, opierające się na nauce o falowaniu, nie doprowadziły jeszcze do pewnych a trwałych wyników. Na zasadzie odnośnych prac teoretycznych nie możemy sobie jeszcze wytworzyć zupełnie dokładnego i ściśle określonego pojęcia o tem, w jaki sposób powstają oddzielne części składowe krzywej tętna. Nie wiemy jeszcze dokładnie, w jakim stopniu zostaje zniekształconą krzywa przez rozpęd dźwigni kreślącej, i jaki wpływ wywiera na nią inercya przyrządu. Nie jest jeszcze rzeczą ściśle dowiedzioną, czy t. zw. fala powrotna (Rückstosscleration) jest falą odśrodkową, czy też dośrodkową. Dość ciemny jest również sposób powstawania t. zw. drgań elastycznych.

Przyczynę takiego mało zadawalającego stanu nauki o sfigmografii pulsu należy upatrywać w tem, że ruch falisty krwi w naczyniach jest rzeczą nadzwyczaj powikłaną. To też, gdy się zrobi przegląd wszystkich usiłowań nadania nauce o tętnie ścisłych podstaw, natrafia się na chaos rozmaitych poglądów i zapatrywań. Można też śmiało powiedzieć, że, gdybyśmy chcieli opierać się wyłącznie na pracach¹⁾ teoretycznych i doświadczalnych, to sfigmograf dotąd nie zna-

lazłby jeszcze żadnego praktycznego zastosowania w medycynie.

Atoli codzienne doświadczenie poucza nas, że jednak nie można omawianemu przyrządowi odmawiać wszelkiej wartości, gdyż w niektórych ściśle określonych stanach chorobowych spotykamy stale jedne i te same postaci krzywych tętna.

Np. w chorobie nerek spostrzegamy stale t. zw. *P. durus*, po działaniu amylnitritu t. zw. *P. mollis* i t. d. Widzimy ztąd, że pomimo nadzwyczaj skomplikowanych warunków, w jakich się ruch falisty krwi w naczyniach znajduje, istnieją pewne stałe typy krzywych tętna. Jeżeli zaczniemy badać dokładniej związek, zachodzący pomiędzy poszczególnymi typami krzywej a zjawiskami klinicznymi, to może się tą drogą uda określić znaczenie sfigmografii w praktyce lekarskiej, pomimo że ściśle teoretyczna strona kwestyi nie jest zbadana dostatecznie. Że w rzeczy samej wyłącznie studyum kliniczne nad sfigmografią pulsu może nam dostarczyć wielu ciekawych danych, dowodem piękna praca MACKENZIE'go, gdzie autor przytoczył wyniki swego wieloletniego doświadczenia na tem polu. Następnie w klinikach są przeprowadzane ściśle badania za pomocą metody sfigmograficznej we wszystkich stanach chorobowych, w których mogą występować anormalne zjawiska w układzie naczyniowym, gdyż jest nadzieja, że tą drogą może się uda odkryć pewne prawa. Idąc za tym przykładem, uważam się również za uprawnionego do podania wyniku moich badań sfigmograficznych tętna u suchotników. Zdejmując krzywe, jednocześnie określałem ciśnienie krwi u odnośnych chorych za pomocą tonometru GAERTNER'a.

Te dwa rodzaje badań prowadziłem jednocześnie, wychodząc z tego założenia, że ich wyniki powinny się wzajemnie uzupełniać, gdyż tonometr daje nam pojęcie o ciśnieniu krwi w naczyniach, a sfigmograf o wahaniami tegoż ciśnienia.

Ażeby jednak mieć prawo do zużytkowania danych, otrzymanych za pomocą obydwóch wspomnianych przyrządów, trzeba przy ich użyciu zachować cały szereg środków ostrożności. A zatem pierwszym i niezbędnym warunkiem jest dostateczna wprawa we władaniu obydwoma przyrządami. Jest ona konieczna zwłaszcza przy używaniu sfigmografu, gdyż jest rzeczą wiadomą, że niewprawna ręka może za pomocą tego przyrządu otrzymać zgoła fałszywe dane. Ja używałem stale sfigmografu DUDGEON'a, ponieważ jest to przyrząd bardzo wygodny, a przytem doskonale odpowiada swemu przeznaczeniu. Co zaś najważniejsza, że poprzednio, za czasów mej praktyki szpitalnej, często robiłem zdjęcia za pomocą sfigmografu DUDGEON'a i doszedłem w używaniu tego przyrządu do znacznej wprawy. Co się tyczy tonometru, to używałem stale nader wygodnego, a jednak dającego zupełnie pewne wyniki najnowszego modelu przenośnego tego przyrządu.

Jakie środki ostrożności przedsiębrałem podczas zdjęć krzywych tętna i pomiarów ciśnienia krwi, o tem można sądzić z poniżej przytoczonego planu mej pracy.

Zdjęcia krzywych i pomiary robiłem stale o jednej i tej samej porze dnia, mianowicie, pomiędzy godzinami 10½ i 12 przed porą obiadową. W owym czasie pacjenci przeważnie odbywają kurację na leżalniach, a zatem miałem możliwość zdejmowania pulsów i mierzenia ciśnienia stale w jednej i tej samej pozycji chorego. Ażeby doprowadzić serce i cały układ krwionośny do stanu możliwie zupełnego spokoju, kazałem badanym pacjentom leżeć na leżaku spokojnie przynajmniej w ciągu pół godziny. W celu osiągnięcia pewnej równowagi umysłu zalecałem chorym zajmowanie się przed badaniem lekką lekturą. Ponieważ przekonałem się, że temperatura otaczająca może wywierać bardzo wyraźny wpływ na tętno i ciśnienie krwi, zatem nie czyniłem badań wtedy, gdy pacjentowi było zbyt zimno lub też zbyt ciepło. Przy tempe-

raturze otaczającej poniżej 10 i powyżej 20° R. wogóle zdjęć i pomiarów nie dokonywałem.

Badania wykonywałem w następującym porządku: najpierw liczyłem starannie liczbę tętna, następnie mierzyłem ciśnienie krwi, wreszcie zdejmowałem krzywą tętna. Ponieważ układ nerwowy nieomal u wszystkich suchotników odznacza się wielką pobudliwością i reaguje na najmniejsze bodźce, więc musiałem obliczania dokonywać z wielką ostrożnością, bowiem serce na każdy nawet drobny impuls zewnętrzny natychmiast odpowiada zwiększeniem liczby uderzeń tętna. Starłem się zatem, o ile możliwości, odwrócić uwagę badanego przez rozmowę o rzeczach obojętnych. Liczenie trwało po kilka minut z rzędu, dopóki nie udało mi się otrzymać jaknajmniejszych, a przytem zupełnie jednakowych liczb uderzeń na minutę. Następnie, po zmierzeniu ciśnienia krwi, jeszcze raz sprawdzałem liczbę tętna. Czasami otrzymywałem wówczas nieco niższe liczby.

Przy pomiarach ciśnienia krwi zwracałem baczność uwagę na to, czy pacjent nie cierpi w dniu badania na rozwolnienie lub zaparcie stolca, gdyż zarówno jedno, jak i drugie wywiera widoczny wpływ na wysokość ciśnienia krwi. Pomiarów dokonywałem kolejno na trzech środkowych palcach prawej i lewej ręki. Przekonałem się, że przy pewnej wprawie otrzymuje się na tych wszystkich palcach jednakowe wyniki. Nie można mierzyć ciśnienia więcej, niż dwa razy z rzędu na jednym i tym samym palcu, gdyż wtedy występuje lekkie porażenie nerwów naczyńoruchowych na końcu palca i można otrzymać fałszywe wyniki. W nielicznych przypadkach, gdy na rozmaitych palcach niejednakowe otrzymywałem wartości (zresztą różnica nigdy nie wynosiła więcej niż 5–10 mm.), za miarodajną przyjmowałem wysokość ciśnienia na średnim palcu prawej ręki. Po zanemizowaniu pierwszego stawu danego palca, odpowiedniem nałożeniu pierścienia i doprowadzeniu ciśnienia do pewnej wysokości, zaczynałem obniżać

to ciśnienie raz po raz w dość szybkim tempie, dopóki koniec palca nie stawał się naraz, wskutek raptownego naporu krwi, wybitnie czerwonym. Badany pacjent nie powinien kaszlać ani przed pomiarem, ani w czasie mierzenia. Choczący są przeważnie tak zajęci obserwacją wszystkich wykonywanych zabiegów, że nie kaszłają wcale.

Następnie za pomocą sfigmografu dokonywałem zdjęć krzywych tętna. Ażeby otrzymać jeonostajne wyniki i zmniejszyć, o ile możliwości, wpływ inercji przyrządu, pracowałem stale z jednakowem, jaknajmniejszym obciążeniem dźwigni. Utrudnia to wprawdzie znacznie robotę, gdyż przyrząd można odpowiednio przystosować do ręki tylko przez silniejsze lub słabsze zaciągnięcie taśmy, ale przy pewnej wprawie okazuje się to zupełnie możliwem. Wskutek małego obciążenia dźwigni rozpęd jej wzmagą się, ale za to wszystkie części składowe krzywej tętna występują bez porównania wyraźniej, niż przy większem obciążeniu.

Ażeby otrzymać na sfigmogramie wysokość fali tętna, odpowiadającą rzeczywistości, przystosowywałem przyrząd dopóty, dopóki wysokość fali nie odpowiadała temu wrażeniu, którego doznawałem przy wyczuwaniu pulsu. Wprawdzie zmysł dotyku jest miarą bardzo subiektywną, wiadomo jednak, że można w badaniu tętna za pomocą palców dojść do takiej wprawy, że się tą drogą bardzo trafnie ocenia wszystkie jego właściwości. Przekonałem się w bardzo wielu razach, że macanie tętna może nam dać przy zdejmowaniu krzywej cenną wskazówkę. Nieraz udawało mi się otrzymać krzywą o pokazującej wysokości, lecz jednocześnie, wyczuwając tętno palcem, przekonywałem się, że ta wysokość fali jeszcze nie odpowiada rzeczywistej. W takich razach dopóty przystosowywałem sfigmograf do tętnicy, dopóki nie otrzymałem rzeczywistego obrazu.

Nieraz było to zadaniem trudnem, a w przypadkach, gdy tętnica promieniowa tak była głę-

boko schowana za wyrostkiem rylewym promienia, że dźwignia przyrządu nie mogła do niej dotrzeć, było to zupełnie niemożliwe. W takich razach wołałem zdjęcia zupełnie zaniechać.

Po zdjęciu krzywej tętna podczas spokojnego oddychania, zdejmowałem jeszcze krzywą przy głębokim oddechu, ażeby uwidocznienie wpływ oddychania na obieg krwi w tętnicy.

W powyższy sposób przeprowadziłem badania w przeszło 200 przypadkach. Przypadków nie dobierałem, lecz badałem wszystkich pacjentów po kolei, po ich przybyciu do zakładu. Otrzymany w ten sposób materiał nie jest jeszcze jednolity, gdyż pomiędzy badanymi znajdowali się pacjenci gorączkujący. Uwzględniłem zatem tylko te przypadki, w których podczas zdjęcia krzywej i pomiaru ciśnienia nie było podniesienia ciepłoty ciała. Następnie trzeba jeszcze wyłączyć przypadki, w których zachodziły takie powikłania, jak zapalenie nerek, zaburzenia ze strony serca, choroba Basedow'a lub czas okwitu, albo też gdzie niepodobna było stwierdzić napewno gruźliczego charakteru sprawy płucnej. Po tych wyłączeniach pozostała okrągła liczba 100 przypadków. U wszystkich odnośnych chorych ciepłota ciała podczas badania nie przewyższała 37° (w ustach), a tego samego dnia nie przekraczała 37,2. Otrzymany w ten sposób materiał naukowy nie imponuje swoją liczebnością, ale chodziło mi nie tyle o otrzymanie licznych danych, ile o to, żeby te dane były bez zarzutu. Pomiedzy badanymi znajdują się przypadki gruźlicy płuc w najrozmaitszych okresach: począwszy od najłżejszych aż do ciężkich postaci. Ażeby umożliwić oryentowanie się co do rozległości sprawy gruźliczej w płucach, dzielić będę przypadki na stadia według znanej zasady, proponowanej przez Turban'a. Dodać muszę, że badani przeze mnie pacjenci znajdowali się w wieku od lat 15 do 62.

(C. d. n.).

Z oddziału dla chorych nerwowych w szpitalu Żydowskim
na Czystem.

Rak kości skroniowej, potylicowej i mózdzku
u 17-letniej dziewczyny,
jako przerzut gruczolaka koloidalnego gruczołu tarczowego.

Podali

E. FLATAU i J. KOELICHEN.

(Dokończenie. — Patrz Nr 10).

U naszej chorej zwracaliśmy szczególną uwagę na wszelkie zaburzenia w dziedzinie ruchowej, lecz mogliśmy stwierdzić jedynie ataksję mózdkową w ścisłym znaczeniu tego słowa (*démarche de l'ivresse*). Chora zataczała się przy chodzeniu, jak pijana, nie miała jednak skłonności do padania w jedną tylko stronę. Przy staniu ze zsuniętymi stopami występował wyraźny objaw ROMBERG'a. Niekiedy również przy siedzeniu z podniesionymi rękami spostrzegaliśmy wyraźne wahania tułowia. Natomiast ani mózdkowej asynergii, ani też adiadokokiinezji nie mogliśmy stwierdzić. Siła mięśniowa kończyn, jak również napięcie mięśni nie wykazywały jakichkolwiek zaburzeń. W kończynach górnych nie można było zauważyć żadnego drżenia, jak również nie udało się zauważyć jednostronnych zaburzeń ruchowych ani w górnych, ani też w dolnych kończynach. Nie stwierdzono też u chorej żadnych drgawek ogólnych, ani obserwowanych niekiedy u chorych mózdkowych ruchów manewrowatych.

W dziedzinie czuciowej mogliśmy stwierdzić zgodnie z wynikami innych badaczy zupełną sprawność przewodnictwa czuciowego (porównaj BERNHARDT'a kazuistykę i inne prace).

W powyżej przytoczonej pracy DURET'a znajdujemy następujące dane o stanie odruchów przy guzach mózdzku. RISIEN-RUSSEL pierwszy zwrócił uwagę na wzmożenie odruchów ścięgowych przy uszkodzeniach

mózdzku, spowodowanych sztucznie u zwierząt. Wzmożenie to występuje wyraźniej po stronie, odpowiadającej uszkodzeniu, w razie jeżeli to ostatnie było jednostronne. Doświadczenie kliniczne potwierdziło to prawo RUSSEL'a. Zgodnie z tem prawem zachowywały się np. odruchy w większości przypadków RAYMOND'a. Natomiast w przypadkach, w których nowotwór zajmował obie półkule mózdkowe, odruchy bywały wzmożone po obu stronach (RAYMOND, IRWING, NEFF i inni). Zdarzają się jednak wyjątki i odstępstwa od tego ogólnego prawa co do zachowania się odruchów, a więc spostrzegano: Odruchy kolanowe żywe, podeszwowe wzmożone (TRENEL); kolanowe wzmożone, podeszwowych brak (SABRAZÈS); kolanowych i podeszwowych brak (SELBY); normalne odruchy ścięgnowe i skórne (BABIŃSKI); normalne odruchy (CURZIO); kolanowych brak, zaś ze ścięgna Achilles'a wzmożone (KORTEVEK) i t. p.

W naszym przypadku wystąpiło wyraźne przeciwieństwo pomiędzy wzmożonymi odruchami brzuszными a brakiem odruchów ścięgowych (kolanowych oraz ze ścięgna Achilles'a). W początkach cierpienia stwierdziliśmy: zachowane odruchy brzuszne, słabe odruchy ze ścięgna *m. triceps* i z okostny promienia, bardzo słabe kolanowe (jedynie przy sposobie JENDRASSIK'a), brak odruchów ze ścięgna Achilles'a, normalne podeszwowe (*flexio plantaris*).

W dalszym przebiegu znikł z początku lewy, a następnie i prawy odruch kolanowy, a w 4 miesiące od początku cierpienia nie można już było wywołać odruchów ani ze ścięgna *m. triceps*, ani kolanowych, ani też ze ścięgna Achilles'a, zarazem znikł odruch z okostny promienia. Odruchy podeszwowe pozostały normalnymi, a brzuszne były bardzo wyraźne. Był to więc stan odruchów wprost przeciwny temu stanowi odruchów ścięgowych i skórnych, który zwykle znajdujemy w cierpieniach mózgu (np. w hemiplegii) i w spastycznych cierpieniach rdzenia. W tych cierpieniach znajdujemy zwykle,

jak wiadomo, brak odruchów brzusznych przy wzmożonych kolanowych oraz ze ścięgna Achilles'a.

Wspomnimy tu jeszcze pokrótce, że podczas gdy początkowo stwierdzaliśmy u naszej chorej węch normalny, następnie nastąpiła utrata węchu tak, że nawet silnego zapachu waleriany chora nie rozpoznawała. Na objaw ten przy guzach mózdzku zwraca szczególnie uwagę OPPENHEIM, jako na objaw, występujący wskutek działania na odległość (ucisk, wywierany przez podstawę mózgu na *n. olfactorius*). Smak był u chorej zachowany. Co do słuchu, to początkowo doznawała chora szumu w uszach, następnie zaś wystąpiło osłabienie słuchu. W okresie, poprzedzającym zupełną utratę wzroku, chora skarżyła się często na chwilowe zaćmienie wzroku. Częste również bywały skargi na obfite łzawienie z prawego oka, zwłaszcza zaś w nocy.

Jako środek leczniczy stosowany był u chorej w przeciągu długiego czasu jodek potasu bez żadnego skutku. Na jakieś 2 tygodnie przed śmiercią zastosowano punkcję lumbalną. Po tym rękoczynie ból głowy zmniejszył się zaraz, tętno zaś stało się częstsze. Po drugiej punkcji lumbalnej (na 1 dzień przed śmiercią), chora natychmiast zaczęła się skarżyć na silny ból głowy, który przetrwał całą noc do następnego dnia i nie ustąpił nawet po zastosowaniu dużych dawek morfiny.

Ponieważ w ostatnich czasach w kilku przypadkach guzów mózdzku starano się usunąć je za pomocą operacji, powstaje zatem pytanie czy przy obecnym stanie wiedzy jesteśmy w stanie rozpoznać umiejscowienie guza w mózdzku.

W powyżej przytoczonym referacie zbiorowym DURET'a (Revue neurologique, N. 19, 1903) znajdujemy odnośne wskazówki. Co się dotyczy rozpoznania, po której stronie guz się znajduje, podaje DURET następujące dane: 1) Badania doświadczalne LUCIANI'ego, THOMAS'a, VERSLOFF'a i innych dowodzą, że wskutek jednostronnych uszkodzeń mózdzku występują obja-

wy homolateralne, t. j. że prawej połowie ciała odpowiada prawa półkula mózdzku, lewej zaś lewa. *Vermis* i *lobus medianus* odpowiadają obydwom połowom ciała.

2) Ściśle umiejscowiony ból głowy i wrażliwość opukowa stanowią ważną wskazówkę rozpoznawczą; nie zawsze jednak wystarcza ona do zlokalizowania cierpienia.

3) Tak zwane objawy mózdkowe (zaburzenia w równowadze, asynergia, astenia, atonia w kończynach dolnych i ataksja w kończynach górnych) zjawiają się po tej samej stronie ciała, po której umiejscowiony jest guz, w razie jeżeli zajmuje on tylko jedną półkulę mózdzku. Jeżeli zaś siedliskiem guza bywa *lobus medianus* lub też, gdy płat ten zajęty jest pośrednio (np. wskutek ucisku), wtedy objawy wyżej wymienione występują po obu stronach ciała. W każdym bądź razie zaburzenia te przeważają po stronie guza w przeciwieństwie do skrzyżowanego występowania objawów w cierpieniach półkul mózgowych.

4) Stosownie do wyników doświadczeń LUCIANI'ego i THOMAS'a rotacja i padanie na jedną stronę odpowiada stale stronie operowanej. Chorzy również padają najczęściej na tę stronę, po której się guz znajduje. Jeżeli po stronie chorej następuje napięcie mięśni szyi, to twarz wtedy zwrócona jest w stronę przeciwną od umiejscowienia guza (wskutek działania *m. sterno-cleido-mastoideus*). Oczy zaś zwrócone są w przeciwną stronę, t. j. „patrzają na guz”; bywa to jednak nie zawsze. Jeżeli miejsce uszkodzone znajduje się pośrodku, to teoretycznie chory winien padać ku tyłowi, w karku zaś ma występować *opisthotonus*.

5) Odruchy bywają wzmożone (lub wogóle nienormalne), zwłaszcza po stronie uszkodzenia (lub też po obu stronach, jeżeli uszkodzenie znajduje się po środku).

6) Bardzo ważną wskazówkę rozpoznawczą stanowią objawy ucisku *resp.* podrażnienia nerwów na podstawie czaszki lub też dróg czu-

ciowych *resp.* ruchowych pnia mózgowego, a więc porażenia, hemiparezy, przeczulenia, zaburzenia w czynności zmysłów (ślepotą, głuchotą, zanik smaku), zjawiające się po stronie uszkodzenia.

Z zestawienia tego należałoby właściwie wnioskować, że przy guzach, umiejscowionych ściśle w jednej połowie dosyć łatwo jest rozpoznać ich siedlisko. Na podstawie przeglądu przypadków operowanych oraz na podstawie własnego doświadczenia musimy wobec powyższych wywodów DURET'a zająć stanowisko sceptyczne. Wskazówki jego w naszym przypadku nie znalazły potwierdzenia faktycznego. Przypuszczamy wogóle, że przy obecnym stanie naszych wiadomości, dotyczących lokalizacyjnych właściwości guzów mózdkowych, rozpoznanie to może być tylko mniej lub więcej prawdopodobne. Pomijając już tę okoliczność, że guz u człowieka nigdy nie wywołuje tak ściśle umiejscowionych objawów porażenia lub podrażnienia, jak to bywa przy doświadczalnych uszkodzeniach mózdku, nigdy nie udaje się stwierdzić, czy i o ile w przypadkach tych jest uciśnięta również i druga półkula mózdku oraz *vermis*.

Nie chcemy więcej rozpisywać się o wynikach operacyjnego leczenia guzów mózdku. Z odnośnej literatury widoczne jest, że z wyjątkiem bardzo rzadkich przypadków śmierć następowała bardzo szybko po operacji.

Kol. STEINHAUSOWI składamy serdeczne podziękowanie za łaskawe dokonanie zdjęć mikrofotograficznych i za pomoc, okazaną nam przy badaniu gruczołu tarczowego. Dziękujemy również kol. ROTSTADTOWI za wykonanie rysunku.

LITERATURA.

(dotycząca przerzutów nowotworowych gruczołu tarczowego na podstawie prac PATEL'a, de GRAAG'a, GIERKE'go i innych).

BARD. Cancer latent du corps thyroïde Th. d'Orcel Bertrand. Gruié.

BONTSCH. Ueber das Vorkommen von Metastasen bei gutartigen Kröpfen. Freiburg. 1895.

BORST, Die Lehre von den Geschwülsten. 1902. T. II. p. 179.

CARREL-BILLARD. Le goitre cancreux. Thèse de Lyon. 1900.

COHNHEIM. Virchow's Archiv. Bd. 68, 1876, p. 547.

CORNIL et RANVIER. Traité d'histologie pathologique. 1901.

CRAMER. Langenb. Arch. Bd. 36, p. 239.

DURR. Epithélioma du corps thyroïde, Métastases. Bulletin de la société anatomique. 1894.

EBERTH. Zur Kenntniss des Epitelioma der Schilddrüse. Virchow's Archiv. Bd. 55, 1872, p. 254.

EWALD. De l'iode dans un adéno-carcinome de la glande thyroïde et ses métastases.

EISELSBERG. Verhandl. d. deutsch. Gesellschaft f. Chirurgie. Langenbeck's Archiv. Bd. 46, 1893.

FEURER. Paradoxe Strumametastase. Festschrift für Kocher. Bern. 1891. p. 275.

GIERKE. Ueber Knochentumoren mit Schilddrüsenbau. Virchow's Archiv. Bd. 170. H. 3.

GOEBEL. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1898. Vol. XLVII. p. 348.

de GRAAG. Ueber Struma und Knochenmetastasen. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie. 1903. Bd. XI. H. 5. p. 625.

HELBING. Sitzung der Berlin. medicin. Ges. 20 März. 1901. Berliner klin. Woch. 1901. N. 14.

HONSELL. Beiträge zur klin. Chirurgie. 1899. Bd. XXIV.

JABOULAY. Goitre malin et exothyropexie. Lyon médical. 1896 i 1903.

JAEGER. Ueber Strumametastasen. Beiträge zur klin. Chir. 1897. These von Zürich. 1897.

KAUFMANN. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XI. 1879. u. Bd. XIV. 1881.

LIMACHER. Virchow's Archiv. Bd. 151. Supplement.

METZNER. Ueber einen Fall von Struma mit multiplen Knochenmetastasen. These von Marburg. 1894.

MEYER. Ueber das maligne Adenom der Schilddrüse. Arch. f. Laryngologie. Bd. V. 1894

MIDDELDORFF. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chirurgie. 1894 r. 23 Congr. p. 237, II.

MAZIO. Journal de l'Académie de Médecine de Turin. 1897.

ODERFELD i STEINHAUS. Medycyna 1901 i 1903 i Centralbl. f. allgem. Patholog. u. path. Anat. Bd. 12. N. 5.

PATEL. Tumeurs bénignes du corps thyroïde donnant des métastases. Revue de Chirurgie. 1904, 24 année. N. 3, p. 398.

PIC. Note sur un cas de cancer du corps thyroïde avec cancer secondaire des muscles soléaires et jumeaux. Lyon médical. 1898, 1 Juillet.

RIEDEL. Verhandlungen des Chirurgencongresses. 1893.

WÖLFLE. v. Langenbeck's Archiv. Bd. 29. 1883.

ODCZYTY KLINICZNE.

Prof. d-r NAUNYN.

O LECZENIU MÓZGÓWKI CUKROWEJ

(*Diabetes mellitus*).

Sprawozdawca

D-r med. Wł. Chodecki.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 10).

Dla dalszego leczenia ważną bardzo jest rzeczą ustanowić jeszcze drugi program dla podawania węglowodanów. Źródłami ich w pokarmach są: chleb z 50—60% lub bułka z 60—70% mąki, kasza, ryż, makaron z 70—80% krochmalu, owoce z 6% węglowodanów (zawierające większy procent węglowodanów są wzbronione), konserwy i kompoty z zawartością 6% i mleko a także śmietanka z 4% cukru mlecznego.

Takiej ilości węglowodanów należy trzymać się, chcąc uwolnić chorego od cukru. Najważniejszą rolę gra tutaj chleb. Weźmy nasz przykład: chory otrzymuje 100 grm. chleba i wydziela 100 grm. cukru. W takim razie musimy zmniejszyć koniecznie ilość chleba do 20—30 grm.; jeżeli przy tem ilość cukru spada do 20 grm., to już niewątpliwie osiągnęliśmy bardzo wiele. Przez kilka dni możemy chorego

zostawić na tej dyecie, a następnie wyłączymy z niej mleko, przez co cukier zapewne zupełnie zniknie. Nie robimy tego zbyt chętnie, dyabetycy bowiem lubią mleko, ale bez chleba nie mogą się obejść. Chleb jest im koniecznie potrzebny do masła. Będziemy więc zalecali takie rodzaje chleba, które dają dużą powierzchnię dla masła, jak bułka i czarny chleb westfalski. Najlepszy chleb dla dyabetyków, bo ubogi w węglowodany, jest aleuronatowy, ale pochodzący z pewnego źródła. W ostatnim razie musimy zupełnie usunąć chleb i mleko, a wtedy można jeść masło z jajami lub serem. Jeżeli ilość wydzielanego cukru doprowadzimy do 10—15 grm., możemy wtedy zmniejszyć i porcję mięsa do 200—300 grm., co często daje znakomite wyniki. Owoców należy pozbawić chorego tylko w razach ostatecznych; zawierają one małą liczbę węglowodanów, a przedstawiają pewne urozmaicenie w dyecie. W razie rzeczywistej potrzeby można zmniejszyć ich ilość do 200 grm. na dzień. Dobrze jest również kazać choremu przegłodzić się od czasu do czasu, niech chory przez ten czas wstrzyma się zupełnie od pokarmów, a spożywa tylko herbatę i buljon.

Należy zaiste dziwić się, jak większość osób dorosłych znosi tę „męczarnię” i chętnie zgadza się na nią. Takie wstrzymanie się od

pokarmów nie przynosi szkody; wyjątek od tego stanowią tylko chorzy na gruźlicę. U nich stosować tej metody leczenia stanowczo nie można.

Głodzenie się, racjonalnie zastosowane, okazuje bardzo pomyślne działanie na przebieg moczoćki cukrowej. Ale uciec się do niego możemy dopiero wtedy, gdy ilość wydzielanego cukru doprowadzimy do kilku gramów. Możemy w takim razie osiągnąć nie tylko zupełne zniknięcie cukru z moczu, ale możemy często i wybitnie zwiększyć tolerancję ustroju na węglowodany.

Ale leczenie nie polega tylko na tem, aby uwolnić chorego od cukru. Musimy zostawić go przynajmniej przez 2 tygodnie na dyecie, przy której nie było cukru w moczu. Jeśli to nastąpiło po 1 dniu głodzenia się, to trzeba pozbyć go przez 2 tygodnie mleka i chleba, a potem stopniowo przyzwyczajając go do węglowodanów. Ale należy to robić bardzo ostrożnie i w ten sposób, że w pierwszych dwóch dniach dajemy mleka po 50 grm. a następnie, przekonawszy się, że chory je dobrze znosi, możemy dojść do 95—100 gramów. Doszedłszy do 500 grm. mleka, zmniejszamy następnie jego ilość do 200, a zamiast tego dajemy 20 grm. chleba. Następnie zwiększamy znowu ilość mleka i t. d. W ten sposób możemy chorych, którzy przedtem nie znosili wcale chleba, przyzwyczaić do 50 grm. z 200 gramami mleka. Przy tem postępowaniu należy koniecznie zbadać na cukier dobową ilość moczu w ten dzień, w który zwiększamy ilość pokarmu. Jeżeli okaże się cukier, to wracamy do dawnej ilości chleba i mleka, a po 3—4 dniach czynimy nową próbę posunięcia się naprzód. Sposób ten leczenia wymaga wielkiej cierpliwości ze strony lekarza i chorego, ale nie możemy działać w szybszem tempie dla dogodzenia mało wytrwałym pacjentom. Musimy w miarę możliwości starać się, by cukier nie pojawił się znów w moczu.

W ten sposób określamy ten stopień tolerancji ustroju na węglowodany, przy przekroczeniu którego (dodanie chleba lub mleka) pojawia się cukier w moczu. Na tem kończymy leczenie, i chory pozostaje na tej dyecie, przy której cukier przestał wydzielać się w moczu. Kuracja trwa, przynajmniej w niezbyt lekkich przypadkach, 2 miesiące; przy pomocy rozsąd-

nych matek można stosować ją u dzieci, nie mających jeszcze 10 lat. Doświadczeni lekarze stosują leczenie takie z wielkiem powodzeniem w Karlsbadzie i Neuenahr, miejscowości te mają pewną wyższość nad sanatoriami. Idzie tutaj nie tyle o picie wód i używanie kąpiele, ile o potężne czynniki higieniczne, do jakich zaliczyć należy spokój duchowy i miłe wrażenia. Wybitni lekarze tych miejscowości kuracyjnych nie przywiązują zbyt wielkiej wagi do ich źródeł.

Nie należy bez należytej potrzeby uciekać się do leczenia środkami aptecznymi, bo nie mają one poważnego znaczenia. W miejscowościach kuracyjnych oprócz picia wód stosują kąpiele, masaże i gimnastykę. Zabiegi te nie wywierają wybitnego wpływu na cukromocz i tolerancję ustroju na węglowodany, mogą jednak być potrzebne, jeżeli np. oprócz moczoćki istnieją *arteriosclerosis* z zaburzeniami w krążeniu i obrzmieniem wątroby. Możemy być w takich razach zmuszeni uciec się do naparstnicy, a przy pobudzeniu nerwowem dobre usługi nam odda *kalium bromatum* lub środki nasenne. Przy poważniejszych zaburzeniach w trawieniu, kamieniach żółciowych lub marskości wątroby będzie na miejscu kuracja w Karlsbadzie lub Neuenahr.

Po skończeniu leczenia dyabetyk potrzebuje troskliwej opieki, bez względu na to, czy wyzdrowiał i nie ma już cukru w moczu, lub też stan jego uległ tylko polepszeniu, a cukier dalej pokazuje się w moczu. Zupełnie uzdrowionego musimy pilnie strzedz przed powrotem choroby, a tego chorego, który tylko poprawił się, przed powiększeniem cukru w moczu. Dążyć do tego powinniśmy, nie ograniczając chorego zbyt ugię upodobaniach i skłonnościach.

Chory powinien w każdym razie zostawać pod obserwacją lekarza. Mocz, zebrany przez dobę, powinien być badany z początku co tydzień, a po upływie pół roku co miesiąc, a prócz tego po każdym nadużyciu, lub gdy chory spostrzeże u siebie niezwykle objawy. Badania powinien zawsze dokonywać lekarz. Jeżeli u rekonwalescenta pokaże się znowu cukier w moczu, lub u tych, u których zawsze wydzielał się, zwiększy się jego ilość, to nie powinno to być przyczyną zbyt wielu obaw; należy choremu polecić pewne ograniczenia w przyjmowaniu węglowodanów.

Oprócz tego należy oznaczać codziennie lub co drugi dzień ilość wydzielonego cukru.

Jeżeli ilość cukru w moczu będzie przez czas dłuższy przewyższała 0,5%, to należy niezwłocznie uciec się do odpowiednich środków. Najlepiej w takich razach zalecić post jedno-dniowy.

Te posty w opiece nad dyabetykami grają ważną rolę. Są one konieczne u osób lekko-myślnych, nie stosujących się do przepisanej diety, lub też, gdy ilość pokarmów musimy ściśle stosować do granic tolerancji ustroju na węgiel wodany. W tych więc przypadkach, w których następuje łatwo powrót choroby, należy ustawić raz na zawsze 1—2 dni postnych na tydzień, t. j. chory powinien przez 24 godziny, w miarę tego, czy potrzebna jest mniej lub więcej surowa dieta, wstrzymać się od węglowodanów lub nawet od mięsa.

Surowy post z wstrzymaniem się od węglowodanów i mięsa okazuje często skutek bardzo pomyślny. Są to tak zwane „dni owocowe”, przez które chory dostaje tylko kawę, herbatę, buljon, wino i porcję owoców.

Czasami wystarczy jeden taki postny dzień, by wszystko doprowadzić do porządku. Jeżeli działanie postu jest jednak przechodnie, i na drugi trzeci dzień okazuje się jeszcze silniejszy cukromocz, to trzeba działać energicznie. Na co trzeba zwrócić uwagę, należy rozstrzygnąć w każdym przypadku. Jeżeli sprawa pogarsza się, należy znowu chorego poddać energicznemu leczeniu dyetetycznemu; najlepszy skutek obiecuje kuracja, przeprowadzona w sanatorium w Karlsbadzie lub Neuenahr pod opieką doświadczonego lekarza.

Jeżeli chory, mimo znacznego cukromoczu, zachowuje jednak równowagę, t. j. nie okazuje skłonności do pogorszenia, to można spróbować ograniczyć się do pewnych uszczupień w diecie; z lekarstw można polecić makowiec, około 0,2 na dzień na 2—3 dawki chininę (3 razy na dzień po 0,2—0,5), *extractum syzygii*. Należy być jednak ostrożnym w przypadkach ciężkich, by nie stracić chwili stosownej dla energicznego leczenia.

W sprawie racjonalnej opieki nad dyabetykiem strona psychiczna nie małą gra rolę; nadmierna praca, połączona ze wzruszeniem, noce bezsenne i męczące, długie podróże są sta-

nowczo szkodliwe. Nie należy nigdy zapominać o prawidłach higieny i troskliwym pielęgnowaniu ciała. Nadmierne wysiłki fizyczne są wogóle szkodliwe; dla mieszkańców miast konieczne są spacer i przejażdżki. Kobietom otyłym możemy zalecić ćwiczenia gimnastyczne z aparatami Zander'a na świeżym powietrzu.

Co się tyczy pożywienia, to tutaj nie należy zapominać, iż powinno ono podlegać zawsze kontroli lekarza. Chory nie powinien nic jeść bez wiadomości lekarza. Należy również unikać wszelkich książek kucharskich, wydawanych specjalnie dla dyabetyków, przepisy bowiem, dotyczące węglowodanów, nie są dokładne i dosyć surowe.

Bardzo używane są preparaty dla dyabetyków, sporządzane przez fabryki środków odżywczych; lekarz powinien wiedzieć o stopniu zawartości w nich węglowodanów i odpowiednio do ich ilości zalecić stosowanie. Nie można polegać na poleceniu preparatów przez chorych lub nawet przez lekarzy, jeżeli nie mamy dokładnych danych co do zawartości w nich węglowodanów.

Konieczną jest rzeczą, by chory dokładnie wiedział, co i ile zjada. Niezbędne jest również zawsze umiarkowanie w jedzeniu; dlatego konieczne jest nie tyle obrachowywanie dokładne ciepłotek, ile dobra wola. Kuchnia dla dyabetyków odznacza się zupełnym brakiem cukru, wstrzymaniem się od wszelkich potraw, zawierających krochmal i wypełnianiem tworzących się w ten sposób luk w pożywieniu tłuszczem, nie zaś mięsem lub substancjami białkowatymi. Mięsa nie powinien chory dostawać więcej, aniżeli człowiek normalny z warstw społecznych, spożywających znaczne ilości mięsa. Białko roślinne nie posiada żadnej wyższości nad zwierzęcem.

Przy przygotowaniu pokarmu należy stanowczo unikać cukru; zupełnie jednak uniknąć go nie możemy, chory bowiem nie może obejść się bez owoców. Należy jednak wybierać ubogie w cukier, a więc pomarańcze, maliny, porzeczki, dynię. Zabraniaamy spożywania owoców bogatych w cukier, a więc: wisien, winogron i wszystkich owoców suszonych. Świeże gruszki i jabłka zawierają również znaczny procent cukru. Przygotowane przez RADEMANN'a owo-

ce gotowane są bardzo stosowne dla dyabetyków, zawierają bowiem mało cukru: około 2%. Tutaj należy zaliczyć i mleko, zawierające 4% cukru mlecznego; śmietanka zawiera prawie taką samą ilość cukru, ale jest bardzo bogata w tłuszcz i dlatego bardzo pożywna. Przez dodanie śmietanki można dowolnie zmieniać ilość tłuszczu w mleku.

Ilość dozwolonych węglowodanów niech chory spożywa w chlebie pszenicznym. Rozumie się, że można według życzenia zastąpić chleb przez inne potrawy mączne, byleby tylko chory nie przekroczył pozwolonej ilości węglowodanów.

Do sosów nie należy dodawać maki, ale można zamiast niej wziąć śmietankę i ser. Amatorom możemy pozwolić zupę z kluskami, ryżem lub kaszką; do niej dodać możemy sera szwajcarskiego lub parmezańskiego roztartego, co podwyższa smak i pożywność. Czasem możemy dodać do zupy 2 kartofle; zawierają one 20% węglowodanów. Z tak zwanych owoców zielonych pozwalamy: czerwoną i białą kapustę, szpinak, bób, kalafior, pomidory, rzodkiew, zasługują także na polecenie sałaty, ogórki i szparagi (zawierają niecałe 3% węglowodanów). W kapuście kwaszonej, ogórkach większa część węglowodanów podległa już fermentacji. Następnie pozwalamy świeże grzyby. Rozumie się, że ilość tego musi być zawsze ściśle oznaczona, za normę uchodzą 2 porcje po 200 grm. na dzień.

Głównym pożywieniem dla dyabetyków jest tłuszcz. Ser zasługuje głównie na polecenie z powodu znacznej zawartości w nim tłuszczu. Należy tylko wybierać dobre i drogie gatunki serów, zawierają one bowiem więcej, niż 20% tłuszczu. Możemy stosować tłuszcz pod rozmaitymi postaciami i wszędzie, gdzie tylko można, dodawać go.

Jaja zawierają w żółtku również wiele substancji, zbliżonych do tłuszczu, i dlatego są bardzo pożywny. Jajko zawiera 75% ciepłostek, możemy je podawać w formie jajecznicy, zawierającej tłuszcz w obfitości. Żeby jednak nie obciążać chorego zbyt pokarmami białkowatymi, trzeba za każde jajko odjąć 50 grm. mięsa. Ogólna ilość białka, obliczając wszystko w mięsie, nie powinna przewyższać 500 grm. Liczba

ciepłostek w mięsie zależy od zawartego w nim tłuszczu i dla tego jest różna w rozmaitych gatunkach mięsa. Dzikizna wszelkiego rodzaju, jak i kaczki dzikie, zawiera mało tłuszczu; stosuje się to samo do ryb i ptaków, z wyjątkiem tłustych kur, kaczek i gęsi. Zresztą mięso można szpikować słoniną lub dusić w maśle. Na polecenie zasługuje tłusta kielbasa i tłusta szynka.

Z napojów trzeba raz na zawsze zabronić piwa. Większość win nie jest szkodliwa, zawierają bowiem mało cukru; tylko wina południowe i szampańskie zawierają dużo cukru. Likierów wszelkich, jako bogatych w cukier, należy zabraniać. Ponieważ alkoholu przez czas dłuższy używać bezkarnie nie można, to zalecamy jabłecznik, ubogi w cukier i alkohol. Przy dyecie, wywołującej zatwardzenie, jabłecznik wywiera jeszcze i lekko rozwalniające działanie

Przy zachowaniu surowej diety może nastąpić zakwaszenie soków ustroju i niebezpieczeństwo śpiączki (*coma*). Przy każdym badaniu moczu na cukier należy także uczynić reakcję GERHARDT'a z chlorkiem żelaza na kwas aceto-octowy. Jest ona znacznie ważniejsza od próby na aceton i bardzo czuła. Jeżeli przy próbie GERHARDT'a otrzymamy cynamonowe zabarwienie, wyjaśniające się przy gotowaniu, to wskazuje to nam na zakwaszenie soków ustroju. W takim razie dajemy codziennie po 10—15 grm. *natri bicarb.*, nie przerywając leczenia. Jeżeli jednak reakcja staje się z każdym dniem wyraźniejszą, i zabarwienie przyjmuje kolor ciemno-czerwono-cynamonowy, a mocz staje się nieprzezroczystym w próbówce, należy leczenie przerwać, dawać duże dawki *natr. bicarbon.*, owoce i mleko i dalsze leczenie oddać specjaliście.

Baczną uwagę należy zwracać na stan organów trawienia i apetyt. Przy cierpieniu organów trawienia i braku apetytu leczenie staje się trudnym i chorego należy posłać do miejscowości kuracyjnej lub umieścić w sanatorium.

Wszystkie zalecone tak zwane „specyalne” metody leczenia polegają na zmniejszeniu odżywiania, co sprzyja spalaniu się węglowodanów. Niedostateczne odżywianie jest rzeczywiście bardzo skutecznym środkiem dla walki z cukromoczem i dla zwiększenia tolerancji ustroju na węglowodany.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

33. L. RENON. Dyeta i życie dotkniętych chorobami (wadami) serca.

Zgodnie ze spostrzeżeniami WIDAL'a, MERKLEN'a i VAQUEZ'a zaznacza tu autor, że u chorych sercowych, dotkniętych, czy też nawet nie dotkniętych obrzękami, chlorki z ustroju należy się nie wydzielają, i że retencya ich sprzyja właśnie bądź to powstawaniu, bądź to wzmacnianiu się istniejących już obrzęków. Z powyższej wychodząc zasady, chorym takim nie należy podawać pokarmów słonych — sól można tolerować tylko w ilościach minimalnych. Zabronić tedy należy słonych wędlin, peklowin, ryb morskich, zwłaszcza latem, kiedy te, łatwo się psując, stają się powodem ciężkich bardzo przypadłości, ślimaków morskich, ostryg zazwyczaj słonych, a niekiedy nawet oddziaływających, trującą, krewetek, raków morskich (homarów), wzbronąć też należy serów słonych. Natomiast dozwoląć można ryby wód słodkich, sery białe niesłone, ser grayère i t. p. Na zalecenie ze wszech miar zasługuje mleko bądź to samo przez się, bądź też w postaci zup, można je kombinować z pokarmami roślinnymi, a jeśli chory wcale mleka nie znosi, a pokarmy mięsne by się nie nadawały, wypadnie się zwrócić do kuchni jarzyniejskiej; bogaty tu wybór potraw mącznych i innych, jakie przygotować się dają z rozmaitych gatunków roślin zbożowych (*cerealia*), jarzyn, owoców i t. d. dostatecznie chyba zabezpiecza potrzeby chorego.

Jako napój najlepiej podawać wodę czy stałą, zawierającą mało chlorku sodu i wogóle ubogą w sole. Można ją zastąpić odwarami zlekką moczopędnymi (np. z ogonków wiśniowych); dla pewnej różnorodności drogą wyjątku można czasem pozwolić na lekkie białe wina, jabłecznik, lekkie piwo, pamiętając jednak o tem, że te, jako wogóle napoje, będące wytworem fermentacyi, mogą być dozwolone w małych jedynie ilościach i to rozcieńczone pół na pół wodą.

Herbatę i kawę niekiedy wzbronąć wypadnie zupełnie, w innych razach można je podawać w niewielkich ilościach. Wogóle jednak za zasadę trzeba sobie mieć, ażeby nie podawać wielkich ilości płynów, aby nadmiarem ich nie wpływać ujemnie na i tak już utrudnioną sprawność serca.

Prof. RENON, jak dotąd przynajmniej, wogóle ze względu na toksyczne — zdaniem jego — oddziaływanie w chorobach sercowych pokarmów zbyt bogatych w związki azotowe — nie jest zwolennikiem diety mięsnej — zalecanej zresztą skądinąd przez zwolenników diety bezsolnej. Nadto radzi on u takich chorych baczną zwracać uwagę na funkcję trawienia i w razie zaburzeń w niej starać się przypadłości niezwłocznie usuwać, ewentualnie drogą stosowania pepsyny, pankreatyny, sekretyny lub innych preparatów trawiennych, jak gasteryny, gastrozymy i dyspeptyny.

W dalszym ciągu, zaznaczywszy niepokój psychiczny chorego sercowego, którego lada jaka przypadłość, często nawet urojona, napędza strachem i obawą, oraz że właśnie ów trwożliwy nastrój wszelkimi siłami zwalczać należy zapewnieniem, że, jak to już twierdzi HUCHARD — z chorobą sercową przy odpowiednim leczeniu i higienicznem zachowywaniu się długiem życiem cieszyć się można, R. rozpatruje kwestyę mieszkania, klimatu, zajęcia i rozrywek odpowiednich dla takich chorych.

Mieszkanie powinno być suche i kąpać się niejako w cieple i promieniach słońca, pokój słoneczny zwłaszcza w zimie powinien być od południa i letnią porą należycie ochraniać od zbytniego gorąca; baczyc się należy, by materac w łóżku był równy, wszelkie bowiem wklęsłości w nim sprzyjają powstawaniu przekrwień zastoinowych i obrzęków.

Najodpowiedniejszym dla takich chorych jest klimat umiarkowany. Na kongresie klimatoterapeutycznym w Nicei (w r. 1904) podno-

szone korzystne oddziaływanie tu klimatu morskigo, zwłaszcza Śródziemnomorskiego—które go DAREMBERG nie waha się nawet nazwać „rajem dla dotkniętych sklerozą naczyńniową“. Chory sercowy nie powinien tu jednak przebywać zbyt blisko morza, mieszkanie zaś jego powinno być należycie zabezpieczone od wiejącego tu mistralu; klimat górski chorzy też często dobrze znoszą, niekiedy nawet lepiej, niż to się ogólnie przypuszcza. To też lekarze amerykańscy chorych takich często z dobrym skutkiem wysyłają w górskie okolice Kalifornii lub Colorado. Należy jednak unikać nagłych przejść i w wyborze miejsca celem stopniowej aklimatyzacji chorego, również trzymać się pewnego stopniowania. Bądź jak bądź, klimat płaszczyznowy zdaje się być najodpowiedniejszym dla chorych sercowych. Poza to wystrzegać się oni winni długich i męczących podróży, albowiem te, sprzyjając wzmożeniu się napięcia tętniczego, stają się często źródłem ciężkich przypadłości zależnych od hipertensyi.

Ubranie nie powinno być ciasne, co szczególniej tyczy się gorsetów — o ile te wogóle mogą być tolerowane.

Chorzy tacy powinni się wyrzec lub nie obierać wcale zajęć, wymagających wysiłków fizycznych lub narażających na silne wzruszenia. Ponieważ polityka, że tak rzec, uspasabia niejako do cierpień sercowych, chorzy więc sercowi nie powinni czynnego brać udziału w sprawach, jej się dotyczących — toć nie jeden już z takich chorych działaczów silne wzruszenie, wywołane walką o sprawy społeczne, życiem przypłacił (Trubeckij). Praktyka lekarska, wyprawiająca lekarza tak często z regulaminu codziennego i narażająca na tyle rozmaitych przykrości i wzruszeń, a nieraz nawet i wysiłki fizyczne, musi być również wykluczona z zakresu działalności takich chorych. Najodpowiedniejsze są dla nich zawody „siedzące“, jak np. zawód literacki, zajęcie naukowe, spokojne zajęcie biurowe i t. p.

Co do rozrywek, to wszystkie takie, które związane są z wysiłkiem, jak wspinanie się pod górę, football, pływanie, fechtunek i t. p., powinny być wzbronione. Jazda na bicyklu, ze względu na to, że nieraz wywołuje przypadłości dotąd ukrytej albo też wznowia także wyrównanej wady serca, powinna być albo zupełnie

wzbroniona albo przynajmniej znacznie ograniczona. W ostatnim razie, ze względu na to, że niektórzy lekarze znajdują ją w pewnych przypadkach chorób sercowych pożyteczną, można by się jedynie zgodzić na nieszybką jazdę po równinie, a więc bezwarunkowe wystrzeganie się wspinania na wyniosłości. Nadto należy bacznie zwracać uwagę, jak jazda taka na chorego oddziaływa. Taką jazdą automobilem, o ile chory sam nim ma kierować, ze względu na silne parcie powietrza, podniecenie, niepokój oraz napięcie uwagi niezbędne dla unikania rozmaitych przeszkód i śledzenie drogi — okoliczności sprzyjające pojawianiu się ostrych przypadłości sercowych — bezwzględnie winna być zakazana. Dozwolona za to być może jazda jako pasażerowi w automobile zamkniętym i nie trzęsącym. Do rzędu rozrywek dozwolonych włączyć jeszcze można grę w karty, lecz nie hazardową i nie roznamietniającą.

Wreszcie omawia autor kwestyę również niezmiernie ważną: czy chorzy sercowi mogą zawierać związki małżeńskie? Zaznacza więc tu, że — o ile mężczyzna w związku takim szwanku widocznie nie ponosi (?), o tyle jednak dzieci, przezeń spłodzone, drogą dziedziczności podlegać mogą rozmaitym wrodzonym afekcyom sercowym oraz zaburzeniom troficznym, skazie rodziciela ich właściwym.

Co do kobiety, rzecz przedstawia się o wiele poważniej i ze względu na nią i ze względu na dziecko, nie tak groźnie jednak, aby usprawiedliwiała orzeczenie PETER'a: panna — niech nie wychodzi za mąż, mężatka — niech się wystrzega ciąży, matka — niech nie karmi; aczkolwiek bowiem LEYDEN śmiertelność ciężarnych sercowych podaje na 55%, MACDONALD na 67,7%, a BERRY HART nawet na 87,5%, to jednak dochodzenia POULIOT'a rzecz tę w odmiennem nieco przedstawiają świetle. POULIOT notuje przypadek chorej z wadą sercową, która zmarła dopiero podczas ósmej ciąży, BUDIN zaś spostrzegł takż przypadek zgonu w czasie piętnastej ciąży. VINAY na 5000 rodzących znalazł 80 chorych sercowych, z tych u 72 nie dało się zauważyć przypadłości (t.j. zaostrzeń) ze strony serca, u 6 stwierdzono objawy niedomogi (asytolia), u dwóch zaś objawy obrzęku płuc; z ośmiu owych chorych zmarły tylko dwie. DEMELIN z liczby 5162 kobiet — jedynie u 64, któ-

re ogółem przebyły 162 ciąży, stwierdził wady serca; ze 162 tych ciąż 62 miały przebieg prawidłowy, a ze stu pozostałych 3 jedynie zakończyły się zgonem ciężarnych. FELLNER w klinice prof. SCHAUTA'Y w Wiedniu z liczby 900 badanych kobiet u 22 znalazł organiczne wady serca; z 22 zaś tych przypadków, w dwóch tylko dały się zauważyć pewne zaburzenia ze strony serca podczas ciąży. CHAMPETIER na 5998 porodów w 68 przypadkach stwierdził wady organiczne serca; z 68 owych przypadków przypadłości sercowe pojawiły się w pięciu, z tych zaś znów dwa jedynie miały zejście śmiertelne. Tu więc odsetka przypadków zaburzeniowych równała się 8:62—śmiertelność zaś ich tylko 3,44%. Wreszcie i PORAK już w r. 1892 notuje, że liczba kardiopatek rodzących bez wypadków jest znaczna.

Z powyższych danych wypływa, że ciąża kobiet, dotkniętych chorobami serca — wbrew utartemu niejako mniemaniu, wcale tak bezwzględnie niebezpieczeństwem życiu ich nie zagraża. Z drugiej jednak strony pamiętać należy, że, jeśli u ciężarnej pojawiają się przypadłości sercowe, to zazwyczaj bywają one ciężkie i prawie w połowie takich przypadków kończą się śmiercią. Zgon następuje tu albo wskutek wyczerpania sprawności serca przy objawach niedomogi (*asystolia*), albo też wskutek charłactwa (*cachexie gravidæ cardiaque*), ujawniającego się po porodzie, albo wreszcie wskutek ostrego obrzęku płuc.

Otóż, zestawivszy wszystkie *pro* i *contra*, badacze tacy, jak POTAIN, VAQUEZ i VINAY, nie wzbraniają bezwzględnie — chorym sercowym wstępowania w związki małżeńskie, a zakreślają jedynie zawieraniu takich związków pewne granice. HUCHARD zabrania związków takich w przypadkach pojawienia się zaburzeń kompensacyi przed zawarciem małżeństwa; w przypadkach zwężenia aortalnego i mitralnego; nadto w przypadkach zmian mięśnia sercowego, zbyt- niego otłuszczenia serca, zrostów z osierdziem, zniekształceń klatki piersiowej, zmian gruźliczych w płucach, wreszcie w przypadkach zajęcia nerek — towarzyszących sprawom chorobowym serca. We wszystkich innych przypadkach na małżeństwo zezwolić można — o ile tylko kobieta ze względu na zajęcie swoje nie jest

zmuszona do uciążliwej codziennej pracy i znacznych wysiłków.

W razie zaszłej już ciąży, należy podawać pokarmy, zawierające jaknajmniej soli, zalecić unikanie wszelkich wysiłków i zmęczenia, a nawet zdaniem HUCHARD'a zalecić zupełny spokój (wypoczynek), počawszy od pierwszego miesiąca aż do końca okresu połogowego.

Podczas porodu należy bacznie śledzić za jego przebiegiem. Wrazie pojawienia się wtedy duszności trzeba poród przyspieszyć, uciekając się nawet w razie silnych i wyczerpujących bólów do użycia kleszczy lub dokonania obrotu. Jeśli płód jest nieżywy, nie należy ociągać się dla prędkiego ukończenia porodu — z użyciem basiotrybu. Wreszcie po ukończeniu porodu, w razie krwotoku, lepiej jest, o ile się da, unikać podawania ergotyny — albowiem krwotok taki, o ile nie jest zbyt obfity, może nawet do pewnego stopnia wywrzeć wpływ korzystny.

Wreszcie R. wzbrania matce karmienia dziecka piersią już choćby dlatego, że karmienie takie zazwyczaj zanadto ją wyczerpuje.

(Archives gener. de Medecine. N. 49. 1905 r.).

F. Gr.

34. K. VOHSEN. Leczenie nieżyty nosa ssawców i małych dzieci.

Nieżyt jamy nosowej nie tylko ze względu na ciężkie nawet niekiedy przypadłości, jakie u małych dzieci, a zwłaszcza u ssawców wywołuje, lecz również i ze względu na powikłania, jakich staje się powodem, na baczność ze strony pedyatrów zasługuje uwagę. Do powikłań takich, oprócz afekcyi średniego ucha, przewodu żołądkowo-kiszczowego oraz zapalenia płuc, zaliczyć też należy zapalenie opon mózgowodzeniowych, którego — w czasie epidemii tegoż liczne przypadki u dzieci dają się postawić w zależności od szerzenia się zarazka, gnieźdzącego się w wydzielinie nieżytowej nosa. W 29 przypadkach zejścia śmiertelnego u dzieci (z których 22 liczyło mniej niż 10 lat wieku), dotkniętych *meningitide cerebrospinali*, WESTENHOEFFER stwierdził istnienie nieżyty nosa. Według zaś WEICHSELBAUM'a i GHON'a *micrococcus meningitidis* w przypadkach tej sprawy chorobowej poza błonami mózgowodzeniowymi i wydzieliną nieżyty nosowego gdzieindziej w ustroju wykazać się prawie nie dał. Z powyższych więc względów

wczesne usuwanie nieżyty stanowi czynnik niezmiernie ważny bądź to w zapobieganiu, bądź też w leczeniu wymienionych przypadłości i powikłań, a może i szczególne ma znaczenie w czasie pojawienia się przypadków nagminnego zapalenia opon mózgodzeniowych.

Przypadłości, towarzyszące nieżytowi nosa, nie tyle zależą od obfitej wydzieliny, ile raczej od obrzmienia przewodów tego odcinka drogi oddechowej, *resp.* od trudności wydalania owej wydzieliny. Otóż w celu usunięcia obrzmienia u dorosłych autor na waciku, umocowanym na drucie, wprowadza do przewodów roztwór kokainy z paranefriną (*cocaini* 1,0 + *paranephrini* 2,0 + *aq. dest.* 20,0). Zabieg ten już w pół minuty prawie po zastosowaniu, drogą właśnie usunięcia owego obrzmienia, a *eo ipso* ułatwienia usunięcia wydzieliny, znaczną i często godzinami całemi trwającą daje choremu ulgę. Zapendzlowanie takiej dolnej i średniej muszli jest rękoczynem tak łatwym, że każdy go się wnet sam dokonywać uczy, zwłaszcza, że lekkie już dotknięcie wacikiem zupełnie tu wystarcza. Autor przekłada tu paranefrinę nad adrenalinę i suprareninę ze względu na to, że, stosując ją, unika się z lekka przyżegającego działania właściwego dwom ostatnim. Przy takim sposobie leczenia nieżyt przebiega bez szczególnie przykrych przypadłości i ustępuje już w dni kilka. Wszelkie zatem inne zabiegi, jak wdmuchiwanie proszków oraz natryski roztworów leczniczych, które ze względu na średnie ucho okazują się często wręcz szkodliwymi, stają się tu zgoła zbędnymi. Ponadto stosowanie maści z anestetyką (*anaesthesin.* 1,0 + *unguent. cerei rec. par.* 20,0 + *ol. amygd. gtt.* 5) w okolicy *introitus nasi* łagodzi dolegliwości zależne od ich zadrażnienia zapalnego (*erythema*) i zapobiega powstawaniu nadżar (*fissurae*).

U małych dzieci ze względu że te, a zwłaszcza ssawcy, niepotrafią wydalić nagromadzonej w nosie nieżytowej wydzieliny, przed pendzlowaniem roztworem paranefriny należy wydzielinę tę usunąć. W tym celu autor posługuje się rurką gumową; jeden jej koniec ukośnie ścięty — dla odróżnienia, że ten tylko do nosa wprowadzać należy, wsuwa w odpowiednie nozdrze, starając się je dokładnie obwodem rurki wypełnić, przez drugi zaś wdmuchuje powietrze bądź to ustami, bądź też za pomocą balonu, uni-

kając przytem nadmiernego ciśnienia. Postępując w ten sposób, daje się jednocześnie określić stopień drożności przewodów nosowych, ewentualnie, który z nich jest mniej, który więcej drożny. Przedmuchiwanie powinno się robić od strony węższej, albowiem w ten sposób ułatwia się odpływ wprowadzanego powietrza przez nozdrze drożniejsze i unika się — co ważne jest ze względu na ucho średnie, zbytniego parcia, jakiego utrudniony odpływ powietrza mógł powyżej miejsca zwężonego spowodować. U ssawców nadto już i sam krzyk sprzyja też odgraniczeniu przewodów nosowych od tyłu i dołu, a tem samem i wydalaniu wdmuchiwanego powietrza wraz z wydzieliną przez drugi wolny przewód nosowy. Przez skuteczniczenie u ssawca powyższego zabiegu przed każdorazowym podawaniem mu pokarmu usuwa się trudność przyjmowania tegoż, *resp.* picia, i po kilku już dniach stwierdzić się daje znaczna poprawa w ogólnym stanie wyczerpanego dziecka. U starszych dzieci autor zabieg ten stosował tylko w przypadkach, w których siła wydechania z tych lub owych względów okazywała się niedostateczną dla usunięcia nagromadzonej wydzieliny. Rękoczyn ten — zdaniem autora — okazuje też wpływ i na stan jam sąsiednich, łączących się z przewodem nosowym: prąd powietrza, przepływający przez ten ostatni, wywołuje w jamach owych powstawanie prądów wirowych i tą drogą sprzyja odrywaniu i usuwaniu znajdującej się w nich wydzieliny.

Ze względów dyagnostycznych manipulacja powyższa też niepoślednie oddaje usługi, zwłaszcza — że u drobnych dzieci, *ex re* drobnych rozmiarów ich przewodów nosowych rynoskopia często bywa bardzo trudna, a niekiedy nawet wprost niemożliwa. Należy tu więc mieć na uwadze *rhinitis acut.*, *chronica*, *simplex et blennorrhoeica*, *rhinitis fibrinosa*, *vegetationes adenoidae* i *athresia choanarum congenita*.

W stanach ostrych zapalnych (*rhinitides acutae*) otrzymana wydzielina pozwala zazwyczaj ustanowić należyte rozpoznanie.

Jeśli jama nosowa, przy słabem ciśnieniu wdmuchiwanego powietrza, okazuje się mało drożną, a więc jeśli powietrze słabo tylko przedostaje się ku stronie drugiego przewodu, albo też z obydwóch przewodów do jamy gardzieliwej, nadto jeśli po zapendzlowaniu wzmianko-

wanym roztworem kokainoparanefrynowym — który autor u dzieci w podwójnem stosuje rozcieńczeniu — wdmuchiwanie powietrze przez przewody łatwiej nie przepływa, przyczyną tego bywają zazwyczaj wyrośnięte adenoidalne; obecność tych ostatnich stwierdzają zazwyczaj oględziny, a w razach koniecznych nawet badanie palcem, aczkolwiek ostatniego zabiegu ze względu na jego brutalność, o ile możności, unikać się powinno. Zresztą w rozpoznawaniu należy tu być nader ostrożnym, silne bowiem jedynie obrzmienie błony śluzowej przewodów już samo przez się może niekiedy wywoływać objawy nader zbliżone do przypadłości zależnych od wyrośnię, zwłaszcza, że nawet krwawienie, tak łatwo ujawniające się w przypadkach wyrośnię, przy badaniu bądź to palcem, bądź też instrumentem, nierzadko zaznacza się i przy zwykłych stanach zapalnych (*rhinitis*) przewodów. To też nawet okoliczność, że wyrośnię adenoidalne, ze względu że sprzyjają gnieźdzeniu się zarazka (*DORNBLUTH*), mają szczególnie usposabiać do wybuchu *meningitidis cerebro-spinalis*, nie powinna bez stanowczego rozpoznania upoważniać do operacji.

W nader rzadko zdarzających się przypadkach wrodzonej niedrożności przewodu (*athresia choanarum*) — autor na ogólną liczbę 26000 obserwowanych przezeń różnych chorych, dotkniętych cierpieniami nosa, gardzieli i t. d., kilkanaście zaledwie widział przypadków bądź to jednostronnej, bądź to obu stronnej wrodzonej niedrożności: powietrze wdmuchiwanie żadną miarą przez przewód zarośnięty przedostać się nie może. Lecz i w takich razach zabieg taki drogą wprowadzenia rurki nie zamykającej w zupełności dotkniętego nieprawidłowością nozdrza i przedmuchiwanie dostępnej jamy stanowi najlepszy sposób usunięcia z niej wydzieliny. Zaletą omawianego przedmuchiwania jest jeszcze i to, że jest ono bardzo łatwe w dokonywaniu, nie narażające na przypadłości uboczne ze strony ucha lub krtani, baczyć tylko należy, żeby do nosa nie wprowadzać końca rurki, przeznaczonego dla wdmuchujących ust, oraz żeby przy zabiegu — do nosa nie przedostawało się cośkolwiek z jamy ustnej przedmuchiującego. Ostatniej ewentualności w części zapobiega długość samej rurki (27 cm.) — zresztą, zamiast ust do wdmuchiwania, można się tu posługiwać bala-

nem. Nadto uważać należy, żeby rurkę wprowadzać zawsze od strony węższego przewodu, żeby ciśnienie wdmuchiwanego powietrza było umiarkowane i dostosowane do stopnia drożności przewodu, ażeby w ten sposób uniknąć choć znacznie tu mniej prawdopodobnego, niż przy przestrzykiwaniu płynem, przedostawania się cząsteczek wydzieliny nosowej, *resp.* infekcji *per tubam* do ucha średniego.

Co się zaś tyczy stosowania roztworu paranefryny, to ten, po odchyleniu głowy dziecka ku tyłowi, wprowadza się na waciku (wielkości grochu) i tenże w przewodzie zlekka naciska ku skrzydłom, t. j. zewnętrznym ścianom nosowym. Wreszcie roztworem u małych dzieci należy się jedynie posługiwać w przypadkach silnego obrzmienia; zazwyczaj można się ograniczyć do samego tylko systematycznego przedmuchiwania, albowiem zbyt częste stosowanie roztworu może się niekiedy okazać szkodliwe.

Zaznacza wreszcie autor, że zabiegi, wyżej podane, czynią zupełnie zbytecznym dotąd nawet jeszcze praktykowane, choć często wprost szkodliwe przestrzykiwanie jamy nosowej, jak również, że usuwają potrzebę stosowania w przypadkach sufokacji wskutek silnego nieżyty u dzieci heroicznego poniekąd zabiegu HENOCH'a (wyciąganie języka za pomocą nitki katgutowej przeprowadzonej przez koniuszerek jego), dalej że w przypadku nieżyty u dziecka, u którego stwierdzono *macroglossiam* oraz ciężki stan ogólny wskutek utrudnionego oddechania i upadek odżywiania, przy stosowaniu zabiegu obeszło się zupełnie bez zamierzonego usunięcia domniemywanego, obrzmiałego migdałka gardzielowego (*tonsilla pharyngea*) oraz bez owego zabiegu HENOCH'a. Poza tem notuje jeszcze przypadki *rhinitidis*, w których nawet *ex re* ciężkich objawów sufokacyjnych i w podejrzeniu sprawy krtaniowej dokonywano niepotrzebnie tracheotomii, albowiem przypadłości takie w przypadkach podobnych, przezeń obserwowanych, usuwać się dawały drogą praktykowanej przezeń metody.

(Berlin. klin. Woch. N. 40. 1905 r.).

F. Gr.

35 GRASSMAN. Kilka doświadczeń z Digalenem.

Naparstnica, będąc środkiem znakomitym i niezbędnym dla terapeuty, posiada jednak spo-

re wady. Przedewszystkiem zawartość czynnika działającego w świeżych liściach ulega wahaniom w granicach aż 100%, w starszych (odleżałych) zmniejsza się czasem o 400%.

Mniej więcej to samo dotyczy nalewek i wyciągów naparstnicy. Z innych wad wymienić należy niekorzystne oddziaływanie na laktowanie przez podrażnienie błony śluzowej żołądka, silna reakcja przy wstrzykiwaniu podskórnem, wreszcie powolne działanie.

Nie dziw więc, że wyrodziła się potrzeba takiego przetworu naparstnicy, któryby sprowadzał czyste działanie naparstnicy na układ krwionośny, bez wszelkich objawów ubocznych.

Preparatem tym ma być otrzymany przez CLOETTA'ę digalen.

Digalen, jest to digitoksyna rozpuszczalna (*digitoxinum solubile*), czem się różni od nierozpuszczalnej digitoksyny SCHMIEDEBERG'a, przedstawia bezkształtny, biały proszek i jest, zdaniem CLOETTA'y pierwiastkiem skutecznym w naparstnicy.

W sprzedaży znajduje się digalen rozpuszczony w 25% glicerynie, przyczem 1 ctm. sz. zawiera 0,3 mgr. (0,0003) digalenu. Najczęściej bywa digalen stosowany *per os*.

Szereg badaczy, pomiędzy nimi i NAUNYN, wstrzykując digalen podskórnym, widzieli szybki i energiczny skutek, lecz, jak niektórzy twierdzą, niezawsze bez reakcji skórnej. Ostatnie prace zalecają zamiast podskórnych wstrzykiwania mięśniowe, jako zupełnie niebolesne.

Wreszcie KOTTMAN i inni probowali wstrzykiwania dożylnie. Ogromną zaletą tych ostatnich jest szybkość, bo po ½—1 godzinie występujące działanie, polegające na podniesieniu ciśnienia o 30—40 mm., bardzo znacząco zwolnieniu tętna, oraz wzmożeniu diurezy w takich przypadkach, jak osłabienie serca w *asthma cardiale*, gdzie przedtem niepodobna było oczekiwać szybkiego działania naparstnicy, staje się to dzięki doświadczeniom KOTTMAN'a możliwem.

Ponieważ przy wstrzykiwaniach żylnych digalen zostaje prędko z organizmu wydany, trzeba wstrzykiwać w dawkach do 4—4,5 mgr., t. j. 15 ctm. sześciennych roztworu (cena takiego wstrzyknięcia wynosi w Niemczech około 3 marek).

Doświadczenie autora jest niewielkie, wynosi bowiem tylko 12 przypadków z zastosowaniem *per os*.

Rezultaty naogół są bardzo dobre; wypływa z nich, że w paru przypadkach li tylko digalenowi przypisać należy poprawę działalności serca. Bezsilnym okazał się on, zarówno jak i inne preparaty naparstnicy w bardzo wczesnym stadium choroby sercowej, w arytmii wskutek zmian w mięśniu (chroniczne *Myocarditis*) i w jednym przypadku *asthma cardiale* u 78-letniego człowieka z miażdżycową niedomykalnością zastawki aortalnej oraz powiększeniem lewego serca.

Autor przekłada ten preparat ponad inne preparaty *digitalis* z powodu obojętności względem przewodnictwa pokarmowego, energicznego, szybko następującego i długo trwającego działania.

St. Org.

36. I. STUMPF. Przyczynek do leczenia cholery azjatyckiej.

Notuje tu autor, że już od jakich lat pięciu w przypadkach *cholera nostras* u dzieci i dorosłych posługiwał się glinką (*Bolus alba pulv. officin.*) jako środkiem (którego nieszkodliwość podkreśla na zasadzie wielolicznych na sobie samym dokonywanych obserwacji),—doskonale w takich razach oddziaływającym, że środek ten nie zawodzi również pokładanych w nim nadziei i w przypadkach cholery azjatyckiej, spostrzeganych i leczonych przezeń przed kilkoma miesiącami. Dla otrzymania jednak pożądanego skutku przy ordynowaniu go niezbędnem jest, aby przewód żołądkowo-kiszkowy był należycie opróżniony—co zresztą zazwyczaj bywa już wynikiem samej sprawy chorobowej, oraz, żeby podawać go w dużych ilościach: dorosłym 70,0—100,0 grm.,—dzieciom 30,0 grm.—ssawcom 10,0—15,0 grm. Przy takim leczeniu wymioty ustają, jeśli nie po pierwszej, to już po drugiej częściowej dawce leku, w miejsce ich z wielką ulgą dla chorego zjawia się odbijanie; jeśli była gorączka, to ta już po upływie ½ godziny lub nawet wcześniej nieco—znacznie się obniża wśród potów na modłę przełomowego spadku temperatury w zapaleniu płuc.

Jako znamienny objaw zaznacza się przytem zazwyczaj u chorego wielka sennosc (po-

trzeba snu), tak że wypada go często budzić, aż do zużycia przezeń wyżej wzmiankowanej ogólnej ilości leku — która to całkowita ilość winna być przyjęta w okresie czasu nie dłuższym nad minut 20 do 30-u.

Niezmierznie ważną również jest rzeczą, ażeby choremu nie podawać w przeciagu pierwszych 18 — 24 godzin żadnego pokarmu, ani też alkoholu w jakiegokolwiek bądź postaci.

Zdaniem autora, nawet w przypadkach daleko posuniętych leczenie takie jeszcze daje dobre wyniki.

Lek w ogólnej ilości 100,0 grm., roz miesza-ny w $\frac{1}{2}$ litrze wody, powinien być podawany częściowymi dawkami i za każdym podawaniem rozczyn troskliwie wstrząsany.

Śsawcy przyjmują go z flaszki dość chętnie; u dzieci starszych, gdyby te zażyć go się wzdragały, uciec się należy do sondy i za pomocą tej całą przepisaną ilość za jednym zachodem do żołądka wprowadzić.

Autor sądzi, że takie zawarcie chorobotwórczych drobnoustrojów w masę nieorganiczną, nie rozkładającą się, — w stanie nader subtelnego rozdrobnienia przeszkadza dalszemu ich rozmnażaniu się, *resp.* wytwarzaniu się toksyny, a tem samem sprzyja ustępowaniu sprawy chorobowej — sądzi, że chociaż *cholera asiatica* i *gastroenteritis* są sprawami różnorodnemi, to jednak środek, który niszczy drobnoustroje może

się skutecznym okazać równie w jednej, jak i w drugiej sprawie chorobowej, aczkolwiek spowodowanych bakteriami różnoimiennemi.

(Berlin, Klinisch. Woch. 37—1905 r.)

F. Gr.

37. LENGEFELD. Leczenie nadmiernego pocenia się Lenicetem.

W terapii pocenia się dominujące miejsce zajmuje formalina. Nie zawsze można ją jednak stosować, gdyż częstokroć wywołuje zapalenie błon śluzowych, a przy zadrach i uszkodzeniu naskórka wywołuje silne bóle. Czasami zresztą nawet w przypadkach normalnych nie przynosi spodziewanych korzyści.

Autor proponuje nowy preparat, Lenicet, zbliżony do octanu glinu, zawierający do 70% kwasu octowego i 30% glinu.

Z początku stosowano czysty lenicet, lecz później doświadczenie wykazało, że połączenie z talkiem lub pudrem (20% — 50% lenicetu) działa niemniej dobrze; wracać do czystego lenicetu wypadło nader rzadko. Preparat należy wcierać dwa razy dziennie, a przy poceniu się nóg prócz tego wsypywać w pończochę. Gdy wydzielanie potu wracało do normy, zalecano kontynuować środek czas jakiś raz lub dwa razy na tydzień.

(Deut. Med. Wochensch. N. 36. 1905).

Henryk Goldberg.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie Sekcyi Ginekologicznej
z dnia 25 stycznia 1906 r.

1) KURTZ St. przedstawił chorą z *defectus vaginae et uteri*. Na miejscu pochwy jest zaledwo mały ślepy woreczek; *per rectum* na miejscu macicy wyczuwa się niewielkie ciało wielkości migdała.

2) LEŚNIEWSKI A. pokazał preparat wyciętych obustronnie jajowodów.

Lewy jajowód przedstawia się pod postacią torbieli o cienkich ścianach, wielkości małego jabłka, fimbryi niema ani śladu; zrosły się one, a na miejscu zrostu widać gwiazdowatą bliznę, powyżej torbieli wymacuje się na trąbce

w miejscu *isthmus salpingis* znaczne zgrubienie ściany trąbki.

Tuż obok ściany torbielowato rozszerzonej trąbki leży torbiel przyjajnikowa, wielkości dużej śliwki.

LEŚNIEWSKI sądzi, że preparat ten może służyć do zobrazowania powstawania torbieli t. zw. trąbko-pryjajnikowych.

Zdaniem niektórych autorów, torbiele trąbko-jajnikowe i trąbko-pryjajnikowe powstają w taki sposób, że, gdy mamy *hydrosalpinx* i jednocześnie torbiel jajnikową lub przyjajnikową, wówczas zbliżają się te twory do siebie, ściany ich zrastają się, w miejscu zrostu ściana ulega przedziurawieniu, i otrzymuje się ostatecznie torbiel trąbko-pryjajnikową.

Preparat, przedstawiony przez L., jest w okresie, poprzedzającym okres zrośnięcia się torbieli trąbkowej z torbielą przyjajnikową.

Torbiel jajowodu prawego (przy odluszczeniu pęklä) była o wiele większa. Ściana jej bardzo cienka, zawartość surowicza, brunatno zabarwiona. Na niej także nie widać fimbrii, tylko spostrzega się gwiazdowatą bliznę, odpowiadającą miejscu zrośnięcia ich.

I tu powyżej rozszerzenia widać było znaczne zgrubienie ściany trąbki.

Po przecięciu podłużnem tego miejsca L. wziął kawałek ściany do zbadania histologicznego.

Na skrawkach nie znalazł nic, coby przypominało sprawę gruzliczą na śluzówce lub w głębi ściany trąbki (podejrzenie na tę sprawę było z powodu wyraźnego stłumienia w lewym wierzchołku, zaostrego oddechu oraz nielicznych rzężeń).

W miejscu owego zgrubienia trąbki widział się natomiast (wyraźnie widać to było na obrazie preparatu, rzuconym na ekran za pomocą epidiaskopu) przegrodę ze zbitą tkanką łącznej, która w miejscu tem zupełnie zamykała światło trąbki, oddzielając owo torbielowate rozszerzenie od światła pozostałej części trąbki.

Pozatem widać było w głębi ściany jajowodu przestrzenie, wysłane mniej lub bardziej ładnie zachowanym nabłonkiem wałeczkowatym, czasami zaopatrzonym w migawki, jak to spostrzega się w przypadkach *salpingitidis pseudo-follicularis*.

L. sądzi, że w przypadku przedstawionym obustronne *hydrosalpinx* było następstwem *salpingitidis catarrhalis chronicae*.

3) STANISZEWSKI Wł. omawia przypadek, dotyczący chorej, znajdującej się w oddziale kolegi GRZANKOWSKIEGO w szpitalu Dz. Jezus.

Była *pyosalpinx dextra* z wysiękiem w tylnym sklepieniu; jajowód, grubości 2 palców, sprężysty, chelboczący, wyczuwał się wyraźnie w postaci kielbaski, zakreślającej łuk od prawego rogu macicy w kierunku tylnego sklepienia; chora gorączkowała.

Po jakimś czasie ciepłota podwyższona wraz z omawianym guzem zniknęła; skonstatowano natomiast otwór w tylnym prawym sklepieniu, drożny dla zgłębnika na 3 cm. (rzadkie miejsce samodzielnego otworzenia się ropnia). Pozostało tylko stwardnienie w tylnym sklepieniu.

GRZANKOWSKI przytacza analogiczny przypadek z prywatnej praktyki, obserwowany wraz z kol. SAWICKIM

4) STEINHAUS omawia raka macicy ze strony anatomicznej.

Mówca na wstępie streszcza obecny stan wiadomości o raku wogóle, omawia kwestię budowy makro- i mikroskopowej, histogenezy, wzrostu, przemian wstecznych, nawrotów i przerzutów, roztrząsa kwestię etiologii i zaznacza swoje stanowisko antyparazytarne, poczem przechodzi do szczegółowej anatomii raka macicy, którego trzy umiejscowienia w tym narządzie (część pochwowa, szyja, trzon) rozpatruje oddzielnie.

W opracowaniu STEINHAUSA znajduje uwzględnienie zarówno makroskopowy, jak i mikroskopowy obraz, drogi szerzenia się, przebieg i zejście raka macicy.

Na zakończenie S. omawia kwestię rozpoznawania i zaznacza, że wczesne rozpoznanie, które ma tak wielkie znaczenie dla powodzenia ewentualnej operacji, może być pewnem tylko, jeśli dokonana zostanie analiza mikroskopowa wycinków lub wyskrobin. Twierdzenie to popiera szeregiem przykładów, wykazujących, że we wczesnych okresach rozwoju raka kliniczne badanie niekiedy skłania do rozpoznania raka tam, gdzie badaniem mikroskopowem udaje się wykluczyć takie rozpoznanie.

M. Rylko.

VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
Własność państwowa francuska



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisywającego wody.

VICHY CÉLESTINS

Staboci żołądka,
pęcherza,

dolegliwości wkrzyśach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Staboci wątroby i organów które wydzielają.

VICHY HOPITAL

Staboci żołądka i
kiszki

Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej
z wody.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydające jednej chwili wodę
alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształ Nowo-karlsbadzkie kryształ Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla podbudzania przemiany materji, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagra, a w szczególności w cukrzyce. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wsypując zawartość całej rurki lub też połówki do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej: Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA
Nowy-Swiat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

Nowe katalogi ilustrowane franko

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgji

najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko



Sprzedaż wszędzie. Hurtowa

WARSZAWA

Marszałkowska Nr. 137, telefonu 605

Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Zakład Lecznicy dla chorych NA USZY

D-ra Guranowskiego

Nowy-Swiat 41.

Pokoje dla chorych stałych. Ambulatorium codziennie od 11—1 p. p.