

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 15.

Warszawa d. 14 Kwietnia 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 pismem 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 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Obecny stan wiedzy o tak zwanej otosklerozie. Podał D-r L. Guranowski. (Ciąg dalszy). — Tetno i ciśnienie krwi u chorych na gruźlicę płuc. Podał St. Gałęcki. (Dokończenie). — Odczyty kliniczne. Asthma cardiale i angina pectoris. Sprawozdawca d-r med. Wł. Chodecki. — Streszczenia i wyciągi. 47. Leczenie gruźlicy solami wapniowymi. 48. O głębokich wstrzykiwaniach alkoholu z kokainą lub stovainą przy neuralgii nerwu trójdzielnego i innych. 49. O rozpoznawaniu obecności kamieni w przewodzie żółciowym wspólnym. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z d. 5 grudnia 1905 r. — Drobne wiadomości. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Guranowski — Sur l'état actuel d'otosclérose. 2) St. Gałęcki — Lepouls et la pression sanguine chez les phthisiques.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r L. Guranowski — Ueber den heutigen Stand der Otosclérosefrage. 2) St. Gałęcki — Der Puls und der Blutdruck bei Phthisikern

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

PRACE ORYGINALNE.

Obecny stan wiedzy o tak zwanej OTOSKLEROZIE.

Podał

D-r L. GURANOWSKI.

(Odczyt wygłoszony w Warsz. Tow. Lek. d. 20 III. 1906 r.).

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 14).

KATZ⁶⁾ nie zgadza się z poglądem SIEBENMANN'a, że postępujące wytworzenie się mas

⁶⁾ Katz. Anatomischer Beitrag zur Frage der bei dem trockenen chron. Mittelohrkatarrh (Sklerose?) vorkommenden Knochenkrankung des Schläfenbeins (chronische vasculäre otitis Vollmann) mit einigen Bemerkungen. Archiv f. Ohrenh. Tom 53.

gąbczastych w szkielecie kostnym błędniaka jest ostatnim okresem rozrostu kośćca ślimaka i uważa raczej wytwarzanie się przestrzeni szpikowych jak również nowowytworzone kości w szklerozie za produkt sprawy zapalnej, której punktem wyjścia jest stałe zapalenie okostny jamy bębenkowej. Pogląd swój opiera KATZ na preparacie następującym: młotek i kowadełko w wysokim stopniu osteoporotyczne (gąbczaste), staw odpowiedni silnie zajęty, toż samo tyczy się ścian attyki i części sąsiednich przewodu słuchowego zewnętrznego. Istnieją patologiczne przestrzenie szpikowe, powstałe dawniej w kość.

cu błędnika w pobliżu przedniej części okienka owalnego i sięgają do podstawowego skrętu ślimaka, a raczej do wewnętrznego przewodu słuchowego i po części do *semicanalis tensoris tympani* i kanału twarzowego. Na *promontorium* wykwit kostny (osteofit), zwężający niszę okienka owalnego i utrudniający ruchy strzemięcia. Kostnej synostozy stawu strzemięcia przedsiolkowego nie ma. Podstawa strzemięcia jest prawie normalna, zarówno jak i symfiza. Wszystkie miejsca, zawierające przestrzenie szpikowe (resorbeycia i apozycyja), barwią się charakterystycznie karminem i hematoksyliną. W jamie bębenkowej (*atticus*) liczne włókna łącznotkankowe, ściśle zrosnięte z wyścielającą ją błoną śluzową i okostną, jako produkty poprzedzającego zapalenia ucha średniego. Atrofia nerwu ślimaka w *lamina spiralis ossea* dolnego skrętu ślimaka. Organ CORTIE'go i komórki zwojowe niezmiennione. KATZ zaznacza odnośnie powyższego przypadku co następuje: 1) nie ma jeszcze kostnej ankilozy strzemięcia; 2) stan chorobowy kości nie ogranicza się do kośćca błędnika, lecz dotyczy również młotka i kowadełka i 3) w jamie bębenkowej są zmiany, wskazujące na przebyte poprzednio zapalenie ucha średniego. Wobec tego sądzi KATZ, że zmiany kostne w sklerozie są pochodzenia zapalnego i wynikiem *ostitis vascularis chronica ossis temporum*, którą utożsamia z *ostitis vascularis VOLLKMANN'a*.

Pogląd swój KATZ opiera na znaczeniu, jakie posiadają kanały HAVERS'a i przebiegające w nich naczynia przy tworzeniu się przestrzeni szpikowych; widział bowiem w świeżych przypadkach bardzo wyraźnie nowo wytworzone szerokie kapilary w kości chorobowo zmienionej.

Sprawa, odbywająca się w kości skalistej, przebiegająca bez żadnego ropienia, wywołująca wessanie starej kości i wytwarzanie nowej znacznie lżejszej tkanki kostnej jest zdaniem KATZ'a identyczna z chronicznąaskularną *ostitis VOLLKMANN'a*, w której również z kanałów HAVERS'a wytwarzają się nowe kanały z na-

czyniami, przebijającymi w różnych kierunkach system blaszek, tworząc przestrzenie szpikowe, które w końcu prowadzą do zaniku kości i osteoporozy.

HABERMANN wreszcie podniósł tę okoliczność, że sprawa chorobowa w kości rozpoczyna się tam, gdzie większe lub mniejsze naczynia z okostny wnikaają do kości, i że rozszerza się dalej w kości również wzdłuż naczyń.

Z powyższego szczegółowego przedstawienia wyników badań mikroskopowych POLITZER'a, SIEBENMANN'a, Ed. HARTMANN'a i KATZ'a, jako podstawowych, wynika zatem, że istotę sklerozy pod względem anatomo-patologicznym stanowią oddzielne ogniska chorobowe w kośćcu błędnika i to przeważnie w okolicy okienka owalnego, prowadzące prawie zawsze do ankilozy strzemięcia. Według SIEBENMANN'a ogniska te znajdują się przeważnie tam, gdzie istnieją resztki pierwotnej chrząstki.

W przypadkach świeżych znajdujemy tylko ogniska *ostitis vasculosae*. Nowo wytworzone kapilary w pierwotnym ognisku zapalnym wywołują zanik kości i warunkują nienormalne przestrzenie szpikowe (ogniska gąbczaste). Wessanie kości przedewszystkiem wywołują osteoklasty, zaś wypełnienie przestrzeni szpikowych nową tkanką kostną — osteoblasty.

Chociaż nie posiadamy dużych i dokładnych statystyk, dotyczących otosklerozy, to jednak z dotychczas ogłoszonych można wysnuć niektóre wnioski. Z zestawień BEZOLB'a wynika, że skleroza częściej spotyka się u kobiet, niż u mężczyzn. Stosunek ten wynosił za 3 trzylecia od 1884—1892: 60,2%, 57,4% i 66,1% kobiet. DENKER w ciągu 8 lat spostrzegł 306 przypadków sklerozy 178 razy (58,2%) u kobiet i 128 razy (41,8%) u mężczyzn. Na 40 przypadków synostozy strzemięcia, opisanych przez PANSÉ'go w książce „Ueber Starrheit der Paukenfenster”, było 21 kobiet i 19 mężczyzn ze sklerozą. Przeglądając swoje księgi chorych za ostatnie dziesięciolecie, znalazłem zanotowanych 396 typo-

wych przypadków otosklerozy, z tych przypada 225 przypadków na kobiety i 171 na mężczyzn.

Ed. HARTMANN na 33 przypadki otosklerozy z unieruchomieniem stawu strzemiopredsiönkowego, u których dokonano sekcji, stwierdził otosklerozę 18 razy u kobiet i 15 razy u mężczyzn. WALB (podręcznik SCHWARTZ'ego) również zwraca uwagę na częstość występowania otosklerozy u kobiet i czyni ją zależną od złego stanu krwi i wydatnej anemii, częściej spotykanej u kobiet, niż u mężczyzn.

Wobec tego iż otoskleroza u kobiet najczęściej występuje w okresie ciąży i porodu, należałoby przypuszczać, że zmiany kostne, występujące podczas ciąży w innych kościach szkieletu, występują i w kości skalistej i prowadzą do zwyrodnień gąbczastych i tworzenia osteofitów. Przeczą temu jednak najnowsze badania nad zmianami kostnymi w sprawach puerperalnych, opisane przez HANAU'a, w których zmiany kostne znacznie się różnią od zmian kostnych, występujących w sklerozie ucha. Muszą tu więc istnieć inne przyczyny, wywołujące powyższe zmiany kości błędnika i unieruchomienie stawu przedsiönkowo-strzemiączkowego.

Ogólnie wiadomo, że skleroza ucha bardzo często spotyka się w pewnych rodzinach dziedzicznie. BEZOLD stwierdził 52%, SIEBENMANN 35%, DENKER 40,5% dziedzicznie obciążonych. W moich przypadkach udało się w 33% przypadków wykazać dziedziczne obciążenie. KÖRNER⁷⁾, rozpatrując sprawę dziedziczności sklerozy ucha, zaznacza, że wykazanie dziedziczności w danych przypadkach nie powinno się ograniczać na wywiadach co do najbliższych krewnych, lecz polegać na otrzymaniu kompletnych drzew genealogicznych sklerotyków. Dotychczas istnieją w literaturze dwa takie drzewa genealogiczne HAMMERSCHLAG'a⁸⁾ i jedno KÖRNER'a.

W przypadkach HAMMERSCHLAG'a i KÖRNER'a dziedziczność dotyczy pięciu rodzin, u których skleroza wystąpiła na ogół 43 razy, *resp.* u 8, 8, 3, 8 i 16 osobników. W tych 43 przypadkach otoskleroza wystąpiła 26 razy u kobiet i 17 razy u mężczyzn.

W pierwszym pokoleniu *resp.* pozornie pierwotnie wystąpiła skleroza w 7 przypadkach. Odziedziczona była skleroza w drugim pokoleniu 17 razy. Odziedziczona w trzecim pokoleniu 12 razy. Odziedziczona w czwartym pokoleniu (w 2-giej rodzinie, spostrzeg. przez HAMMERSCHLAG'a) 7 razy. W najmłodszym pokoleniu ostatnio wymienionej rodziny dziedziczność dotyczyła 7-ga dzieci obojga rodziców chorych na otosklerozę i przytem spokrewnionych. Zwyczajnie tylko jedno z rodziców przenosiło chorobę na dzieci. Od ojca dziedzictwo przechodziło na dzieci 10 razy, od matki 18 razy, od ojca i matki 7 razy. Prócz tego dziedziczyli: syn od ojca 5 razy, córka od ojca 5 razy; syn od matki 9 razy, córka od matki 9 razy; syn od ojca i matki 2 razy, córka od ojca i matki 5 razy.

KÖRNER w dalszym ciągu swej pracy zadaje sobie pytanie, w jaki sposób można wyjaśnić istotę sklerozy na zasadzie praw dziedziczności? Ażeby dać odpowiedź na powyższe pytanie, podaje KÖRNER w streszczeniu poglądy MARTIUS'a na biologiczne prawa dziedziczenia i znaczenie tych praw dla patologii. Ponieważ sprawa dziedziczności wielokrotnie była poruszana w prasie lekarskiej i ostatnio na zjeździe internistów w Wiesbaden w roku zeszłym przez ZIEGLER'a i MARTIUS'a, przeto pozwalam sobie w tem miejscu streścić poglądy tych autorów, rzucające niejakié światło na dziedziczność wogóle i na dziedziczność w patologii w szczególności. Sprawę dziedziczności w patologii poruszył również ORTH⁹⁾ w r. 1904 w Berlińskim Tow. Lekar-

⁷⁾ Körner. Das Wesen der Otosklerose im Lichte der Vererbungslehre. Zeit. f. Ohrenheil., T. 50. 1905 r.

⁸⁾ Wiener klin. Rundschau, 1904. N. 1.

⁹⁾ Orth. Die Bedeutung der Erbllichkeit in der Pathologie. (Vortrag in der Berl. Med. Gesellsch. 20 Januar. 1904).

skiem. ORTH zwraca przede wszystkim uwagę na niewłaściwość utożsamiania własności odziedziczonych z własnościami wrodzonymi. Dziecko np., urodzone z objawami syfilisu, niektórzy uważają za obarczone syfilisem dziedzicznym, gdy tymczasem jest to syfilis wrodzony (*congenital*). Co jest odziedziczone, będzie zawsze wrodzone, lecz nie odwrotnie. Dziedzictwo (*das Erbe*) przodkowie oddają swym potomkom w komórce zarodkowej, t. j. w nasieniu lub jajach. Z chwilą więc kopulacji dwu osobników, indywiduum jest już wyposażone w swoje dziedzictwo, wszystko zaś co potem przybywa, już nie jest odziedziczone, lecz tylko nabyte. Czy coś zostanie nabyte w życiu zewnątrzmacicznym lub wewnątrzmacicznym, to już będzie rzeczą obojętną. Do wewnątrzmacicznych własności nabytych zaliczają się wszystkie choroby płodu, np. wrodzona stenoza kiszek jako następstwo wewnątrzmacicznego wgłębienia, lub potworności, wywołane zrostami amnionu, i wreszcie skrzywienia stawów przez zbytne obejmowanie płodu przez matkę. Tak samo jak się mówi o syfilisie nabytym w razie zarażenia dziecka w drogach rodnych, tak samo można mówić przy wewnątrzmacicznym zarażeniu tylko o syfilisie nabytym — o syfilisie łożyskowym. Jeżeli zarażenie wywoła chorobę — dwa pojęcia, które należy ściśle odgraniczyć, to wtedy możemy mówić o łożyskowej chorobie zakaźnej.

Ogólne biologiczne rozumowanie skłania nas również do rozróżniania dwóch pojęć, t. j. odziedziczania i nabycia. Przy dwupłciowym rozmnażaniu zmuszeni jesteśmy przyznać potencjonalną równoznaczność obu zarodków. Zaniedbujemy jednak ową równoznaczność w stosunku do matki i przyznajemy tylko nieznaczny wpływ właściwościom matki na płód już po spółkowaniu. Jeżeli na złożone jajo ptasie oddziała wpływ zewnętrzny i powstaną wskutek tego u pisklęcia własności patologiczne, to nikt nie będzie je uważał za odziedziczone. To samo odnosi się i do płodu,

który przypadkowo znajduje się jeszcze w narażach rozrodczych matki. Można do jaja ptasiego wprowadzić laseczники gruźlicy i wylęgłą się pisklętą, posiadającą laseczники, nie jest to jednak odziedziczenie. Nie będzie również odziedziczonym, gdy laseczники dostaną się do embryonów i przypadkowo pochodzą od matki — będzie to znów tylko zakażenie łożyskowe. Zdaniem ORTH'a, należy się nawet posunąć jeszcze dalej i nie nazywać odziedziczonym nawet tego, co przy spółkowaniu przeszło do zarodków. Jeżeli np. sperma sama przez się zdrowa, zabiera przypadkowo ze sobą laseczники gruźlicze i zarodek staje się gruźliczym, to i w tym przypadku gruźlica nie będzie odziedziczona, lecz nabyta jako zarodkowe zakażenie (*germinale Infection*). Ma to miejsce i wtedy, jeżeli laseczники pochodzą od ojca i przypadkowo znajdą się w spermie. Odziedziczone będzie tylko to, co zależy od wewnętrznych, morfologicznych, fizycznych i chemicznych własności komórek zarodkowych. Wynika stąd, że większość chorób wrodzonych, a szczególnie wszystkie wrodzone choroby zakaźne, nie są odziedziczone, lecz nabyte. ORTH wogóle wątpi, czy istnieją choroby odziedziczone, gdyż z komórki zarodkowej nienormalnej nie mogą się rozwinąć zupełnie normalnie rozwinięte embryony. Może i słaba zdolność do życia i niedostateczny rozwój dzieci, pochodzących od starych rodziców, polega na niewłaściwym składzie komórek zarodkowych i objaśnić nam może dystrofię dzieci rodziców syfilitycznych. Przytem choroba, jako taka, się nie dziedziczy, lecz istnieją pewne odrębne właściwości w budowie lub też w chemizmie części lub całego płodu. One to właściwie wyrażają skłonność do chorób, gdyż, zdaniem ORTH'a, dziedziczy się tylko owa skłonność do chorób. Tak jak według WEISSMANN'a plazma zarodkowa warunkuje ciągłość gatunku, tak samo warunkować może i jego zmienność i dalszy filogenetyczny rozwój. Pewne różnice plazmy zarodkowej muszą zatem warunko-

wać i odziedziczone patologiczne własności. W jaki sposób powstaje owa różnorodność plazmy zarodkowej? Najprawdopodobniej pod wpływem czynników zewnętrznych. Czynniki te mogłyby oddziaływać na plazmę zarodkową pierwotnie naprzód na samą plazmę lub też wtórnie naprzód na somę. Jako przykład pierwszego oddziaływania może służyć spostrzeżenie, zrobione przy sztucznej hodowli ryb, w której jajka pod koniec tarła wydają więcej potwornych płodów, aniżeli w początku. Wtórne oddziaływanie stwarzają warunki nabywania nabytych właściwości somy. Wątpliwą jest jednak rzeczą, czy warunki takie wogóle istnieją. Rzekome dziedziczenie nabytych zniekształceń, jak obrzezanie, koty z krótkimi ogonami, niczego nie dowodzą. Nie udawały się również próby na drodze doświadczalnej (obcinanie ogonów u szczurów, wycinanie śledziony, zniekształcanie mózgu etc.). Najzrozumialsze są zmiany chemiczne, oddziaływające na ciało i wpływające na plazmę zarodkową. Od tych wpływów chemicznych oczekuje ORTH wyjaśnienia w przyszłości omawianych kwestyi.

(C. d. n.).

Z Sanatorium d-ra Brehmer'a w Goerbersdorfie.

Tętno i ciśnienie krwi u chorych na gruźlicę płuc.

Podał

Stanisław Gałęcki (asystent).

(Dokończenie. — Zob. N. 14).

Po przytoczeniu ogólnych wyników moich pomiarów, chcę się zastanowić nad tem, czy wysokość ciśnienia ma jakiekolwiek znaczenie prognostyczne w gruźlicy płuc. Będę tutaj postępował według tej samej zasady, którą przy-

jąłem przy rozwiązywaniu tej samej kwestyi odnośnie do częstości i formy pulsu. Co się zaś tyczy podziału wysokości ciśnienia, to uwzględnię tutaj tylko dwa działy: jeden obejmie wysokości do 100 mm. włącznie, drugi zaś powyżej 100 mm. Przyznaję, że jest to podział sztuczny, ale w ten sposób rozpadają się dane, otrzymane przeze mnie, na dwie grupy prawie jednakowej wielkości, i liczba pomiarów w każdej grupie i w każdym stadium nie jest zbyt mała, ażeby nie można było wyciągnąć z niej pewnych wniosków. Wyniki leczenia oznaczam, jak poprzednio, liczbami.

Stadium choroby	Wyniki leczenia	Ciśnienie krwi	
		60—100	100—130
I	2	45%	89%
	1	55%	11%
	0	—	—
II	2	63%	71%
	1	23%	29%
	0	14%	—
III	2	25%	32%
	1	40%	42%
	0	35%	26%

Odsetki, przytoczone w powyższej tablicy, dowodzą, że przy wyższem ciśnieniu krwi wyniki kuracyi są lepsze, niż przy niższem. Najwyraźniej jest to zaznaczone w przypadkach I stadium, tam bowiem odsetek t. zw. wyleczeń jest u pacjentów, mających ciśnienie wyższe, niemal dwa razy większy, niż u tych, u których notowano niższe poziomy ciśnienia krwi. W przypadkach II stadium różnica w wynikach dodatkich leczenia jest nieznaczna, ale za to ujemne wyniki notowałem tylko u tych pacjentów, którzy mieli niskie ciśnienie. W III stadium różnica wyników leczenia jest również bardzo wy-

rażna: odsetek t. zw. wyleczeń jest przy wyższym ciśnieniu większy, a odsetek nieudanych kuracji mniejszy.

Teraz spróbujemy rozwiązać kilka zagadnień teoretycznych, dotyczących się związku pomiędzy krzywą tętna i ciśnieniem krwi. Najpierw nasuwa się pytanie, czy t. zw. twarde tętno odpowiada wyższemu, a miękkie niższemu ciśnieniu, inaczej mówiąc, czy na zasadzie krzywej tętna można sobie wyrobić pojęcie o ciśnieniu krwi, czy też nie. Przy rozwiązaniu tej kwestii pozostawię ten sam podział ciśnienia na wyższe i niższe, jak to uczyniłem przy poprzednim obliczeniu. Wyniki obliczeń podaję, jak to czyniłem stale, w odsetkach.

Ciśnienie krwi	Tętno.		
	twarde	średnie	miękkie
do 100 mm.	56 ⁰ / ₀	58 ⁰ / ₀	48 ⁰ / ₀
powyżej 100 m.	44 ⁰ / ₀	42 ⁰ / ₀	52 ⁰ / ₀

A zatem przy każdej formie krzywej jest reprezentowane bez znacznej różnicy zarówno wyższe, jak i niższe ciśnienie. A nawet przy miękkim tętnie odsetek przypadków o wyższym ciśnieniu krwi jest nieco większy, niż przy twardym i średnim tętnie. Zdaje się zatem, że powstać krzywej tętna pojęcie o ciśnieniu krwi u danego osobnika nie daje.

Następuje pytanie, czy oddzielne części składowe krzywej tętna nie mogą nam dać jakichkolwiek wskazówek co do wysokości ciśnienia krwi. W szczegóły moich badań w tym kierunku wchodzić nie będę, zaznaczę tylko, iż doszedłem do przekonania, że zarówno wysokość krzywej, jak forma katakroty, zarówno liczba i postać drgań elastycznych, jak wielkość fali powrotnej nie dają nam żadnego pojęcia o ciśnieniu krwi u danego osobnika. Zgadza się to w zupełności z twierdzeniem Neu'a, który pisze na zasadzie własnego doświadczenia, co następuje:

„Przy nadzwyczajnej zmienności postaci krzywej tętna w warunkach fizjologicznych i patologicznych sądzić na jej zasadzie o ciśnieniu krwi nie jest możliwe. Dlatego też zastosowanie metody sfigmograficznej do oznaczenia wysokości ciśnienia krwi trzeba uważać za zbyt ryzykowne. Doświadczeni klinicyści również zalecali ostrożność w tym kierunku”.

Jak już wspominałem, wpływ oddychania na krzywą tętna jest najwybitniejszy wtedy, gdy puls jest miękki. Przy twardym zaś pulsie nawet przy forsownym oddychaniu fale wtórne nie występują wcale lub też zaledwie są zaznaczone. Pozostaje jeszcze rozstrzygnięcie kwestii, czy ciśnienie krwi wywiera jakikolwiek wpływ na występowanie owych fal oddechowych. Ponieważ fale oddechowe wtórne są właściwie wyrazem wahań ciśnienia krwi, więc jest rzeczą zupełnie możliwą, że tu jakikolwiek związek zachodzić może. O ile się to przypuszczenie potwierdza, widzimy z następującego zestawienia:

Ciśnienie:	Fale oddechowe.			
	wielkie	średnie	małe	żadne
do 100 mm.	73 ⁰ / ₀	63 ⁰ / ₀	56 ⁰ / ₀	59 ⁰ / ₀
powyżej 100 mm.	27 ⁰ / ₀	37 ⁰ / ₀	44 ⁰ / ₀	41 ⁰ / ₀

Widzimy tedy, że w tych przypadkach, gdzie otrzymaliśmy wielkie fale oddechowe, niskie ciśnienie było silniej reprezentowane, niż w tych razach, gdzie oddychanie wywierało mały wpływ na krzywą tętna lub też żadnego nie wywierało. Możemy ztąd wyprowadzić wniosek, że niższe ciśnienie krwi łatwiej ulega wahaniom, niż wyższe. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, że występowanie fal oddechowych znajduje się w daleko wyraźniejszej zależności od formy krzywej tętna, niż od ciśnienia krwi.

Wpływ Brehmer'owskiej metody leczniczej na tętno i ciśnienie krwi.

Tylko mniej więcej w trzeciej części opisanych przypadków mogłem powtórzyć badanie pulsu i ciśnienia po ukończonej kuracji. Nie mogłem tego badania przeprowadzić u wszystkich 100 pacjentów, ponieważ przy wszystkich środkach ostrożności, przeze mnie stosowanych, za nadto byłem zależny od pory dnia, a przy licznych zajęciach nie zawsze mogłem swoim czasem rozporządzać.

A zatem badania powtórne przeprowadziłem tylko w 35 przypadkach. Nie jest to liczba zbyt wielka, pomimo to pozwolę sobie streścić w krótkości otrzymane przeze mnie wyniki. Z pomiędzy tych 35 pacjentów 21 osiągnęło bardzo znaczną poprawę zdrowia, 9 poprawę, a 5 nie osiągnęło żadnej poprawy.

Jeżeli chodzi o częstość pulsu, to w tych przypadkach, gdzie zaszła jakakolwiek poprawa, zachodziły zmiany dość niestałe. A zatem w 10 przypadkach, t. j. w 33%, żadna zmiana w tym względzie nie zaszła, u 14 pacjentów, t. j. u 47%, stwierdziłem zwolnienie tętna o 6 do 30 uderzeń na min., w 6 zaś przypadkach, t. j. w 20%, zauważyłem pewne, aczkolwiek nieznaczne przyspieszenie tętna. Zauważyć jednak muszę, że w przypadkach t. zw. wyleczeń zwolnienie pulsu było u większości pacjentów, a w przypadkach, gdzie zaszła tylko pewna poprawa — u mniejszości. Co się tyczy tych przypadków, gdzie wyniki kuracji nie były pomyślne, to w trzech stwierdziłem przyspieszenie tętna, w dwóch zaś tętno pozostało bez zmiany. Jeżeli wogóle można reasumować te dane, to otrzymuje się wrażenie, że tętno przy kuracjach udanych przeważnie wolniej, przy nieudanych zaś przeważnie ulega przyspieszeniu.

Co się tyczy krzywych tętna, to tutaj w 27 przypadkach nie zaszła prawie żadna zmiana; nawet tam, gdzie tętno było miękkie średnio lub

twarde, a kuracja przeprowadzona z wynikiem znakomitym, krzywa pozostała bez zmiany. W 6 przypadkach tętno było po kuracji nieco twardsze. W tych wszystkich przypadkach wyniki leczenia były bardzo dobre. Wreszcie w dwóch przypadkach, gdzie pacjenci żadnej poprawy nie odnieśli, tętno stało się nieco miększe. Jeżeli jednak przyjmiemy, że z jednej strony zauważone zmiany bynajmniej nie były wybitne, z drugiej znowu strony, że sfigmograf nie może być, pomimo stosowanych przeze mnie środków ostrożności, uważany za przyrząd tak dokładny, żeby można było z jego pomocą otrzymywać u danego osobnika matematycznie jednakowe krzywe — to nie możemy do wspomnianych zmian przywiązywać wagi. Otrzymane przeze mnie dane upoważniają mnie do mniemania, że krzywa tętna u chorych na gruźlicę płuc jest do pewnego stopnia ich niezmienną właściwością indywidualną.

Ponieważ zachowanie się drgań elastycznych ma nam dawać, według LANDOIS'a, niejkie wskazówki co do napięcia w tętnicach, chciałem się przekonać, czy stają się one w miarę postępów kuracji wyraźniejsze, czy też nie. W większości przypadków, mianowicie w 23, nie można było zauważyć w tym względzie wybitniejszych różnic. W 8 przypadkach wystąpiły one wyraźniej, u 4 pacjentów były mniejsze. Jakiegokolwiek prawidłowości tutaj stwierdzić nie mogłem.

Pomiędzy wymienionymi 35 było 2 pacjentów z tętnem arytmicznym. W jednym z tych przypadków, gdzie niemiarywość była bardzo wyraźna (Rys. 5), ale sprawa szczytowa była lekka, arytmia ustąpiła po pomyślnie przeprowadzonej kuracji prawie zupełnie, i tętno stało się niemal zupełnie regularnem.

Ciężnienie krwi jest to wielkość nadzwyczaj zmienna, na którą nawet niewielkie przyczyny tak mogą wpływać, że wszelkie zachodzące tutaj różnice można oceniać tylko w przybliżeniu. A zatem małych zmian, nie przekraczają-

cych 5 mm. w tę lub ową stronę, przyjmować pod uwagę nie będę. W 19 przypadkach wysokość ciśnienia przed kuracją i po niej pozostała mniej więcej ta sama. W 12 przypadkach stwierdziłem wzmożenie ciśnienia o 10 do 30 mm., a w resztujących 4 przypadkach namierzyłem o 10—30 mm. mniej. Związku pomiędzy wynikami kuracji a zmianami w ciśnieniu krwi na razie znaleźć nie mogłem. Jeżeli jednak ugrupujemy różnice, które zaszły w ciśnieniu krwi po opracy Brehmer'owskiej względnie do ciśnienia początkowego, to otrzymamy dość wymowne dane. Przyjmę tutaj ten sam podział ciśnienia na niższe, do 100 mm., i wyższe, powyżej 100 mm., co i uprzednio:

Ciśnienie	wzmogło się	zmniejszyło się	bez zmiany
niższe	w 11	w 1	w 4 przyp.
wyższe	w 1	w 3	w 15 „

Na zasadzie powyższego zestawienia wnioskujemy, że w tych przypadkach, gdzie ciśnienie krwi przed kuracją było dostatecznie wysokie, pozostało ono przeważnie bez zmiany. U tych zaś pacjentów, którzy mieli uprzednio niskie ciśnienie krwi, nastąpiło po przeprowadzonym leczeniu jego wzmożenie.

Tętno, ciśnienie krwi i krwotoki płucne.

Za przykładem Naumann'a chcę się przekonać, czy istnieje jaka zależność pomiędzy formą krzywej tętna i ciśnieniem z jednej strony, a krwotokami płucnymi z drugiej. W celu zbadania tej kwestyi zwracałem przy wywiadach u odnośnych pacjentów baczną uwagę na to, czy występowały u nich kiedykolwiek krwotoki płucne, czy też nie. Nieznacznych przymieszek krwi w postaci pojedynczych punktów lub nitów nie przyjmowałem, rozumie się, pod uwagę.

U pacjentów, którzy choć raz w życiu mieli krwotoki płucne, stwierdziłem w 38% przypadków twarde, w 24% średnie i w 38% miękkie tętno. Zupełnie taki sam stosunek stwierdziłem u tych

pacjentów, którzy nigdy krwią nie pluli. Na tej zasadzie mamy pewne prawo do twierdzenia, że taka postać krzywej tętna, przy której krwotoki występują częściej, niż przy innych, nie istnieje.

Teoretycznie poniekąd uzasadnione jest przypuszczenie, że ciśnienie krwi może grać pewną rolę przy występowaniu krwotoków płucnych. Ażeby zbadać, czy w istocie istnieje w danym razie jakakolwiek zależność, uczyniłem następujący obrachunek: pomiędzy pacjentami, u których ciśnienie krwi nie przewyższało 100 mm., 26% miało krwotoki, 64% zaś, t.j. większość, nigdy ich nie miała. Przy wyższym ciśnieniu ponad 100 mm. stosunek był nieco inny: u 51% odnośnych pacjentów zdarzały się krwotoki płucne, a tylko u 49% nigdy ich nie zauważono. A zatem wyższy poziom ciśnienia krwi zdaje się być czynnikiem, usposabiającym do krwotoków płucnych.

STRESZCZENIE.

1) Im dalej posunięta jest sprawa gruźlicza w płucach, tem częściej stwierdzić można przyspieszenie tętna.

2) Przy tętnie przyspieszonym rokowanie jest gorsze, niż przy normalnem.

3) U chorych na gruźlicę płuc najczęściej spostrzegamy miękkie lub średnie tętno.

4) Forma krzywych zdaje się przemawiać za tem, że napięcie naczyń w gruźlicy płuc jest obniżone.

5) Spostrzegana dość często w gruźlicy niemiarowość tętna występuje pod wpływem oddychania.

6) Im dalej jest posunięta sprawa płucna, tem częściej spostrzegamy tętno miękkie.

7) Im większe jest tętno, tem większa jest częstość pulsu.

8) Tętno twarde daje lepsze rokowanie odnośnie do sprawy gruźliczej, niż miękkie.

9) Niemiarowość tętna zdaje się nie pogarszać rokowania.

10) Fale oddechowe wtórne występują najwyraźniej na tych krzywych, gdzie tętno jest miękkie. Przy tętnie twardem owe fale występują rzadko.

11) Ciśnienie krwi u chorych na gruźlicę płucną, mierzone tonometrem GAERTNER'a, wynosi podczas kuracji leżącej 60 do 130 mm. Ciśnienie poniżej 80 mm. i powyżej 120 mm. daje się spostrzegać rzadko. A zatem u większości suchotników ciśnienie krwi waha się pomiędzy 80 i 120 mm.

12) Wyższe ciśnienie daje lepsze rokowanie co do gruźlicy, niż niższe.

13) Postać krzywej tętna nie jest zależna od ciśnienia krwi. Zarówno z ogólnego charakteru, jak i z oddzielnych części składowych krzywej nie można sobie wyrobić pojęcia o wysokości ciśnienia krwi. Fale oddechowe są przy wyższym ciśnieniu mniej wyraźne, niż przy niższym.

14) Po pomyślnej kuracji metodą BREMER'a częstość tętna się zmniejsza; gdy zaś wyniki leczenia są złe, tętno przeważnie ulega przyspieszeniu. Co się zaś tyczy krzywej tętna, to ta albo zmianom zupełnie nie ulega, albo też w bardzo rzadkich przypadkach zmienia się nieznacznie.

15) U pacjentów, którzy przy początku leczenia mieli dość wysokie ciśnienie krwi, pozostaje ono na poprzednim poziomie. Gdzie jednak ciśnienie było niskie, tam podnosi się ono po pomyślnej kuracji.

16) Pomiędzy postacią krzywej tętna a skłonnością do krwotoków płucnych żadnej zależności nie było można stwierdzić. Zda się, że u chorych, mających niskie ciśnienie krwi, krwioplucia zdarzają się rzadziej, niż u tych, u których ciśnienie krwi jest wyższe.

ODCZYTY KLINICZNE.

Prof. d-r FRAENKEL.

Asthma cardiale i angina pectoris.

Sprawozdawca

D-r med. Wł. Chodecki.

Cierpienia takie, jak *asthma cardiale* i *angina pectoris*, stanowią chleb codzienny lekarza-praktyka, który zawsze musi mieć w zanadrzu jaki nieużywany dotąd środek, by zadowolić zmęczonego strasznymi cierpieniami chorego. Ponieważ należą one do najczęstszych symptomatów, towarzyszących organicznym cierpieniom serca i układu krwionośnego, zdecydowaliśmy

się streścić dla Sz. Czytelników „Medycyny” odczyt kliniczny prof. d-ra FRAENKEL'a z Berlina z powodu wysokich zalet, cechujących wykłady uczonych niemieckich, jak jasność obok niezmiernej dokładności i ścisłości.

Zacznijmy od *asthma cardiale*.

Zaburzenia w oddychaniu u cierpiących na serce przedstawiają pewne właściwości zależne od charakteru cierpienia zasadniczego. Gdy jedni chorzy przez lata całe odznaczają się należytą sprawnością ustroju i przy silnem napięciu układu mięśniowego oddychają szybciej przez czas krótki, aniżeli zdrowi, inni cierpią stale na duszność, lub też zjawia się ten przykry objaw przy każdym ruchu mięśniowym. Wiado-

mo, że do pierwszej grupy należą cierpiący na niedomykalność zastawek aorty, a do drugiej, cierpiący na zwężenia *valvul. mitralis*. Przyczyna takiej różnicy jest dla nas zupełnie jasna. W razie niedomykalności zastawek aorty zadania kompensacyjne bierze prawie wyłącznie na siebie komora lewa. Jak długo rozporządzona dostatecznym zapasem siły dla wykonywania nadmiaru pracy, wywoływanej przez regurgitację krwi podczas *diastole*, tak długo warunki krążenia płucnego nie ulegają zasadniczej zmianie. W tem stadyum choroby jesteśmy w zupełnem prawie mówić „o zupełnej kompensacji serca”. Zupełnie inne warunki krążenia obserwować możemy przy zwężeniu *ostii venosi sinistri*; ponieważ tutaj już w początku dopływ krwi z płuc do lewego przedsionka natrafia na znaczne przeszkody, to naturalnym skutkiem tego jest przepełnienie krwią małego krążenia. Po ważna ta przeszkoda może być zrównoważona tylko przez hipertrofię komory prawej. Im więcej rozwinięte jest zwężenie, im więcej dokładny jest opór komory prawej, tem więcej będą przepełnione krwią wszystkie naczynia płucne. W tem należy szukać przyczyny, dlaczego u chorych, dotkniętych zwężeniem *ostii venosi sinistri*, nawet w stanie spokoju obserwować możemy sinicę (*cyranosis*), i dlaczego chorzy ci męczą się przy najmniejszym ruchu. Większość przypadków *arteriosclerosis* przypomina dokładnie przypadki niedomykalności zastawek aorty o tyle, o ile mimo zwyrodnienia układu krwionośnego i przerostu lewej komory sprawność jej nie ucierpiała bardzo. I rzeczywiście słyszymy od tego rodzaju chorych, że przed pojawieniem się poważnych objawów zakłóconego krwi obiegu mogli nawet wchodzić na góry. Nagle zjawia się pierwszy napad *asthma cardiale* i to w sposób następujący:

Bez żadnych zwiastunów lub też po większym wysiłku sercowym, np. ruchu mięśniowym lub afekcie psychicznym, albo nakoniec po przepełnieniu żołądka, zjawia się, jak piorun z jasnego nieba, gwałtowny napad duszności. Przychodzi on po największej części w nocy, wkrótce po zaśnięciu lub też po śnie dłuższym. Duszność wzmagą się do tego stopnia, że chory nie może leżeć i musi wstać z łóżka. Do męczącej duszności dołącza się uczucie strachu, sinica twarzy, kończyny są zimne, już zdaleka możemy

słyszeć rżenia, przyczem chory odpluwa skąpą, ciągnącą się, koloru cynamonowego płwocinę. Czasami sprawa dochodzi nawet do obrzęku płuc. Bólów przy tem może zupełnie nie być; ale tacy chorzy ustawicznie skarżą się na uczucie rozpierania i ciężaru na piersiach. Po napadzie, trwającym od 10—12 minut do kilku godzin nawet, wyczerpani chorzy zasypiają. Puls zaś w czasie napadu bywa bardzo rozmaity. U tych chorych, którzy do czasu napadu nie mieli żadnych objawów chorobliwych, puls jest silnie napięty, ale zresztą zupełnie regularny, u innych znowu puls jest nieprawidłowy, jakkolwiek dosyć silny; nakoniec u chorych trzeciej kategorii po małym bardzo napięciu pulsu i wyraźnej arytmii mamy prawo wnioskować o słabej działalności serca. Napady w początku choroby są albo pojedyncze, lub w razie braku leczenia mogą powtarzać się w nocy albo nawet w dzień. W przypadkach ostatniej kategorii wkrótce obserwować możemy poważne objawy zastoju, jak: obrzmienie wątroby, zmniejszenie się ilości moczu, a nawet albuminurę i puchlinę wodną.

Nie możemy zaprzeczyć temu, iż, mając na uwadze charakter napadowy cierpienia, nazwa „astma sercowa” jest zupełnie na miejscu. Często spotykamy ją u osób, dotkniętych stwardnieniem tętnie lub ziarnistością nerek. Możemy obserwować *asthma cardiale* i u osób z niedomykalnością zastawek, ale tutaj napady nie przychodzą tak nagle, jak u dotkniętych zwyrodnieniem układu krwionośnego, i są one tylko powiększeniem istniejącej zwykle duszności. Pod względem więc symptomatologicznym odróżnić należy duszność sercową zwykłą i astmę sercową; ale zaznaczyć wypada, iż podobny rozdział nie będzie zasadniczy, albowiem mamy tutaj jedną i tę samą przyczynę obu form duszności t. j. zastój w obrębie naczyń płucnych.

Słówko należy się etiologii. TRAUBE uważał za przyczynę duszności zmniejszenie się światła pęcherzyków płucnych wskutek rozszerzenia naczyń włosowatych przez stagnującą krew. Prof. BASCH odrzucił to objaśnienie i uważa jako przyczynę astmy sercowej wybitne zmniejszenie się elastyczności płuc.

Głównej przyczyny jednak w różnicach objawów duszności u chorych sercowych szukać

należy w stanach anatomicznych samego mięśnia sercowego. Im korzystniejsze będą warunki dla odżywiania tego ostatniego, im mniej ucierpiała lewa komora od spraw chroniczno-zapalnych, tem później pokażą się objawy zastój krwi w płucach. Przypadki niedomykalności zastawek aorty przebiegają pod tym względem mniej pomyślnie, aniżeli przypadki stwardnienia tętnic, w których jednak tętnice wieńcowe jeszcze nie są dotknięte cierpieniem. Ta okoliczność, że w przypadkach pierwszego rodzaju podczas *diastole* ma miejsce nadwyzwyczajny ucisk na powierzchnię lewej komory, sprzyja właśnie mniej lub więcej silnemu zwyrodnieniu mięśnia sercowego, a głównie mięśni brodawkowych. I na odwrót, przerosła wskutek stwardnienia tętnic komora lewa okazuje często budowę prawie normalną, pod tym warunkiem, jeżeli doprowadzające krew gałęzie tętnicy wieńcowej są jeszcze drożne. Takie serce może czynić zadość w długim szeregu lat najpoważniejszym wymaganiom; wtedy dopiero cierpi krążenie krwi, i zaczynają tworzyć się zastoje, gdy z powiększeniem się zmian sklerotycznych w naczyniach rozszerzenie (*dilatatio*) lewej komory zaczyna brać górę nad przerostem. W tem stadium wystarczy błahy powód, by spowodzić nagły upadek działalności serca; musi on naturalnie wywołać większe jeszcze przepełnienie krwią naczyń płucnych i objawy astmy sercowej.

Stany ciężkiej duszności, podobne do *asthma cardiale*, mogą powstawać i drogą odruchową przy normalnem sercu i normalnym układzie krwionośnym. Tutaj należy zbiór objawów, oznaczany jako *asthma dispepticum*. Duszności towarzyszy tutaj znaczne przyspieszenie pulsu, które łącznie z wywołującą je przyczyną (błędy w dyecie) i objawami ze strony żołądka może mieć pewne znaczenie dyagnostyczne. W tych przypadkach przyspieszenie pulsu (tachikardia) może być tak znaczne, że jako jego następstwo zjawia się ostre rozszerzenie komory lewej, znikające po przejściu napadu. Nie należy brać za napady astmy sercowej napadów duszności, wywoływanych przez tętniak aorty wskutek ucisku tchawicy. W tych przypadkach duszność występuje napadowo wskutek ostrego obrzmiewania błony śluzowej na miejscu ucisku przez tętniak. Duszności tej towarzyszy *stridor*

trachealis. Od zwykłej astmy oskrzelowej astma sercowa odróżnia się brakiem duszności wydechowej; nie ma tutaj również ostrego obrzęku płuc. W wielu również przypadkach podstawę dla dyagnozy dają wywiady (*anamnesis*), świadczące o astmie oskrzelowej lub o chorobie serca i wynikającej ztąd *asthma cardiale*.

Przechodzimy do leczenia. Jeżeli astma sercowa połączona jest z wielkiem napięciem tętnic, jak to ma miejsce w przypadkach *arteriosclerosis*, to dla zmniejszenia przepełnienia krwią i przyniesienia ulgi układowi krwionośnemu wskazane są upusty krwi. Zastosowanie ich opiera się na tym fakcie, że i po krwotokach naturalnych, jak np. po krwotokach nosowych, napady, powtarzające się co dzień, na długo znikają. W większości przypadków będą na miejscu częste, ale nieznaczne upusty krwi, do których należy uciekać się jeszcze przed pojawieniem się silniejszego napadu astmatycznego, w takich mianowicie razach, gdy chorzy doświadczają uczucia opresyi i ciężaru na piersiach, już przy nieznacznych ruchach mięśniowych, jak np. przy chodzeniu. Wystarcza w tym celu kilka baniek ciętych lub bardzo mały upust krwi od 150—200 kub.cent. Jeżeli zaś sprawa dochodzi już do ciężkiego napadu duszności, to najprędzej prowadzi do celu użycie środków nasercowych (*cardiaca*), jak *digitalis*, *coffeinum* i *strophantus*, które można łączyć z zastrzykiwaniami morfiny. Zasługuje na uwagę i ten fakt, że zastosowanie środków nasercowych jest wskazane i w tych razach, w których ciśnienie tętnicze jest wzmożone. Doświadczenie również poucza nas, że chorzy z dobrze napełnionemi tętnicami i prawidłowem tętnem lepiej oddziałują na naparstnicę, aniżeli chorzy z działalnością serca arytmiczną i małym pulsem; dziwić się temu nie należy, albowiem w razie rozwinięcia się zmian anatomicznych w mięśniu sercowym środkami nasercowymi nie mamy właściwie na co działać. Dużo lekarzy uczyniło obserwacyę, że puls bardzo twardy podczas pierwszych napadów duszności sercowej po zastosowaniu naparstnicy lub kofeiny stawał się miękkim, co znajduje się w związku ze zmniejszeniem się zastój krwi w płucach i poprawą wymiany gazów (zniknięcie ze krwi nadmiaru CO₂).

Naparstnicę możemy przepisywać albo czystą (w formie *trac digitalis*), albo w formie nie-

dawno istniejących w handlu preparatów, lub na koniec w połączeniu z innymi środkami nasercowymi. Często tą drogą uda nam się wzmocnić i uregulować działalność serca. Profesor FRAENKEL stosuje zwykle połączenie naparstnicy z kofeiną i to przez czas dłuższy w zmniejszających się dawkach. Trzyma się zwykle następującej formuły:

Rp. Pulv. folior. digital. 1,5, Coffeini natr benzoic. 3,⁰, Pulv. rad. rhei, Extr. gentian. aa q. s. ut f. pillul. N. 30.

Pigułki te stosuje prof. FRAENKEL w ciągu pierwszych 5 dni 3 razy na dzień po 2 pigułki, a następnie w ciągu dziesięciu dni 2 razy na dzień po 2 pigułki i na koniec w ciągu ostatnich dziesięciu dni 2 razy dziennie po jednej pigułce.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

47. H. GRENET. Leczenie gruźlicy solami wapniowymi.

Autor omawia tu metodę leczniczą Pawła FERRIER'a. Faktem wiadomym jest, że ustrój w czasie rozwoju gruźlicy podlega utratom związków wapnia, zwł. fosforanów tegoż, wiadomym również jest, że w dalszym przebiegu choroby, przy zejściu pomyślnem, gruźelki podlegają zwapnieniu. Utrata związków wapniowych zachodzi na koszt kości i zębów*) — to też w czasie rozwoju gruźlicy zęby chorych, nią dotkniętych, ulegając dekonstrukcyi chemicznej, stają się „miękkimi” i stanowią zarazem wskazówkę odwapniania się ustroju; przeciwnie, zęby stają się twardymi wraz z ustąpieniem (wyleczeniem) gruźlicy — odzyskują więc one, *resp.* odzyskuje szkielet swoje sole wapienne jednocześnie ze zwapnieniem samych gruźelków.

Ztąd wniosek, że starać się trzeba o należyte zwapnienie kości, aby tem samem sprzyjać i zwapnieniu gruźelków. Celowi temu służy z jednej strony podawanie soli wapniowych, z drugiej zaś przestrzeganie diety, która by nie sprzyjała odwapnianiu kości *resp.* i zębów. Nie idzie tu jednak tylko o dostarczanie ustrojowi soli wapniowych, skoro nie wszystkie one należyte się tu spożytkowują — idzie tu właśnie o to, aby w ustroju się utrzymały i rolę swoją należycie spełniły.

Dochodzenia FERRIER'a są bardzo drobiazgowe i pouczające. Zaznacza on, że u osobników, których kości się odwapniają, u krzywiczych i u osteomalatyków utrata soli wapniowych drogą fosfaturyi jest przejawem stałym, choć nie ciągłym; że w krajach, w których woda zawiera nieznaczny tylko ilość dwuwęglanu wapnia, rachitycy i osteomalatycy spotykają się częściej, niż w innych, w tych zaś, gdzie wody posiadają dość soli wapiennych (węglanów — nie siarczanów, które właśnie sprzyjają wydalaniu wapnia z ustroju), odwapnianie się kości przypisać należy przyczynom innym, postronnym — a więc wpływowi kwasów, przyjmowanych z pożywieniem (kwas cytrynowy — cytryny, pomarańcze — kwas octowy, solny, fosforowy, siarczany (?)), absorbcyi siarczanu wapnia, wreszcie fermentacyom żołądkowym (kwaśnym), spowodowanym pokarmami.

Większość soli wapiennych, dostarczana ustrojowi, nie tylko nie utrzymuje się w nim, lecz przeciwnie, sprzyja jeszcze wydalaniu się z tegoż wapnia. Do takich należą siarczany wapniowe i alkaliczne, glicerofosforany w roztworach kwaśnych, lakto- i glicerofosforany wapnia, kwaśne fosforany (jednowapniowy). Przeciwnie, odkładaniu się soli wapiennych sprzyjają związki ich nierozpuszczalne — węglan wapnia (znajdujący się w postaci roztworu dwuwęglanu wapnia w wodzie, zawierającej kwas węglowy), który niepoślednią rolę odgrywa w rozwoju kości zwierząt trawożernych, oraz fosforan wapnia (trzywapniowy) niezbędny dla rozwoju kości

*) Porównaj ref. „Ciężar właściwy ustroju“ — „Medycyna“ N. 17. 1905 r.

zwierząt mięsożernych — zęby zwierząt takich, jeśli ze strawy ich usuwa się kości, ulegają próchnieniu. Ten to fosforan znajduje się w mleku nie w roztworze, lecz w postaci drobinek, w niem zawieszonych dzięki kazeinie; nadto obserwacja wykazała, że u kobiet, którym w czasie każdej ciąży fosforan ten się podaje, zęby zachowują się doskonale i często nawet po wielu porodach przedstawiają się u nich lepiej, niż przed małżeństwem. Nadmienić tu jeszcze należy, że krowy, do strawy których dodaje się sproszkowanych kości, dają mleko bogate w fosforany.

Na powyższych danych, wykazujących doniosłe znaczenie soli wapniowych dla ustroju, bądź to z wodą, bądź też z pokarmami mu dostarczanych, opiera się metoda FERRIER'a. Unikać tedy należy wina, piwa, jabłeczniaka, wódek, wogóle wszelkich napojów, zawierających alkohol, ten bowiem, oddziałując porażająco na włókna mięśniowe żołądka, staje się powodem zastoju jego zawartości, a ztąd fermentacji żołądkowych i ich skutków. Unikać potraw, zaprawianych octem, pomarańcz, cytryn, lemoniad, oranżad, i t. p. ze względu na odwapniające działanie kwasów (p. wyżej). Wystrzegać się masła i tłuszczów — użycie ich ograniczyć do tej małej ilości, jaka niezbędną się okazuje dla przygotowania potraw — lecz i tu nawet lepiej zastąpić je śmietanką lub białym sosem, wyswabdzające się tu bowiem pod wpływem fermentu (kiszkowego według MEYER'a i WINTERNITZ'a, czy też żołądkowego według VOLHARD'a) kwasy tłuszczowe, jako takie, oddziałują szkodliwie (odwapniająco) — czemu sprzyja nadto powodowane temż zwarcie się (skurecz) odźwiernika.

Wyłączyć więc sosy (*resp.* tłuszcz) zupełnie albo przynajmniej ograniczyć użycie ich do *minimum*.

Nie jadać więcej, niż 200 do 300 grm. chleba — zwłaszcza przygotowywanego na drożdżach piwnych — ten bowiem bardzo sprzyja nieprawidłowym fermentacyom, zwłaszcza octowej. Unikać starego sera gruyère lub parmezanu w potrawach.

Za napój używać tylko wody Saint Galmier lub innej o jednakowym równoważniku wapniowym (dwuwęglanu wapnia). Przed użyciem wód takich, o ile są one gazowemi — pozwolić znacznej części gazu (CO_2) ich z butelki się ułotnić.

Ruch umiarkowany — o ile potrzebny jest dla wzbudzenia apetytu.

Nie jadać za dużo (w celu utycia).

Regulamin bardziej szczegółowy jest następujący: Zrana o 6 $\frac{1}{4}$ wypić kubek wody Saint Galmier. Należy nawet kazać umyślnie w tym celu się budzić — woda bowiem, wypita o tej porze, sprzyja opróżnieniu żołądka z ewentualnych zaległości z dnia poprzedniego.

O godzinie 7 rano — dwa jaja, 50 grm. chleba i jeden proszek według przepisu:

Węglań wapnia	0,50
Fosforanu wapnia trzyczasadowego	0,20
Chlorku sodu	0,15
Magnezyi palonej	0,15

O godzinie kwadrans na dwunastą szklanka wody Saint Galmier.

W południe śniadanie: chude mięso, jaja, ryba (makrele, śledź, łosoś wyłączone), mleczko cielece, wątróbka, szynka chuda nie wędzona. Wogóle mięsa nie więcej, niż 150 do 250 grm.; trochę jarzyn, 100 grm. chleba. Proszek.

O kwadrans na siódmą wieczorem — szklanka wody Saint Galmier. O siódmej lub o pół do ósmej obiad: rosół bez tłuszczu z makaronem; mięso ciemne lub białe w ilości 150—200 grm. Trochę tylko jarzyny. Jako wety — owoce, najlepiej gotowane, konfitury w nieznacznej ilości, 50 grm. chleba. Proszek.

W razie uczucia głodu między godziną 4 a 5 po obiedzie — szklanka Saint Galmier. Wystrzegać się jednak należy przyjmowania o tej porze jakiegokolwiek pokarmu — gdyż uczucie głodu bywa tu raczej wyrazem pewnego niedomagania, osłabienia sprawności żołądka — a być może nawet rezorbeyi produktów toksycznych, kwaśnych. Wprowadzenie więc do żołądka pokarmów sprzyjałoby tylko spotęgowaniu się w nim fermentacji, *resp.* kwasów i niepożądanych sensacji. Woda przeciwnie, rozcieńcza kwas solny, czy też inne kwasy, w żołądku nagromadzone, sprzyja spotęgowaniu się pracy jego *resp.* szybkiemu przesuwaniu zawartości jego do dwunastnicy.

Jeśli sole wapienne nie zdają się należycie przyswajać, jeśli nadają masom kałowym zabarwienie szare i stają się przy tem powodem upartego zaparcia stolca — wtedy, zalecając nadal użycie chlorku sodu, odstawić je należy i za-

lecieć natomiast po każdym przyjęciu posiłku 1,0 grm. palonej magnezyi.

Wskazówki powyższe ulegają zmianom, zależnie od wieku, wagi, zamożności chorych i t.d. Dziecko w pierwszym roku życia powinno przyjmować *pro die* 0,30 grm. soli wapiennych, starsze zaś na każdy rok po nad wiek powyższy 0,05 grm. lub nawet więcej ponad wspomnianą dawkę — względnie do mniej lub więcej szybkiego rozwoju (wzrostu) osobnika. Dla osobników w wieku lat 14—15 właściwa już jest dawka takąż, jak dla dorosłych.

U ludzi biednych sole wapienne w miejsce podawania ich w oddzielnych proszkach czy w opłatkach — mogą być domieszkiwane do ogólnej masy zup, rosółu i t. p. rano, w południe i wieczór, przez rodzinę spożywanych; poddając w ten sposób dyecie wapiennej całą rodzinę chroni się (?) do pewnego stopnia od zakażenia, tak częstego wśród biednych — osobników zdrowych.

Pozatem jednak leczenie to nie wyłącza innych zabiegów ważnych z higienicznego punktu widzenia.

Metoda ta lecznicza wszędzie łatwo stosować się daje — i bagatelne tylko pociąga za sobą koszty. „Dyeta wapienna” szerokie przeto powinna znaleźć zastosowanie nie tylko w celu leczniczym, lecz i w celu zapobiegawczym (koszary, licea i t. p.). Nawet dziecko, karmione piersią kobiety, która przyjmuje 2,0 grm. micszaniny (w równych częściach) węglanu i fosforanu wapniowego *pro die*, pośrednio niezaprzeczoną korzyść z pokarmu takiego osiąga.

Leczenie solami wapiennymi wskazane jest w każdym przypadku gruźlicy, o ile jednak jest ono wystarczające w jej okresach początkowych, o tyle w przypadkach już dalej posuniętych — zwłaszcza, gdzie już doszło do wytworzenia się jam, w których gnieźdzące się paciorkowce lub inne drobnoustroje ropotwórcze sprawę pogarszają — należy je łączyć z innymi metodami leczniczymi — jak np. z podawaniem preparatów kreozotowych — ze względu na ich działanie antyseptyczne.

Lecznicza metoda ta w zasadzie swojej stara się naśladować „siły natury”, za sprawą których w przypadkach choroby omawianej samowyleczenie następuje drogą zwapnienia złogów gruźliczych. Przy stosowaniu metody tej Fer-

rier'owi oraz innym klinicystom udawało się otrzymywać doskonale wyniki nawet w przypadkach, które opierały się wszelkiemu innemu leczeniu, i które uważano niemal za beznadziejne. Nadto na korzyść jej przemawiają ob.erwacye przypadków z postępującą już poprawą, w których jednak wraz z przedwczesnem odstawieniem soli wapniowych lub z zaprzestaniem przestrzegania wyżej opisanej diety — znów następowało pogorszenie.

(Archives gener. de Medecine. N. 51. 1905 r.).

F. Gr.

48. F. OSTWALT (Paryż). O głębokich wstrzykiwaniach alkoholu z kokainą lub stovainą w neuralgii nerwu trójdzielnego i innych.

Autor jest gorącym zwolennikiem zainicjowanych przez SCHLÖSSER'a (1903 r.) wstrzykiwań alkoholu w miąższ nerwu w neuralgiach. Twierdzi, że otrzymuje w 90% przypadków nerwobólu nerwu trójdzielnego znakomite rezultaty. Technikę wstrzykiwań udoskonalił w ten sposób, że wykonywa je w miejscu wyjścia każdej z trzech gałęzi nerwu trójdzielnego z jamy czaszkowej. Używa zmodyfikowanej kaniuli SCHLÖSSER'a w formie bagnetu, którą wkłada tuż poza zębem mądrości w sklepieniu przedsionka jamy ustnej, przebija śluzówkę, błonę podśluzową i pod dolnym brzegiem *musc. pterygoidei externi* lub poprzez ten mięsień dosięga *lamina lateralis processus pterygoidei* kości klinowej, przesuwając ostrze igły wzdłuż owej blaszki zewnętrznej ku górze, póki igła nie uderzy o *planum infratemporale* wielkiego skrzydła kości klinowej, wówczas wzdłuż kąta między *lamina externa* a *planum infratemporale* przesuwając igłę ku tyłowi do miejsca, gdzie igła nie natrafia już na kostną powierzchnię — jest ona wtedy u *foramen ovale*; jeszcze 1—2 mm. wyżej, a dosięga ona gałęzi 3. nerwu trójdzielnego. Wówczas powoli wstrzykuje autor 1—2 ccm. zawartości szpryki (80% alkohol plus 0,01 kokainy lub stovainy) nie od razu, lecz z licznymi przerwami, przyczem ostrzem igły obchodzi obwód owalnego otworu (*foram. oval.*), unikając wszakże najbardziej tylnego jego odcinka, by ominąć przechodzącą przez *foramen spinosum* *arteria meningea media*, tem więcej, że w tym odcinku mieści się już tylko ruchowa część 3. gałęzi nerwu trójdzielnego. Następnie podaje autor wskazówki,

jak manipulować igłą, by w dalszym ciągu do-
trzeć do *foramen rotundum*, a właściwie do prze-
chodzącej przez nie 2 gałęzi nerwu trójdzielnego,
a wreszcie i do 1 gałęzi w miejscu, gdzie
przez tylną dolną część szczeliny oczodołowej
górnej wstępuje ona do oczodołu. Niew każdym
przypadku konieczna jest iniekcja do wszyst-
kich trzech gałęzi *n. trigemini*, wystarcza ogra-
niczyć się do jednej lub dwóch. Wkrótce po
zastrzyknięciu występuje stępienie czucia w od-
nośnym obrębie, a ból niekiedy momentalnie
znika. Znieczulenie trwa kilka godzin lub dni,
niekiedy i dłużej, lecz mimo powrotu czucia ból
pozostaje usunięty w $\frac{9}{10}$ przypadków. Do cał-
kowitego usunięcia neuralgii zazwyczaj jedno-
razowa iniekcja nie wystarcza, należy ją po-
wtórzyć 2, 3 i więcej razy w odstępach 5—7
dniowych. Autor leczył temi iniekcjami 45
przypadków neuralgii nerwu trójdzielnego w
najcięższej jej formie, i pośród uleczonych oka-
zały się nawet przypadki, które trwały po kil-
kanaście, 20 i 30 lat i opierały się wszelkim in-
nym metodom leczenia. Zdarzają się i nawroty,
po 4—5 miesiącach, ale są słabe i ustępują 1—2
iniekcjom. Autor przyznaje, że technika ich nie
jest łatwa, wymaga dokładnej znajomości anatomi-
i odnośnej okolicy oraz pewnych odmian w
budowie czaszki. Zabieg jednakże sam przez
się jest nieszkodliwy i może być w miarę po-
trzeby powtarzany. Autor na setki wstrzykiwań
nie miał ani jednego powikłania operacyjnego.
Według zeznań chorych operacja nie jest bo-
leśniejsza, niż napad bólu neuralgicznego, często
zaś jest odeń znacznie lżejsza do zniesienia. 10%
bezskutecznie leczonych przypadków autor tłó-
maczy prawdopodobnem umiejscowieniem przy-
czyny nerwobólu wewnątrz jamy czaszkowej.

Oprócz nerwobólu twarzowego, autor sto-
sował iniekcje alkoholowe w licznych przypad-
kach rwy kulszowej; wstrzykiwał w *n. peroneus*,
sacralis, *ischiadicus* pod fałdą pośladkową, a na-
wet w *incisura ischiadica major*; w przeważają-
cej większości przypadków otrzymywał pożąda-

ny skutek. Również z dobrym rezultatem stoso-
wał autor wstrzykiwania do nerwu twarzowego
(tuż pod *foramen stylomastoideum*) przy kureżu
twarzowym, nie wywołując przy tem najmniej-
szego porażenia twarzy. (SCHLÖSSER, inicjator
tego leczenia, nie zawsze zdołał uniknąć tej
kompliakacji, co prawda przemijającej. Przyp.
sprawozd.).

(Berlin. klin. Woch. N. 1. 1906).

S. B.

49. EHRET. O rozpoznawaniu obecno-
ści kamieni w przewodzie żółciowym wspól-
nym.

Dla zrobienia rozpoznania kamieni prze-
wodu żółciowego wspólnego konieczne jest
aby: 1) pewna była obecność kamieni wo-
góle, 2) aby stolec był choć czasem odbar-
wiony, jakkolwiek i bez tego objawu udawało
się nieraz rozpoznać kamienie przewodu żółcio-
wego. Trzy rzeczy składają się na dyagno-
zę: 1) wzniesienie temperatury co parę dni,
tygodni lub miesięcy, dochodzące czasem do 41°
i krytycznie powracające do normy, 2) wystą-
pienie jednocześnie z tem żółtaczki lub też
wzmoczenie się starej, 3) brak samoistnych
bólów przy dotykowej bolesności wątroby. Na-
potkawszy powyżej opisany obraz, można, zda-
niem autora, z zupełną pewnością zrobić roz-
poznanie kamicy przewodu żółciowego wspólne-
go, chociaż nieobecność tych objawów nie prze-
mawia przeciwko kamieniom.

Wszystkie powyższe objawy mają być li-
tylko wyrazem zapalenia kanalików żółciowych
(*cholangitis*), gdyż kamienie, umiejscowione w
ductus choledochus więcej niż inne umożliwiają i
wywołują zapalenie.

Właściwe rozpoznanie jest bardzo ważne
w przypadkach, gdzie operator, znajdując ka-
mien pęcherzyka żółciowego, może poprzestać
na usunięciu tychże z pominięciem kamieni prze-
wodu żółciowego.

(Münch. med. Woch. N 3—1906.)

St. Org.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 5 grudnia 1905 r.

TREŚĆ: Barszczewski Czesław. Dziesięciolecie promieni Roentgen'a.

Czesław BARSZCZEWSKI wygłosił rzecz p. t. „Dziesięciolecie promieni ROENTGEN'a“.

Radiologia w pierwszej chwili zyskała sobie bardzo licznych zwolenników powołanych i niepowołanych, a optymiści sądzili, iż nadeszła chwila przewrotu w medycynie. Z czasem jednak, gdy się przekonano, że nie wszystkie zmiany w chorym ustroju mogą być zbadane za pomocą promieni X, jak zwyrodnienie tylnych pęczków mlecza pacierzowego w *tabes dorsalis*, odróżnienie *carcin.* od *ulcus ventr.*, obecność tasiemca w kiszkaach i t. d., lecz natomiast przekonano się, że należy traktować radiologię poważnie ze znajomością fizyki i fotochemii, nie zaś po dyletancku na wzór fotografii amatorskiej, ten zastęp amatorów pracowników zaczął się zmniejszać, a ich pracownie przechodzić w stan nekrobiozy, jako pozbawione wpływu ożywczego swych kierowników.

W początkach promienie X służyły w medycynie do wyszukiwania ciał obcych metalowych i do badania złamań w kończynach, obecnie, kiedy udało się przeniknąć głębie ciała ludzkiego, promienie ROENTGEN'a służą do celów rozpoznawczych w chirurgii, ortopedii, medycynie wewnętrznej i sądowej, jako dopełnienie dyagnostyki fizycznej i kliniki.

W chorobach układu naczyniowego radioscopia wykazuje wielkość, kształt i położenie serca, co można wykonać z całą dokładnością za pomocą ortodiagrafów, t. j. przyrządów mierznych; dalej można badać rytm serca, tętniaki aorty nawet w okresach początkowych i odróżniać je od guzów śródpiersia. W chorobach dróg oddechowych roentgenizacja dzielnie pomaga do rozpoznawania ciał obcych w krtani i w płucach, zgęszczeń płuc, ognisk zgorzelinowych, ropnych i nowotworów oraz wysięków ropni i zgrubień opłucny.

W chorobach przewodu pokarmowego, prócz ciał obcych metalowych, można badać przy zastosowaniu *magist. bismuthi* (zawieszonego w mleku krowiem najlepiej) zwężenia i uchylki przelyku, opuszczenie żołądka i okrężnicy przy enteroptozie i t. p.

W chorobach moczopłciowych prócz ciał obcych metalowych kamienie moczowe w nerkach, w przewodach nerkowych i w pęcherzu moczowym dają dodatnie wyniki badań.

Kamienie żółciowe, jako przejrzyste dla promieni X., są nader trudne do badania i tylko w wyjątkowych przypadkach składu ich chemicznego (bilirubina, wapień), mogą być dobrze uwidocznione na radiogramie. Roentgenizacja głowy wykrywa kule w twarzy i w mózgu, złamania kości, i t. d.

W chorobach nerwowych ośrodkowych i obwodowych niekiedy metoda ROENTGEN'a oddaje wielkie usługi, zwłaszcza przez wykrywanie ciał obcych, nowotworów, eksstoz, znajdujących się w pobliżu mlecza pacierzowego lub nerwów i wywołujących ucisk.

Zmiany w kościach i stawach w gruźlicy, syfilisie, nowotworach i sprawach zapalnych radiografia znakomicie w sposób właściwy dla każdego poszczególnego cierpienia wykazuje po zdjęciach.

Do celów kontrolowania zabiegów chirurgicznych przy wprawianiu trudnych zwichnięć i złamań promienie X znajdują zastosowanie wielkie, dają bowiem możność badania przez nałożone opatrunki zwykłe i gipsowe. Dalej badanie środków nasercowych i rezorbujących przy wysiękach w osierdziu i opłucnie oraz arytmii serca dają wyniki zachęcające.

Własność promieni ROENTGEN'a przenikania przez ciało ludzkie, a tem samem znajdujące się w niem narządy, dała początek radioterapii, którą stosowano empirycznie w różnych chorobach skórnych, nerwowych, wewnętrznych i chi-

rurgicznych i nie we wszystkich przypadkach z pomyślnym skutkiem.

Tyle o zastosowaniu promieni X w medycynie praktycznej. Prelegent ilustrował swój odczyt pokazem licznych radiogramów na kartonach, następnie radiogramów negatywów i diapozytywów i zmniejszanych i rzucanych na ekran.

W dyskusji BREGMAN zaznacza, że liczba pracowników ROENTGEN'owskich nie tylko nie zmniejsza się, jak utrzymuje prelegent, ale wręcz przeciwnie, z każdym rokiem się powiększa. Stosuje się to nawet do Warszawy, a bardziej jeszcze do zagranicy. Tam każdy większy szpital posiada swoją pracownię, a niektóre, jak np. Wiedeński szpital Powszechny lub szpitale w Hamburgu — dwie pracownie albo jeszcze więcej. Wypowiedziano nawet życzenia, ażeby uprzystępnąć badania promieniami ROENTGEN'a lekarzom-praktykom, tak żeby każdy w swym zakresie mógł badanie to uskutecznić.

Jak dotąd jednak, jest to niemożliwe, ponieważ potrzebne instrumentarium jest zbyt drogie. Z drugiej strony, dzięki udoskonaleniu aparatów ROENTGEN'a i przyrządom pomocniczym, technika została poniekąd ułatwiona i przy pewnej znajomości rzeczy każdy otrzymać może najlepsze wyniki.

W odczycie „o dziesięcioleciu promieni ROENTGEN'a” postępy te nie zostały wcale przedstawione. Z pomiędzy różnych udoskonaleń B. podkreśla zwłaszcza wielkie znaczenie t. zw. „blend”, które stosowane są zarówno przy prześwietlaniu jak przy roentgenografowaniu i przez powstrzymanie promieni bocznych i wtórnych powiększają znakomicie ostrość obrazu. Szczególnie znaczenie ma blenda kompresyjna, która ogromnie ułatwia wszystkie najtrudniejsze zdjęcia (kamienie nerkowe, kręgosłup, staw biodrowy, miednica).

Pole operacyjne jest zmniejszone, ale za to obraz nadzwyczaj ostry. B. nadmienia, że specjalizacja w roentgenologii ma nawet swą stronę ujemną, ponieważ przy ocenie wyników konieczne jest zestawienie z objawami klinicznymi, znacznie łatwiejsze dla lekarza, zajmującego się praktyczną medycyną.

W kwestyi leczenia białaczki promieniami ROENTGEN'a BREGMAN zaznacza, że liczba pomyślnych ogłoszonych przypadków jest tak

wielka, że o skuteczności tego sposobu leczenia nie można wątpić. Osobiste doświadczenia B. potwierdzają to w zupełności.

SOKOŁOWSKI zaznacza, że, chociaż prelegent mówi o rozczarowaniu u internistów co do promieni ROENTGEN'a, którzy spodziewali się rozpoznawać przy ich pomocy różne szczegóły i uprościć medycynę wewnętrzną — to on jednak musi uznać wielką doniosłość roentgenizacji dla internisty. Słuszne jest zdanie kol. BREGMANA, że pracownie roentgenowskie ciągle się mnożą. Sam mówca dużo skorzystał z pracowni roentgenowskiej przy szpitalu św. Ducha. Mówca przyznaje roentgenizacji niepoślednie znaczenie pod względem dyagnostycznym, a jeszcze większe znaczenie pedagogiczne, gdyż wspiera ona niejako inne metody badania, jak perkusję i auskultację. Znajdując się w tem szczęśliwym położeniu, że obok swego oddziału szpitalnego ma pracownię roentgenowską, mówca każdy interesujący go przypadek choroby poddawał prześwietlaniu, aby naocznie stwierdzić wyniki badania fizycznego. Zdaniem mówcy, każda pracownia powinna ciągle się ulepszać, a przy obecnych ulepszeniach metoda roentgenizowania staje się coraz łatwiejszą.

Mówca badał przy pomocy promieni X cały szereg chorób dróg oddechowych. Co się tyczy przede wszystkim gruźlicy, to tu najmniej można obiecywać sobie od roentgenizacji. Najważniejszą usługę oddawałaby roentgenizacja w pierwszych początkach sprawy gruźliczej; prześwietlanie rzeczywiście wykazuje pewne cienie, są punkty ciemne w płucach, ale jakoś tego ogniska pozostaje nieokreśloną — czy to jest sprawa gruźlicza, czy zwykła induracja, jednakże w połączeniu z innymi metodami badania roentgenizacja może być i tu pożyteczna. Lepsze już trochę wyniki daje pod tym względem fotografia.

Sprawy gruźlicze, dalej posunięte, już nie potrzebują roentgenizacji, gdyż dostatecznie manifestują się przy innych metodach badania.

Wielkie natomiast oddaje usługi prześwietlanie promieniami X w celach pedagogicznych dla początkujących — uwidoczniając takie rzeczy, jak ruchy przepony, ograniczenie jej ruchów w rozedmie płuc, w suchotach, przy wysiękach. Szczególniej pouczający jest obraz klatki piersiowej, prześwietlanej przy pneu-

motoraksie, jak stopniowo rozwija się wysięk. To samo dotyczy powiększonych gruczołów, nowotworów i t. d. Najciekawszych bodaj danych dostarcza roentgenizacja w sprawach sercowych. Rozumie się, że nie można za pomocą prześwietlania rozpoznawać stanu zastawek, można tylko kontrolować powiększenie serca. Mówca przy pomocy roentgenizacji przekonał się o wielkiej wartości badania serca metodą palpacyjną EPSTEIN'a. Obraz na ekranie zupełnie dokładnie odpowiada granicom, otrzymanym za pomocą metody palpacyjnej.

Dzięki promieniom RÖNTGEN'a staje się widocznym położenie serca, t. j. serce wiszące, serce, leżące na przeponie (pulsacja epigastralna). Zwłaszcza określanie tętniaków stanowi tryumf ROENTGEN'a. Roentgenizowanie chorych wykazało właśnie mówcy fakt, że nie raz przy bardzo dużym dyagramie serca, wskazującym na duże rozszerzenie — istnieją bardzo nieznaczne objawy kliniczne ze strony serca.

Tak więc roentgenizacja uzupełniła klinikę.

WŁ. STANKIEWICZ, dowodząc ważności badania promieniami X w chorobach chirurgicznych, wykazuje całe znaczenie tegoż głównie pod względem dyagnostycznym a także i ze stanowiska leczniczego. Nie mówiąc już o pewności wykrycia ciał obcych w organizmie, jak: igły, kule, kamienie w nerkach lub pęcherzu, ileż to razy chirurg znajduje się w wątpliwości co do ścisłego rozpoznania złamań kości, szczególnie w okolicy stawów lub małych kostek na dłoni i stopie — zwłaszcza w początkowym okresie, gdy pod wpływem obfitych wynaczynień i nacieczenia tkanek niepodobna wymacać dotkniętych urazem kości. Często dopiero po wessaniu wynaczynionej krwi i zniknięciu wysięku wykrywa się złamanie w postaci obfitej kostniny (*callus*), otaczającej nieprawidłowo położone odłamki. W tym okresie zapóźno już na poprawę wadliwie zrośniętych końców, a następstwem tego bywa nieraz kalectwo lub utrata zdolności zarobkowania.

ZALESKI zaznacza, że istotnej wartości pouczającej obrazów, otrzymanych za pomocą prześwietlania płuc, nie przesądza, chce tylko zwrócić uwagę na to, że roentgenogramy, o ile idzie o cierpienia serca, nie zawsze posiadają to znaczenie dydaktyczne, jakie im przypisuje

SOKOŁOWSKI. Twierdzenie swe mówca opiera na dwóch przypadkach z własnej praktyki.

SŁAWIŃSKI zwraca uwagę na to, jak ostrożnie trzeba oceniać dane topograficzne, otrzymywane drogą fotografii roentgenowskich co do położenia ciał obcych w ciele ludzkim. Na dowód przytacza dwa spostrzegane przez siebie przypadki. W jednym przypadku połknięcia monety — roentgenogram pokazał odpowiedni ciemny punkt na lewo od mostka między 3 i 4 żebrzem, gdy tymczasem moneta znajdowała się w przelyku i została ztamtąd wydobyta. W drugim przypadku rany postrzałowej nogi — fotografia roentgenowska wykazywała obecność kuli na krętarzu wielkim, gdy tymczasem istotnie znajdowała się ona o 10 centymetrów niżej.

E. ZIELIŃSKI sądzi, że owe podpisy pod roentgenogramami w rodzaju „*lymphosarcoma*“, „*insuf. bicuspidalis*“ i t. p. polegają na błędnem wnioskowaniu; obrazy bowiem skioptyczne żadną miarą do podobnych dyagnoz nie upoważniają; roentgenoskopię i roentgenografię bowiem można uważać za idealną (z małymi zresztą wyjątkami) palpacyę i perkusyę, przetransponowaną na obraz wzrokowy; a żadna z tych metod fizycznego badania sama przez się bez uzupełnienia jej inną jeszcze metodą badania i wywiadem co do przebiegu cierpienia nie jest w stanie dać nam pełnej dyagnozy. Rentgeniście wolno powiedzieć, że widać tu i tam taki lub inny cień, że cień ten zależy od zjawienia się na drodze promieni X — przeszkody w postaci ciała płynnego lub stałego bezpowietrznego, nie właściwie nad to; podobnie jak ze stłumienia na klatce piersiowej nie można nie więcej wnosić nad to, że tkanka powietrzna płuc zastąpiona została przez bezpowietrzną, a czy to będzie naciek zapalny, czy nowotwór, czy wysięk, o tem decydować może tylko zestawienie wszystkich objawów patologicznych, zdobytych wszelkimi pozostałymi metodami badania. Jednem słowem, na roentgenoskopię i roentgenografię wolno patrzeć, jako na jedną jeszcze pomocniczą i potężną zresztą metodę badania fizycznego, ale nigdy jako na taką, któraby zwalniała lekarza od stosowania innych metod badania i pracy myślowej indukcyjnej przy robieniu rozpoznania. Ze stanowiska terapeutycznego promienie X, zdaje się, większą mogą nawet mieć wartość.

WINIARSKI nie przywiązuje wielkiej wagi do znaczenia promieni ROENTGEN'a, jako metody, ułatwiającej rozpoznanie w chorobach serca, dwa razy bowiem, opierając się na wynikach za pomocą tychże promieni, zmienił trafne rozpoznanie, zrobione na zasadzie danych klinicznych, na mylne, rozpoznawszy tętniak aorty.

W tych zaś razach, w których badanie roentgenologiczne potwierdziło rozpoznanie za pomocą innych metod badania klinicznego, objawy tętniaka aorty były aż nadto wystarczające do zrobienia takiego rozpoznania.

T. Korzon.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= SHELDON zebrał opisane w literaturze 37 przypadków kolki żółciowej, niezależnej od kamieni. We wszystkich przypadkach bóle zjawiały się nagle, były bardzo mocne i cechami oraz umiejscowieniem odpowiadały bólom w kamicy. Jednakże ani podczas operacji, ani na sekcji kamieni nie znajdowano. W 32 przypadkach było zapalenie ostre pęcherzyka z rozciągnięciem tegoż. U 2 chorych nie było ani kamieni, ani oznak zapalnych, lecz pęcherzyk był ruchomy i rozszerzony; operacja uleczyła obu chorych. Dwa razy znaleziono skręcenie przewodu pęcherzykowego i przemieszczenie pęcherzyka. W przypadku ostatnim kolka, żółtaczką, bolesność wywołane zostały rozszerzeniem tętnicy wątrobowej, która uciskała przewody pęcherzykowy i wspólny. Wszystkie przypadki powyższe stwierdzają przypuszczenie, iż kolka żółciowa powstaje skutkiem przeszkód, jakie napotykają skurcze mięśniowe pęcherzyka lub przewodów.

(N.-Y. med. Jour. 14/105).

= BREWER spostrzegał nadzwyczaj rzadki przypadek wycięcia wyrostka w kątnicę. Chora 22 letnia przybyła z oznakami ostrego zapalenia wyrostka. Przy operacji

znaleziono masę twardą, złożoną ze zrostów kątnicy, sieci i kilku pętlic kiszek cienkich. Wyrostka nie znaleziono. W ciągu 5 miesięcy po wyzdrowieniu chora doznawała niekiedy bólów w okolicy kątnicy. Podczas następnej operacji uwolniono tę ostatnią od zrostów. W miejscu normalnego przyczepu zauważono niewielkie obrzmienie podłużne, dające się wymacać w kiszce. Cięcie podłużne wykryło masę zaokrągloną, sterczącą do jamy kątnicy, długą 3 i grubą 1 ctm., pokrytą błoną śluzową ciemnoczerwoną; był to wycięty wyrostek, który wycięto. Chora wyzdrowiała.

(Amer. Med 14/105).

= JELLINEK zwraca uwagę na niezauważony dotychczas objaw choroby BASEDOW'a, mianowicie ściemnienie powiek. Zjawisko to, opisane przez autora wspólnie z ROSSIN'em w r. 1899, polega na brunatnem zabarwieniu skóry obu powiek, zwłaszcza górnej. Od góry zabarwienie sięga brwi, od dołu brzegu oczodołu; łącznica pozostaje normalna. Często objaw ten występuje we wczesnym okresie choroby, później staje się mniej widocznym lub znika. (Wien. klin. Woch. 43—1904).

P.

VICHY PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA Własność państwowa francuska		
<i>Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisywającego receptę Wód.</i>		
VICHY CÉLESTINS Staboiś kłęgdka, pęcherna, zsiągłwości wkrzyśach, podagra, cukrzyca.	Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej z wód.	
VICHY GRANDE-GRILLE Staboiś wątroby i organów kółtć wydzielających.	PASTILLES VICHY-ÉTAT kłozolac trawiezie, kwaasy, dwa albo trzy po jedseniu.	
VICHY HOPITAL Staboiś kłęgdka i kiszek	COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT Wydajęc wjednej chwili wodę alkaliczną gazową do tćtwiejszego trawienia.	

Zakład Lecznicy D-ra Emmericha

dla chorych

Morfinistów- (Heroin. Cocin etc.), Alkoholików i nerwowych B.-BADEN Założ. 1890 r.

Najłagodniejsze sposoby odzwyczajania od morfiny bez przymusu przy natychmiastowem usuwaniu szpryki w ciągu 4—6 tygodni. Odzwyczajanie od alkoholu według wypróbowanego sposobu. Prospekty darmo (Chorzy umysłowi wyłączeni). Właściciel i lekarz zarządzający Dr Arthur Meyer. 2-ch lekarzy.

Gdy pączki w całej pełni rozkwitają, człowiek powinien jeszcze więcej dbać o swe zdrowie. Przyzwycałem się właśnie o tym czasie nosić przy sobie zawsze

Prawdziwe Sodeńskie Mineralne Pastylki Fay'a

które zapobiegają przeziębieniu i w razie niedyspozycji b. prędko usuwają wszelkie nie mile zaburzenia.

Pastylki te są tanie, łatwe do przyjmowania, a przedewszystkiem zawsze pomagają. Są do nabycia w każdej aptece i w każdym składzie aptecznym po 70 kop. za pudełko.

Składy główne: Tow. Akc. Ludwik Spiess i Syn, Henryk Welt i E. Skomorowski w Warszawie.

Zarząd na Cesarstwo: F. Szarff, Warszawa, Królewska 18.

P.p. Lekarzom wysła się na żądanie próbne pudełko pastylek i literaturę bezpłat. i franco

Tafelki siarczano-iglaste

DOKTORA B. S. RAFELKESA

do przyrządzania kąpiei siarczanych w domu. Kąpiele przyrządzane za pomocą tych tafelek mogą w zupełności zastępować naturalne siarczane kąpiele w miejscowościach leczniczych, jak w Busku, Kemmern i t. p.

Skład główny: Sejny, gub. Suwalskiej, u D-ra B. Rafelkesa.

Analiza chemiczna tafelek według prof. D-ra Pelu.
Wolnego H₂S gazu 0,1% W połączeniu H₂S gazu 4,29%

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natansona, Ryłki, Thieme-go, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie i t. d.

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia

D-ra K. DOBRSKIEGO

w Warszawie, Aleja Róż 10

przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

ZAKŁAD CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNY

Pracownia przyrządów ortopedycznych.

D-ra Reichsteina, Leszno 31, telef. 4217.

Dr. F. Chłapowski.

ordynuje i w tym roku

w Kissingen

przy ulicy Prinzregentenstrasse Nr. 1.
gdzie mieści się też pensjonat dyetetyczny

Römerbad

Stacja kolei
południowej
Początek
sezonu
1 Maj.

Najsilniejsza Akratotermia Styryi 36° do 37° stopni C., działa jak Gastein, Tepliz, Pfäfers przy podagrze reumatyzmie, chorobach kobiecych i nerwowych, w osłabieniach, urazach, influenzy i ich następstwach

Łagodny, podalpejski klimat. Nowoczesny komfort. Tani pobyt. Połączenie kurierem z Wiednia 8, z Tryestu 5, z Budapesztu 9 g. Prospekty darmo za pośrednictwem.

Dyrekcji kąpielowej, Römerbad w Styryi.

Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

SANATOGEN BAUERA

Zwiększa ilość białka i fosforu, wzmacnia utlenianie, przyspiesza przemianę materii

jest przeto najsilniejszym środkiem wzmacniającym. Broszury, próby i odnośną literaturę wysyła p. p. Lekarzom

== S. KARCZEWSKI ==

Nowo-Senatorska 4, w Warszawie.

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać należy od bezwartościowych naśladownictw.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

**WIELKI WYBÓR
Narzędzi Chirurgicznych**
najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
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

Zakład Lecznicy dla chorych NA USZY D-ra Guranowskiego

Nowy-Swiat 41.

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

BAD NEUHEIM

Po powrocie z podróży rozpocząłem praktykę od 1-go Maja
D-r Lillienstein spec. chorób nerwowych.

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

Miesięcznik poświęcony dentystyce i chorobom jamy ustnej

Warunki przedpłaty:

w Warszawie rocznie rb. 4, półrocznie rb. 2. Na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocznie rb. 5, półrocznie rb. 2 kop. 50.

Redaktor i wydawca Dr. Dzierżawski

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy aptece

FR. KARPİŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna Nr. 35—Telefonu Nr. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych, jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.

JENERALNA REPREZENTACYA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
Faschingen i Selters.

Salit

SALIT jest płynnym związkiem kwasu salicylowego, jest tani, szybko ból uśmierzającym środkiem do wcierania w reumatycznych cierpieniach wszelkiego rodzaju (rozcieńczony oliwą.) Z pomiedzy wszelkich srodkow salicylowych stosowanych zewnetrznie najmniej drażni skóre, gdyż nie zawiera formaldehydu. Bez działania ubocznego na serce i nerki. Działa szczególnie dobrze we wszystkich reumatycznych bólach, występujących wskutek zaziębienia (lumbago etc.), reumatyzmach mięśni i powięzi.

Duotal

DUOTAL „HEYDEN” preparat guajakolu, bezwonny i bez smaku, zawiera więcej niż 90 proc. związanego i w ustroju się oddzielającego guajakolu. Bez wszelkiego działania żrącego i trującego; bywa chętnie przyjmowany nawet przez najwrażliwszych chorych i dobrze znoszony. Wyborny środek przeciw gruźlicy płuc i chronicznym katarom dróg oddechowych. Antyseptyk kiszek w tyfusie i enteritis.

Próby i literaturę dostarcza:

Fabryka Chemiczna von Heyden, Radebeul—Drezno lub przedstawiciel
Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

SYROP

D'AUBERGIER

au Lactucarium

(Zatwierdzony przez Akademię lekarską w Paryżu)

Zupełna nieszkodliwość, doskonała skuteczność, stwierdzona przy Bronchitis, influenzy, etc., zapewniły SYROPOWI D'AUBERGIER ogromną sławę.

(Formularz D-ra BOUCHARDAT).

KASZEL—KATAR—BRONCHITIS—BEZSENNOŚĆ

Clin & Co. F. Comar & Fils & Co. Paris. Dostać można we wszystkich aptekach.

Skład Główny Fr. Karpiński. Warszawa, Elektoralna 35. Telef. 600.

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Warunki przedpłaty:

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce: kop. 10, na 1-ej i ostatniej stronnicy k. 20

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja Medycyny. — Biuro ogłoszeń Ungra, Wierzbowa 8. — Dom Handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie-Przedmieście 53. — W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna № 6.

Adres Redaktora: Krak. - Przedm. № 7.

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły, załatwiać można codziennie u Wydawcy od 9—10 rano.

OGŁOSZENIA.



Bardzo pożyteczny produkt z **Cascara Sagrada**

„CASCARINE $C^{12}H^{10}O^5$ LEPRINCE”

(Kaskarin Leprens)

WSKAZANIA: stałe zatwardzenia, choroby wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla organów trawienia; przy atonii organów trawienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym. Zażywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek. Skład główny: 62, rue de la Tour Paris.

Składy we wszystkich aptekach i skład. materiałów aptecz.

Akademia Medyczna 12-go Czerwca 1892 roku Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892 roku i 3 Lipca 1899 r.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształły

Nowo-karlsbadzkie kryształły

Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, dia-
tezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed
lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówki do szklanki z jedną
czwartą litra wody selcerskiej: Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wylączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptecz E. TREUTLERA
Nowy-Swiat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 najczystsza
 woda mineralna
SZCZAWA-ALKALICZNA

Najlepszy napój dyesetyczny i orzeźwiający

Wyborny dla dzieci i rekonwalescentów.

Henryk Mattoni

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

ZAKŁAD

wodoleczniczy

Giesshübl - Sauerbrunn

pod Karlsbadem.

Miejsce pochodzenia

Giesshübler'u

Mattoni'ego.

LE VALERIANATE de PIERLOT

(Waleriano kwaśny amoniak Pierlot.)

Działa uśmierzająco przy chorobach nerwowych jak:

NEWROZY

NEWRALGIE

NEURASTENIE

D O Z A 2 lub 3 łyżeczki od herbaty, rano i wieczorem do 1/4 części szklanki wody ocukrzanej.

LITERATURA: Bouchardat, Tr. Pharm., strona 300.

Gubler, Com. du Codex. strona 813. Trousseau, Thérap., page 214.
 Charcot, Cliniques de la Salpêtrière.

Lancelot et Co. Rue St. Claude, Nr 26, Paris.

Główny przedstawiciel na całą Rosję W-ny **P O M M I E R.**

St. Petersburg, Sergiejewska Nr. 17.

Składy w St. Petersburgu: Sztol i Szmidt, ulica Gogola № 11,
 i w Rosyjskiem Towarzystwie Farmaceutycznym, Kazańska № 12.

Drag. Blaudii min. aa 10,0=100 pig.

„ „ c. acid. arsenicos. 0,001

Drag. Blaudii maj. aa 15,0=100 pig.

„ „ c. acid. arsenicos. 0,001

„ „ ferii albuminati 0,05

„ „ dialysat. peptonat 0,05

„ „ lactici 0,05

„ „ c. liq. Fovleri aa 05

STALE GOTOWE POSIADA

Apteka E. GESSNERA
W WARSZAWIE.

Unguentum Heyden

Novargan

Xeroform

Unguentum Heyden jest maścią z Calomelolu (calomel colloidal) do przeciwsyfilitycznych kuracji wcieraniami (Neisser). Nie plami skóry i bielizny. Dawka jednorazowa 6 g. W rurekach z podziątką do przesuwania po 30 i 60 g.

Novargan jest prawie nie drażniącym preparatem srebra. „Obecnie jest to najlepszy środek przy ostrym tryprze“. Wcierania 0,2 do 0,5 do 1% roztworu.

Xeroform jest najlepszym środkiem zastępującym jodof. Nie drażni, absolutnie nietrujący, wybitnie wysuszający i zmniejszający wydzielinę, krew tamujący i ból uśmierzający. Silny środek odwianiający. Środek szybko działający na zabliznienie.

Próby i literaturę dostarcza

Fabryka Chemiczna von Heyden — Radebeul — Drezno
 lub przedstawiciel

Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.