

GAZETA LEKARSKA.

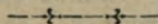
I. Z KLINIKI CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH PROF. DRA GLUZIŃSKIEGO WE LWOWIE.

O wpływie morfiny na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka. ¹⁾

Podał

Dr N. Schneider,

demonstrator kliniki.



Sprawa, dotycząca wpływu morfiny na czynność żołądka, była już dawniej przedmiotem rozlicznych badań, jednakże od czasu ogłoszenia doświadczeń RIEGEL'a stała się więcej aktualną. RIEGEL doświadczał na psach i otrzymał wyniki, dowodzące głębokiego wpływu morfiny na czynność wydzielniczą żołądka. HIRSCH wykazał również na psach ciekawe działanie morfiny na czynności ruchowe żołądka. Gdyby wobec tych faktów można było stwierdzić, że żołądek ludzki tak samo się zachowuje pod wpływem morfiny, jak u tych zwierząt, miałyby to dosyć poważne znaczenie nie tylko dla teorii, ale i dla terapii. Zadaniem pracy niniejszej jest wykazanie, czy i o ile morfina wywołuje zmiany w czynnościach żołądka ludzkiego i jakie stąd wynikają wskazówki praktyczne dla lekarza. Przedtem jednak przedstawić chciałbym dotychczasowe wyniki badań, otrzymane na tem polu przez innych autorów.

Na samym wstępie przypomnieć wypada szczegół, ważny zresztą dla zrozumienia dalszych wywodów, mianowicie, że MARMÉ w r. 1883 pierwszy znalazł, iż morfina, zastrzyknięta pod skórę, opuszcza ustrój w części przez żołądek i jelita, co według LEINWEBER'a zaczyna się już po 10—20-u minutach od chwili wstrzyknięcia, gdy dawki są trujące. Według ALR'a, wydalanie morfiny nastaje już po 2 $\frac{1}{2}$ minutach, postępuje z początku żywo, potem słabnie i ustaje po godzinie zupełnie.

¹⁾ Według odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem Lwowskim dnia 7-go lutego b. r.

E. HIRZIG tłumacząc objawy abstynencyi u morfinistów w okresie odzwyczajania ich od morfiny, właściwie pierwszy mówi o wpływie tego alkaloidu na czynność wydzielniczą żołądka. Według tego autora, wydzielanie kwasu solnego u morfinistów podczas używania morfiny jest znacznie zmniejszone lub nawet całkiem zniesione, natomiast staje się znowu obfitszem w miarę usuwania morfiny i dochodzi do *maximum* w kilka dni po jej zupełnem usunięciu. Stąd HIRZIG tak objaśnia objawy abstynencyi: Morfina, zastrzyknięta pod skórę, opuszcza organizm przez błonę śluzową żołądka i tem samem sprowadza narkozę jego nerwów, gdy zaś dowóz morfiny ustaje, ustaje także ta regularna narkoza, co pociągając musi zmianę we wrażliwości nerwów żołądkowych w tym kierunku, że bodźce normalne obecnie silniej je podrażniają. Ta zmiana we wrażliwości nerwów i wynikająca z niej po części względna *hyperaciditas* mają, według HIRZIG'a być przyczyną objawów w czasie odzwyczajania od morfiny. Ze względu na zachowanie się kwasu solnego u morfinistów, robi HIRZIG uwagę, że możnaby przez podawanie morfiny wywołać sztuczną *anaciditas* w tych przypadkach, w których powiększona lub czasem nawet normalna ilość kwasu solnego szkodliwie działa na sprawę chorobową, np. przy wrzodzie żołądka (*ulcus ventriculi*). Dodać jeszcze należy, że według HIRZIG'a wpływ morfiny na żołądek ujawnia się nie bezpośrednio po jednorazowym zastosowaniu, lecz drogą sumowania się przy dłuższem jej podawaniu. ABATKOFF znalazł, że ilość wydzielanego kwasu solnego ulega pod wpływem morfiny i opium zmniejszeniu a trawienie żołądkowe opóźnieniu. LEUBUSCHER i SCHAEFER ¹⁾ przeprowadzali doświadczenia na ludziach umysłowo chorych. Obiad próbny stanowiło $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ funta surowego siekanego mięsa z dodatkiem małej ilości wody i soli kuchennej. Zawartość żołądkową badali po spożyciu obiadu w różnych okresach trawienia, ażeby mieć pojęcie o zachowaniu się kwasu solnego podczas całej sprawy trawienia. Kwas solny oznaczali ilościowo w zawartości nieprzesączonej metodą SRÖQVIST'a. Otóż w przypadkach, w których podawali opium lub morfinę do wewnątrz (*opium purum* 0,15, *morph. muriat.* 0,02—0,03], wypadły próby jakościowe na HCl przeważnie ujemnie, ilościowo zaś otrzymali nieznaczne zmniejszenie, jak również nieznaczne opóźnienie w wydzielaniu kwasu solnego. Gdy natomiast podawali morfinę podskórnie, to próby jakościowe na HCl były wszystkie ujemne, a ilość wolnego HCl okazała się znacznie zmniejszoną. Różnica w działaniu morfiny tak wybitnie zależna od formy stosowania, naprowadziła tych autorów na myśl, że zmiany w wydzielaniu HCl pochodzą nie od miejscowego działania tego alkaloidu na błonę śluzową żołądka, lecz są zawisłe od wpływu pewnych ośrodków nerwowych. Dlatego morfina, zastrzyknięta pod skórę, działa bezpośrednio, szybko i silnie, podana do wewnątrz—tylko powoli i w miarę wessania. Wymienić należy w końcu, że w przypadkach stałej *hyperaciditatis* udawało się tym autorom regularnie wywołać zmniejszenie kwasu solnego. SCHIELE badał zachowanie się HCl pod wpływem morfiny na sobie samym. Powinował jednak oznaczał

¹⁾ LEUBUSCHER u. SCHAEFER. Einfluss einiger Arzneimittel auf die Salzsäureabscheidung des Magens. Deutsche med. Wochenschrift. 1892. Nr. 46.

kwas solny tylko jakościowo, a prócz tego doświadczeń było niewiele, przeto, zdaniem RIEGEL'a, mało co z nich wnosić można o wpływie morfiny na czynność wydzielniczą żołądka. Podnieść chyba wypada to, że próby jakościowe na HCl były zawsze dodatnie w przeciwieństwie do wyników, otrzymanych przez LEUBUSCHER'a i SCHAEFER'a.

KLEINE ¹⁾ podjął swoje badania, co do wpływu morfiny na żołądek, po części celem stwierdzenia, o ile miał słuszność PIRZIG, gdy mówił, że możnaby przy wrzodzie żołądka wywoływać sztuczną *anaciditas* przez podawanie morfiny, głównie zaś celem wytlómaczenia objawów abstynencji u morfinisty. Doświadczenia uskuteczniał na psach, którym zakładał przetoki żołądkowe, wydzielanie zaś soku żołądkowego wywoływał przez to, że dawał połykać zwierzętom 25 grm. nierozkawałkowanego mięsa. Sok żołądkowy zbierał zapomocą drenu przez 40 minut, HCl oznaczał według metody MÖRNER'a i SJÖQVIST'a, zastrzykiwał 0,04 morfiny podskórnie. I otrzymał w dniach normalnych

[bez morfiny] przeciętnie 2,30‰ HCl

z morfiną „ 2,49‰ HCl

Ilość wydzieliny w dniach normalnych wynosiła 16 ctm. sz.

„ „ z morfiną 25 ctm. sz.

Na podstawie takich wyników przyznaje KLEINE morfinie własność zwiększania u psów HCl. Ażeby się przekonać, o ile podawanie morfiny przez czas dłuższy wpływa na czynność wydzielniczą żołądka, stosował u psa codziennie wstrzykiwania morfiny w dawkach stopniowo wzrastających, tak, że po 8-iu dniach doszedł do dawki 0,1 g. i spostrzegł, że morfina wybitnie opóźnia wydalanie zawartości żołądkowej, a ilość wydzielanego HCl znacznemu ulega zmniejszeniu. Lecz rozwój obu tych zjawisk nie postępuje od samego początku równomiernie, bo gdy wydzielanie HCl jeszcze po 10-iu dniach było dość obfite, to czynność mechaniczna żołądka już po 4ch dniach okazała się upośledzoną. Objaw ostatni tłómaczy KLEINE tem, że morfina poraża elementy nerwowe przewodu pokarmowego. Wskutek upośledzenia ruchowej czynności żołądka, zawartość jego zalega a produkty fermentacji, uszkadzając zwolna i stopniowo coraz bardziej błonę śluzową, obniżają tem samym wydzielanie HCl. W ten sposób KLEINE objaśnia zmniejszenie lub brak kwasu solnego u morfinistów; sprawę zaś, czy objawy abstynencji mają swoje źródło w ponownem występowaniu HCl podczas usuwania morfiny, pozostawia zupełnie na uboczu. W każdym razie sądzi, że sztuczne obniżanie kwasności w pewnych chorobach zapomocą systematycznego podawania morfiny stanowczo nie ma racji ze względu na szkodliwe następstwa, jakie stąd wyniknąć mogą.

Odmienne od wyżej wspomnianych badaczów przystąpił RIEGEL ²⁾ do rozstrzygnięcia zajmującej nas sprawy. Ponieważ, zdaniem jego, z ilości za-

¹⁾ KLEINE. Einfluss des Morphiums auf die Salzsäuresecretion des Magens. Deutsche med. Wochenschrift. 1897. Nr. 21.

²⁾ RIEGEL. Ueber den Einfluss des Morphiums auf die Magensaftsecretion. Zeitschr. f. klin. Med. T. XL. Z. V. i VI.

wartości w żołądku i ze stopnia kwaśności całkowita ilość wydzielonego HCl obliczyć się nie da, usunął trudności, które poniekąd tłómaczą różnice w wynikach dotychczasowych badań, w ten sposób, że wykonywał swoje doświadczenia na psach z przetoką żołądkową, założoną według PAWŁOWA. Przetokę taką, jak wiemy, robi PAWŁOW tak, że wycina z żołądka podłużny kawałek i tworzy z niego walec. Otwarty koniec walca przyszywa do otworu w ranie brzusznej, koniec wewnętrzny zaś pozostaje w związku ze ścianą żołądka za pośrednictwem nerwów i naczyń, nie komunikując jednak nigdzie z jamą żołądka, co PAWŁOW skutecznie w ten sposób, że u podstawy wyciętego kawałka przecina tylko błonę śluzową, podczas gdy błona mięsna i surowicza pozostają nietknięte. Ten drugorzędny żołądek wykonywa te same funkcje, co żołądek główny i na nim też jak najdokładniej śledzić można cały proces trawienia, przyczem jest ta korzyść, że otrzymuje się wydzielinę, względnie sok żołądkowy, zupełnie czysty, bo z pokarmami niezmiészany.

RIEGEL stosował duże dawki morfiny, od 0,02—0,2 g. [psy, jak wiadomo, stosunkowo dobrze znoszą duże dawki] głównie podskórnie, w kilku tylko przypadkach w postaci czopków do kiszki stolcowej. Jako bodźca do wywołania czynności żołądka używał mleka, albo też wstrzykiwał samą morfinę bez poprzedniego wprowadzania pokarmów. Ilość wydzielanego HCl notował co 5 minut. Doświadczenia z małemi dawkami [0,02—0,03 g.] nie wywierały żadnego widocznego wpływu. Natomiast po dawkach większych pokazywało się stale, że morfina z początku wprawdzie nieco powstrzymuje wydzielanie soku żołądkowego, ale za to potem wydzielanie jest obfitsze i trwa dłużej, niż w warunkach prawidłowych. Im większą jest dawka morfiny, tem większą jest ilość wydzielonego soku żołądkowego i tem dłużej trwa wydzielanie. Ale też i t. zw. okres utajony (*Latenzzeit*), t. j. czas od chwili zastrzyknięcia morfiny do chwili występowania kwasu solnego, czyli czas początkowego zahamowania czynności wydzielniczej żołądka, zależy w prostym stosunku od wielkości dawki, czyli jest tem dłuższy, im większą była dawka morfiny. Tak działa morfina na funkcję chemiczną żołądka u psów.

Z doświadczeń, wykonanych na ludziach, przytacza RIEGEL tylko kilka. Co się tyczy metody badania, to albo podawał śniadanie próbne, raz z morfiną [w ilości 0,01—0,03 gr.], drugi raz bez niej, albo też stosował morfinę na próżny żołądek; zawartość żołądkową wydobywał co 1/2 godziny, HCl oznaaczał jakościowo, prócz tego ilościowo kwaśność ogólną i zależną od HCl. Sam RIEGEL przyznaje, że wyniki, otrzymane z doświadczeń na ludziach, nie bardzo są przekonujące i przejrzyste; mimoto jednak twierdzi, że morfina zwiększa wydzielanie soku żołądkowego u ludzi zupełnie tak samo, jak u psów.

Ta własność morfiny odnosi się podług RIEGEL'a tylko do krótkotrwałego, względnie jednorazowego jej zastosowania. Kwestyę, jak działa podawanie tego alkaloidu przez czas dłuższy, pozostawia w swojej pracy na uboczu. W każdym razie nie poleca sztucznego obniżania kwasoty przy *ulcus ventriculi* zapomocą morfiny. Chorym na żołądek można ją dawać, według niego, tylko wtedy, gdyby obfitsze wydzielanie HCl żadnej za sobą nie pociągało szkody.

„Gdzie zaś wydzielanie HCl już samo przez się jest podwyższone i jako takie sprawia dolegliwości, powinniśmy w celu łagodzenia bólu używać nie morfiny, lecz raczej przetworów belladony, które, prócz zmniejszania bólu, zmniejszają także wydzielanie soku żołądkowego”.

Tyle o wpływie morfiny na czynność wydzielniczą żołądka; zobaczymy teraz, jakie są poglądy co do jej wpływu na czynność ruchową.

HIRSCH ¹⁾ był pierwszym, który badał działanie morfiny na czynność ruchową żołądka u psów. Doświadczenia wykonywał na psach, którym wgajał trwałą kaniulę w dwunastnicę, w odległości 4 ctm. od odźwiernika. Woda, wprowadzona zapomocą zgłębnika do żołądka tak operowanego zwierzęcia, zaczynała nieraz równocześnie z chwilą wiania wypływać przez kaniulę, przyczem odpływała ciągle pod nieznacznem ciśnieniem, tak, że 250 ctm. sz. wody opuszczało żołądek w przeciągu 10-iu minut. Gdy zaś temu samemu zwierzęciu [ważącemu 3—4 kg.] zastrzyknął 0,03 g. morfiny pod skórę i po 10-iu minutach wprowadził do żołądka zapomocą zgłębnika 200 ctm. sz. wody studziennej, ogrzanej do ciepłoty ciała, to jeszcze po 5-iu kwadransach nie wypłynęła ani kropla wody przez kaniulę; natomiast cała ilość dała się wydobyć z żołądka, przyczem znalazł, że płyn ten zawierał 0,6‰ wolnego HCl. Gdy w 9½ godz. po wstrzyknięciu takiej samej dawki morfiny u tego samego psa wprowadził do żołądka 200 ctm. sz. wody, to jeszcze po godzinie mógł wyciągnąć 63 ctm. sz. płynu z 1,09‰ HCl.

Morfina wywołała więc w tym przypadku wybitne zachowanie czynności ruchowej żołądka. Na podstawie dalszych doświadczeń, podjętych dla wytłomaczenia tego zjawiska, a których nie możemy tutaj przedstawić z powodu braku miejsca, doszedł HIRSCH do następującego wniosku: Morfina, zastrzyknięta psu podskórnie w dawce 0,01 g. na 1 kg. zwierzęcia, powstrzymuje opróżnienie [ekspulsję] żołądka na cały szereg godzin. To zaburzenie czynności ruchowej nie pochodzi jednakowoż od zahamowania perystaltyki, gdyż tak HIRSCH, jak i inni spostrzegali po morfynie wybitne ruchy robaczkowe w okolicy przedodźwiernikowej (*antrum pyloricum*), tylko od tonicznego skurczu odźwiernika. Ruchy robaczkowe żołądka w okolicy *antrum* widział także POHL u psów, którym zastrzykiwał morfinę do żył. I RIEGEL zauważył u swoich psów z przetoką PAWŁOWA występujący pod wpływem morfiny niepokój motoryczny żołądka, najwyraźniejszy w chwili, gdy wydzielanie HCl było najobfitsze. Przez otwór przetoki widzieć nawet można było na przemian skurcz i zwolnienie. Skurcze bywały czasem tak silne, że wytłaczały kateter, wprowadzony do drugorzędnego żołądka. Do tych samych wyników co HIRSCH, doszedł także i ROSSBACH, z tą tylko różnicą, że sposób opróżniania się żołądka, który HIRSCH uznał jako znamienny dla morfiny, uważał za prawidłowy. A pochodziło to stąd, że chcąc badać u psów normalne zachowanie się czynności ruchowej żołądka, stosował, celem uspiania swoich zwierząt, morfinę podskórną. Uspionym w ten sposób psom otwierał jamę brzuszną, odsłaniał żołądek, odźwiernik i dwunastnicę

¹⁾ Dr ALFRED HIRSCH. Zur Kenntniss der Wirkung des Morphiums auf den Magen. Centralbl. f. innere Med. 1901. Nr. 2.

i zauważył przytem także tak silny skurecz odźwiernika, że przez niego palca nie można było wprowadzić do żołądka od strony dwunastnicy. Równocześnie widać było bardzo żywe ruchy robaczkowe w okolicy części odźwiernikowej (*pars pylorica*). Po kilku godzinach dopiero ustępował nagle skurecz odźwiernika i wtedy część miazgi wchodziła pod pewnem ciśnieniem z żołądka do dwunastnicy; po krótkiej przerwie, wśród której odźwiernik już bywał drożny dla palca, znowu jakaś część wchodziła i tak dalej, dopóki nie opróżnił się żołądek zupełnie. Te fakta, które ROSSBACH podał, jako odpowiadające stosunkom prawidłowym, są, według HIRSCH'a, wywołane przez morfinę i mogą chyba tylko potwierdzić jego własne, wyżej opisane, doświadczenia. [D. n.]

II. Wyniki i najnowsze metody leczenia suchot płucnych W sanatoryjach.

Podał

Kazimierz Rzętkowski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 40].

Statystyka TURBAN'a obejmuje 408 chorych w różnych okresach. Z 97-ii chorych I-go okr. miało laseczniki w płwocinie przy zaczęciu kuracyi 38-ii; z tych 30, t. j. 79% utraciło laseczniki. Na 204 chorych II-go okr. znajdowano laseczniki w 184; z tych utraciło laseczniki 72, t. j. 39%. Ze 105-ii zaś chorych III-go okresu miało laseczniki 104, utraciło je 12, t. j. 11%.

W statystyce sanatorium otwockiego znajdujemy następujące dane:

Z chorych okresu	I	utraciło laseczniki	88%
"	II	"	52%
"	III	"	14%

Powyższe dane aż nadto wykazują, że im suchotnik wstępuje do sanatorium z mniejszymi zmianami w płucach, tem szanse wyleczenia jego są pewniejsze. Tak więc decydującym momentem w kwalifikacyi chorego do sanatorium jest w pierwszej linii rozległość sprawy lokalnej w płucach.

Jakież są inne momenty?

Jak widzieliśmy powyżej, ani waga chorego, ani też stan jego ogólny nie odgrywa żadnej roli, ponieważ w znacznej większości przypadków udaje nam się podnieść wysoko wagę chorego i poprawić stan jego ogólny, chociaż sprawa w płucach nie zmniejszy się wcale i o zupełnem wyleczeniu chorego niema jeszcze mowy.

Co się tyczy wpływu gorączki na wyniki leczenia sanatoryjnego, to ze statystyki TURBAN'a [*loc. cit.* str. 146] okazuje się, że z chorych, którzy w sana-

toryum odzyskali poprawę trwałą, było 31,9% gorączkujących przy wstąpieniu do sanatorium i 62,2% nie gorączkujących. Cyfry powyższe pouczają, że chory, który wstępuje do sanatorium bez gorączki, ma dwa razy taką szansę wyleczenia się, jak chory, który wstępuje z gorączką. Podobne dane znajdujemy we wszystkich innych statystykach.

Dalej—z chorych, którzy wypisali się z sanatorium TURBAN'a z trwałą poprawą, było przy wstąpieniu do zakładu z tętnem częstym [ponad 100] 31,2%; z tętnem rzadkiem [poniżej 100] 62,0%. Poucza to, że im chory przy wstępowaniu do sanatorium ma liczbę tętna mniejszą, tem szanse poprawy są dłań większe.

Co się tyczy wpływu na wynik leczenia obciążenia dziedzicznego chorych, to zarówno MEISSEN (*Zur Kenntniss der menschl. Phthise*) na materyale chorych z Falkensteinu, jak i sprawozdanie Hanzeatyckiego urzędu ubezpieczeń nie mogli zauważyć wpływu obciążenia dziedzicznego na wyniki leczenia w sanatoryach. To samo potwierdza na zasadzie swej sumiennej statystyki TURBAN. Mianowicie, z chorych obciążonych dziedzicznie, 49,6% dostarczyło tych, którzy zostali wypisani z trwałą poprawą z zakładu. Z chorych, którzy mieli obu rodziców chorych na gruźlicę, 50% zyskało trwałą poprawę. Z powyższego widzimy, że obciążenie dziedziczne nie wpływa na wyniki sanatoryjnego leczenia chorych, t. j. na prognozę. Niewątpliwie pogarszają szansę wyleczenia w sanatoryach takie czynniki, jak t. zw. obciążenie BREHMER'a, *habitus phthisicus* chorych oraz stały zły apetyt ich [t. zw. „*schlechten Esser*“]. Obciążenie BREHMER'a polega na tem, że ostatnie, t. j. najmłodsze dzieci licznych rodzin i ich potomstwo posiada wybitne usposobienie do gruźlicy nawet wówczas, kiedy *antecedentia* ich są pod tym względem bez zarzutu. Liczby TURBAN'a pouczają, że takie obciążenie BREHMER'owskie pogarsza znacznie szansę wyleczenia chorych w sanatoryach. Tak mianowicie, z obciążonych w tym względzie, tylko 37% zyskało w zakładzie stałą poprawę. To samo dotyczy chorych z t. zw. *habitus phthisicus (thorax paralyticus*, wysmukły wzrost, delikatna budowa ciała i t. d.); z takich chorych tylko 32% zyskało trwałą poprawę. Chorzy, którzy mają stały zły apetyt, którzy „nawykowo“ jedzą mało, również dostarczają znaczną odsetkę niepodających się dobrowolnym wpływom leczenia sanatoryjnego. U takich TURBAN notuje tylko 36% stałej poprawy.

Złą prognozę dają również chorzy, którzy wstępują do sanatoryów z diazoreakcją EHRlich'a w moczu. O tem znajdujemy w literaturze niedwuznaczne wzmianki.

Tak np. LÖVINSON (*Ueber die Ehrl. Diazoreact. insbesond. bei der Lung. phth. Inaug. Diss. Berlin 1893*) powiada wprost, że dodatni wynik diazoreakcji w moczu jest przy gruźlicy *signum mali ominis*. Zwłaszcza stanowczo występuje w tym kierunku MICHAELIS (*D. med. Woch. 1898 Nr. 10 str. 156* oraz *Zeit. f. diaet. und phys. Ther. 1899. III. 2.*); powiada on, że dodatni wynik odczynu u suchotnika wskazuje, że mamy przed sobą ciężko chorego nawet wówczas, kiedy badanie nie daje nam żadnych lub bardzo małe wyniki, że skutkiem te-

go—chorzy, którzy mają diazoreakcję, jako dający bezwzględnie złe rokowanie, nie powinni być wogóle przyjmowani do sanatoryjów. Do takich samych wyników dochodzi LORENTZ [cyt. według BLAD'a i WIDEBECK'a]. AXEL BLAD i PAUL WIDEBECK (*Ueb. die Diasoreak. Zeitschr. f. Tbc.* 1901. tom II, zeszyt 5 i 6) w ogólnych zarysach potwierdzają poglądy MICHAELIS'a, jakkolwiek zwracają uwagę na to, że jednorazowe badanie moczu chorego na diazoreakcję z wynikiem dodatnim nie wystarcza jeszcze, aby mu odmówić wstępu do sanatorium, pomimo że faktem jest, iż diazoreakcję dają tylko mocze ciężkich chorych.

Z powyższego widzimy, że dodatni wynik diazoreakcji w moczu, narówni z takimi czynnikami, jak: rozległość sprawy, wysoka gorączka, częste tętno, zły apetyt, *habitus phthisicus* oraz obciążenie BREHMER'owskie, pogarszają prognozę chorych, szukających ratunku w sanatoryjach. To należy mieć na względzie przy kwalifikowaniu chorych do sanatoryjnego leczenia, zwłaszcza w zakładach ludowych, dokąd posyłać musimy tylko chorych, mających duże szanse wyleczenia się.

Czy w tym kierunku odgrywają rolę jeszcze inne czynniki, jak np. dodatni lub ujemny wynik seroreakcji ARLOING-COURMONT'a i t. p., na to niewątpliwie odpowiedzą dalsze badania.

II.

Przechodzimy teraz do metod sanatoryjnego leczenia chorych na gruźlicę płuc.

Zaznaczyć winniśmy z góry, że będziemy omawiać tu wyłącznie te metody, którym przypisać musimy istotny wpływ leczniczy, t. j. metody fizykalno-dyetyczne, pozostawiając na uboczu metody leczenia lekarstwami, jako zgoła nie ustalone i nie wychodzące dziś jeszcze z granic prób i doświadczeń, często szkodliwych a zwykle bezowocnych.

Cała terapia gruźlicy płuc w sanatoryjach skupia się wkoło dwóch zasadniczych czynników — mianowicie: leczenia świeżem powietrzem i należytego odżywiania chorych.

I. Leczenie suchot płucnych świeżem powietrzem, stosowane od dawna, od czasów BREHMER'a zyskało zupełne prawo obywatelstwa, jako czynnik terapeutyczny naczelny.

BREHMER — jak wiadomo — był zdania, że suchotnicy mają za małe serce w stosunku do płuc i że zadaniem terapeuty jest tu przedewszystkiem wzmocnienie działalności serca, pobudzanie krążenia krwi w celu należytego odżywiania chorych płuc. W myśl tej teorii, BREHMER znacznej większości swych chorych kazał używać ruchu na świeżem powietrzu, zalecając bardzo częste odpoczywanie.

DETTWEILER zamiast ruchu zalecił spokojne leżenie na świeżem powietrzu i odtąd metoda DETTWEILER'a zapanowała we wszystkich sanatoryjach, robiąc werendę i sofkę nieodzownymi częściami składowymi każdego sanatorium.

Dane sekcyjne [NAEGELI] pouczają nas, że bardzo znaczna część zmarłych na rozmaite choroby ma oznaki wyleczonej sprawy gruźliczej w płucach. Fakt ten świadczy, że sprawa gruźlicza często ma tendencję do gojenia się i goi się niewątpliwie, jeżeli będą po temu istnieć odpowiednie warunki. Należy przyznać, że najbardziej odpowiednie po temu warunki, jakie sobie tylko wymarzyć można, stwarza właśnie metoda DETTWEILER'a. Kładąc choremu leżeć spokojnie, DETTWEILER ogranicza do *minimum* jego wydatki i kieruje nieomal wszystkie siły ustroju ku walce ze sprawą gruźliczą. Z drugiej strony, chory leżący oddycha spokojnie, przez co unika okoliczności, sprzyjających rozszerzaniu się sprawy drogą aspiracyjną, a unieruchamiając chore części płuc, bardziej niż przy związaniem z ruchem głębszem oddychaniu, sprzyja ich zabliznianiu się. Jednocześnie chory leży na świeżem powietrzu, skutkiem czego, będąc zabezpieczony od tak zgubnego w następstwach zakażenia mieszanego, ma jednocześnie *maximum* tlenu, jakim człowiek wogóle rozporządzać może. Metoda DETTWEILER'a została ogólnie przyjętą. Atoli wkrótce stało się z nią to, co spotyka zawsze wszystkie metody lecznicze. Stosując ją powszechnie, wpadnięto w skrajną ostateczność, zalecano bowiem każdemu choremu i w każdym okresie cierpienia leżeć nieruchomo całymi miesiącami [VOLLAND, TALMA i in.]. Co więcej—aby chore części płuc jeszcze bardziej unieruchomić, zaczęto zalecać nawet odpowiednie gorsety, uciskać klatkę piersiową woreczkami z piaskiem, nalepianiem plastra lepkiego i t. p.

Dziś zwolna zaczyna się odwrót ku złotemu środkowi....; pozostawiając absolutny spokój chorym, którzy tego niezbędnie potrzebują, zatem chorym gorączkującym i wycieńczonym, skłonny do krwotoków i mającym postępujące i rozleglejsze zmiany w płucach i opłucnej, pozwalamy wszystkim innym używać ruchu, dozując go tak, jak każde lekarstwo, nieledwie z zegarkiem i metrem w rękę. Każdy chory, który wstępuje do sanatorium, bez względu na tętno i gorączkę, musi przejść okres leżenia. Jest to okres, w którym lekarz ocenia rozległość sprawy i jej natężenie oraz zdaje sobie sprawę z sił, jakie chory tej sprawie przeciwstawić zdoła. Im gorączka jest większa, a siły pacjenta mniejsze, tem spokój musi być bardziej bezwzględny. W tych warunkach gorączka zazwyczaj opada, a badanie obiektywne wykazuje, że ognisko w płucach nie rozszerza się. Kiedy okoliczności te zdołają się ustalić, kiedy ciepłota chorego zaczyna się wahać w granicach normalnych, waga chorego wzrasta, a ilość płwociny, opadającej na dno, dochodzi do *minimum*, wówczas możemy sobie pozwolić na ostrożne przerwanie absolutnego spokoju, w jakim dotychczas trzymaliśmy chorego. Tu powinniśmy zaczynać od procedur najłżejszych. Stosujemy, mianowicie, za DETTWEILER'em bardzo ostrożną *gimnastykę oddechową*. W tym celu nie używamy żadnych aparatów, ale opierając się ściśle na indywidualności chorego, każemy mu kilka razy [5—10] na dzień wykonywać serye głębokich oddechów [10—20]. Jeżeli po upływie pewnego czasu procedura powyższa nie okaże się szkodliwą dla chorego, jeżeli mianowicie, ognisko pozostaje *in statu quo* lub zmniejsza się, ze strony opłucnej żadnych objawów nie notujemy, gorączki po dawnemu niema i nie występuje krwioplucie, wówczas mamy prawo odważniej stosować ruch. Pozwalamy więc

choremu siadać i wreszcie—chodzić. Z chwilą, kiedy chory zacznie chodzić, leczenie [jego] jest znacznie ułatwione a pobyt w sanatorium nierównie znośniejszy.

Wogóle—zalecając choremu ruch lub spokój, mamy na względzie przede wszystkim 3 momenty, a mianowicie: 1) ciepłotę, 2) anatomo-kliniczny obraz cierpienia i 3) budowę, t. j. konstytucję pacyenta.

Spokój na świeżem powietrzu jest najlepszym i najpewniejszym środkiem na gorączkę. Fakt ten jest już tylokrotnie stwierdzony i tak powszechnie uznany, że dziwić się wprost wypada, iż są lekarze, którzy zwlekają z posłaniem chorych do sanatoryów i pozostawiają ich w fatalnem nieraz otoczeniu domowem aż do chwili „kiedy gorączka opadnie”!.. Ta nieznamość ze strony lekarza zasadniczych podstaw leczenia gruźlicy płuc doprowadza chorego do takiego stanu, że już żadne sanatoria mu nie pomogą.

Każda ciepłota, która przy absolutnym spokoju suchotnika przewyższa 37°, powinna być traktowana jako gorączkowa i taki chory musi leżeć w łóżku lub na sofce. Leżeć powinni także chorzy, którzy mają t. zw. pseudonormalne ciepłoty, t. j. normalne wieczorowe *maxima*, ranne zaś bardzo niskie, zapaściowe ciepłoty z potami i osłabieniem. Co się tyczy chorych lekko gorączkujących, to czasem pozwalamy im używać ruchu. Tak np. HANS NAUMANN zwraca uwagę, że chorzy otyli, z kwitnącym wyglądem, u których gruźlica rozwija się „na tle ogólnego zwolnienia życiowej działalności ustroju“, nie powinni leżeć. HERMANN WEBER i SABOURIN z pożytkiem zalecają ranne niewielkie spacerki nawet takim chorym, którzy wieczorami mają do 38° gorączki.

SCHRÖDER w bardzo określony sposób wymienia warunki, które powinniśmy mieć na względzie, zalecając chorym ruch. Pozwalamy więc chorym chodzić: 1) przy braku towarzyszących gorączce dreszczy, potów, osłabienia i wyczerpania, oraz przy powiększaniu się kaszlu w pozycji leżącej; 2) wobec braku świeżych zapalnych zmian w płucach lub innych narządach; 3) jeżeli ciepłota nie podnosi się, a waga chorych nie opada na skutek wstawania.

Co się tyczy anatomo-klinicznego obrazu cierpienia, to w tym względzie musimy zwracać uwagę na następujące momenty. Chorych, mających duże jamy, wielką ilość wilgotnych rzeżeń, chorych, którzy krwawią, musimy traktować bardzo ostrożnie i nierównie oględniej, niż chorych z „katarem szczytów”. Co się tyczy krwawień, to w tym kierunku niektórzy [DRIVER] odróżniają krwawienia bierne—zastoinowe (*Stauungsblutungen*) i krwawienia czynne i pozwalają chorym z krwawieniami zastoinowemi wstawać, a nawet chodzić. Pomijając już inne względy, odróżnianie obu tych rodzajów krwawień [wzmożenie II-go tonu tętnicy płucnej] często bywa trudne, skutkiem czego lepiej traktować chorych z krwawieniami jak najostrożniej, starając się usuwać krwawienia zastoinowe nie ruchem, ale innymi środkami, wzmagającymi i regulującymi działalność serca.

Co się tyczy konstytucji chorych, to ta musi zwracać na siebie naszą baczność uwagę przy zalecaniu ruchu lub leżenia. Chorzy anemiczni, chlorotyczki, neurastenicy, chorzy wycieńczeni, rozumie się, muszą leżeć. Wogóle

najściślejsza indywidualizacja chorych jest tu bardziej niezbędna, niż w [jakiejkolwiek] innej metodzie leczenia.

Co się tyczy techniki stosowania ruchu, to w tym względzie nie możemy zadowalać się ryczałtowym zalecaniem „spacerów”. Ruch, jak każdy inny środek leczniczy, musimy dozować i możemy to czynić dosyć ściśle. Przechodzimy zatem—jak chcą niektórzy—od leżenia w pokoju do leżenia na werendzie, do siedzenia na werendzie, dalej—do chodzenia po równej płaszczyźnie raz lub kilka razy dziennie po kilka minut do paru godzin, do chodzenia pod górę, wreszcie do gimnastyki, konnej jazdy, ślizgawki, gry w bilard, wiosłowania i t. d., zależnie od warunków lokalnych, jakimi rozporządza sanatorium. Pamiętać też musimy, że chory powinien już odpoczywać, zanim się zmęczy, że w przechadzkach nie może wytykać sobie żadnego oznaczonego celu, że nie powinien się pocić. Co się tyczy czasu przechadzek, to ten zależy jest od ciepłoty chorych oraz od pogody. Różne plany dzienne sanatoryjów przeznaczają na przechadzki rozmaite pory dnia. Najczęściej chorzy używają spaceru po 1-em śniadaniu, na 1—1½ godz. przed obiadem oraz po podwieczorku i od 15-u minut 3 razy dziennie do 3-ch godzin. Deszcze i wiatry nie szkodzą silniejszym. Chorem silniejszym ze względów czysto psychicznych FREUDENTHAL zaleca kurację pracą. Ma to wpływać wybornie na psychikę chorych. Zwracając uwagę na kurację pracą, Fr. ma również na względzie dostarczenie chorem ubogim, znajdującym się w sanatorium, sposobu zarobkowania przez długi czas trwania kuracji. Jest to myśl niewątpliwie bardzo szczęśliwa, ale czy wykonalna na ogół i czy nie wychodząca poza ściśle określone granice działalności sanatoryjów, jako zamkniętych zakładów leczniczych—na to pytanie trudno odpowiedzieć twierdząco.

II. Bardzo ważną rolę w kuracji lżej chorych odgrywa h y d r o p a t y a, jako czynnik wzmagający energię odżywiania chorych, tonizujący ich układ nerwowy, a nadewszystko ustalający trwałą poprawę i dobroczynne skutki leczenia higieniczno-dyetycznego. To też hydropatya jest stosowana w sanatoryjach na rozległą skalę, poczynając od najlżejszych zawiązków i nacierań, aż do pryszniców. Nad tem, że stosuje się ją tylko u chorych lżejszych, będących na drodze do stałej poprawy, nie gorączkujących, nie plujących krwią i silnych—nie potrzebuję chyba dłużej rozwódzić się.

Zaczynamy zazwyczaj od nacierań częściowych lub całego ciała, które stosujemy zrana, po przebudzeniu się chorego; wolno przechodzimy do pryszniców, które zwykle wykonywane są po śniadaniu pierwszym, bezpośrednio przed pierwszą przechadzką ranną. BREHMER zalecał zimny, mocny, pionowy prysznic, stosowany dziś jeszcze w wielu zakładach. Atoli wielu lekarzy uważa tę procedurę za nazbyt ryzykowną. Tak np., TURBAN nigdy nie używa pionowego natrysku BREHMER'owskiego, ale zgodnie z radą WINTERNITZ'a (*Zur Pathologie und Hydrotherap. der Lungenphthise 1887*) stosuje boczne natryski pod ciśnieniem 1½—2 atmosfer przez 5—20 sekund w ten sposób, że ciepłota wody podczas tej krótkiej procedury obniża się od 25° do 12° i od 20° do 8°. Powyższy zabieg może być stosowany tylko u najsilniejszych pacjentów. Słabi, gorączkujący chorzy czują się doskonale po s u c h y c h nacieraniach. Dotyczy to zwłaszcza

chorych, którzy się pocą [F. WOLFF. *Die Moderne Behandlung der Lungentbc. Reiboldgrün. Wiesbaden 1894*]. W miarę tego, jak chory poprawia się, przechodzimy od suchych nacierań do wilgotnych, początkowo płótnem mało zwilżonem, później—coraz bardziej, poczem chorych obcieramy na sucho i zalecamy im leżenie w łóżku przez chwilę. Wreszcie przechodzimy do zawijań, kąpeli miejscowych, pryszniców i t. d. Doświadczenie poucza [WOLFF], że chorzy, u których mamy prawo podejrzwać zajęcie krtani, bardzo źle znoszą wszelkie zabiegi wodolecznicze.

III. Z innych metod leczniczych, prócz stosowanej okolicznościowo elektryczności, masażu i t. p., lekarze sanatoryjni stosują czasem masaż miejscowy klatki piersiowej, a to według metody, zaproponowanej przez ERNI'ego: t. zw. „*Klopfkur*“¹⁾.

IV. Przechodzimy z kolei do omówienia dyetetyki chorych w sanatoryjach, t. j. sposobu odżywiania ich, który wraz z leczeniem świeżem powietrzem stanowi decydujący czynnik współczesnego leczenia gruźlicy. Tu musimy ograniczyć się do uwag najogólniejszych, ponieważ każde sanatorium ma swój sposób odżywiania, zależny od rodzaju i zamożności jego pacjentów, od warunków lokalnych i t. p. i t. p.; nie możemy więc wdawać się w szczegóły, w których wraz z czytelnikiem łatwo moglibyśmy stracić z oczu drogę wytyczną.

Właściwe odżywianie suchotników stało na gruncie naukowym dopiero od czasów DETTWEILER'a; to też stosowany przezeń sposób odżywiania chorych został w głównych zarysach przyjęty wszędzie za typowy.

Mówiąc o odżywianiu suchotników, jacy się do sanatoryjów udają, musimy mieć na względzie dwie okoliczności, ułatwiające nam niezmiernie odżywianie chorych:

1-o. U znacznej większości chorych udaje nam się bez wielkiego zachodu podnieść nieraz dosyć wysoko ich wagę.

2-o. Znaczna większość suchotników we wcześniejszych okresach — jak to stwierdzają badania IMMERMANN'a i DETTWEILER'a—ze strony kanału pokarmowego nie przedstawia żadnych poważniejszych zaburzeń.

Co się tyczy łatwości, z jaką możemy podnieść wagę chorych, to w tym kierunku brzmią zupełnie jednoznacznie statystyki wszystkich sanatoryjów. Za przykład wezmę cytowaną już tylokrotnie powyżej statystykę ubezpieczeniową.

¹⁾ Metoda ta polega na tem [F. WOLFF in Verh. des XVII Congr. f. inn. Med. 1899 str. 61 oraz J. FRIEDLÄNDER. *Ther. der Gegenw.* 1901. Nr. 2], że przy pomocy niewielkiej, płaskiej i cienkiej deszczułki klepiemy skórę klatki piersiowej [co dwa dni po 10—15 min.], opuszczając miejsca bolesne, aż do zaczerwienienia się skóry. Ma to powodować wstrząsanie płuc, ułatwiać odplwanie i wysysanie się nacieczeń, wzmacniać *tonus* mięśni oddechowych i wpływać dodatnio na psychikę i apetyt chorych, którzy lubią odczuwać, że są leczeni. Powyższy zabieg stosować można tylko u chorych silniejszych; gorączka, krwiotłucie, ogólne osłabienie, zapalne sprawy w opłucnej stanowią bezwzględne przeciwwskazanie dla tej metody. (*Przyp. aut.*)

Znajdujemy w niej, że na 3578 osób notowano:

przyrost wagi	u 3329 t. j.	93 ^o / _o
ubytek na wadze	u 123 „	3,4 ^o / _o
waga bez zmiany	u 17 „	0,5 ^o / _o
brak danych	u 109 „	—

Prócz tego, u znacznej większości osób, bo u 57^o/_o, przyrost na wadze wynosił 4—10 kgr. za cały czas kuracyi, trwającej dłużej niż 4 tygodnie. To samo znajdujemy w statystyce TURBAN'a, który u 67,6^o/_o wszystkich swych chorych skonstatował przyrost na wadze, przecięciowo wynoszący 5,7 kgr. W statystyce sanatorium otwockiego czytamy, „przecięciowo każdy chory zyskał na wadze 5 kgr.“. Cyfry powyższe wykazują, że podnieść wagę chorego w sanatorium bywa zazwyczaj bardzo łatwo. Dotyczy to zwłaszcza sanatoriów ludowych, które przyjmują tylko takich chorych, co mają pewne szanse wyleczenia, ale też—jako ludowe—nie mogą im dawać nadzwyczajnie wykwintnego pożywienia.

Z zestawienia powyżej podniesionych dwóch okoliczności wynika, że podstawą dyetetyki suchotników w sanatoriach jest głównie pytanie: ile potrzebuje chory pokarmów? t. j. ile powinien spożyć w a ć? To zaś, co mu damy, odgrywa rolę nie tak ważną. Obliczając potrzeby ustrojowe na 30—35—40 kaloryi na kilogram wagi chorego, zawsze potrafimy zorientować się, ile nasz chory ma spożywać, jeżeli będziemy wiedzieli wagę jego. Waga też da nam zawsze w odżywianiu chorych nieocenione i decydujące wskazówki. Tak więc powinniśmy dawać jeść chorym często, ale za każdym razem mało; przy dostatecznej ilości mięsa, powinni oni spożywać możliwie dużo wodań węgla i tłuszczów. Pożywienie powinno być smaczne, a nadewszystko nie jednostajne. Wszelkie przesady co do kwasów i surowizn, wszelkie zmuszanie chorych do spożywania pokarmów „zdrowych“, ale zato niesmacznych, są wobec znacznej większości chorych sanatoryjnych nie na miejscu.

Naturalnie, nie możemy zmuszać chorego, któremu zalecamy spokój bezwzględny, do spożywania pokarmów, które dają dużo resztek kałowych, rozwijają w kanale pokarmowym dużo gazów, zatem obfitujących w cellulozę jarzyn, owoców, grochu i t. p.

Atoli z chwilą kiedy chory wstanie, kiedy zacznie używać ruchu, apetyt jego wzrasta się równoległe do wzrostu potrzeb jego ustroju. Wówczas już pożywienie jego powinno tylko ilościowo różnić się od pożywienia człowieka zdrowego.

W większości sanatoriów chorzy jadają 5—6 razy dziennie, spożywają zatem 1-e śniadanie, 2-e śniadanie, obiad, podwieczerek, kolację i po kolacyi w 1—2 godzin piją mleko.

W stosunku do odżywiania podzielić możemy chorych sanatoryjnych na trzy kategorie:

- 1) ci, którzy mają dobry apetyt,
- 2) ci, którzy nie mają apetytu, t. zw. „*schlechten Esser*“,
- 3) gorączkujący i chorzy na gruźlicę kanału pokarmowego.

Pierwsza kategoria chorych pod względem odżywiania zachowuje się, jak ludzie zdrowi. Tym musimy dawać jeść przedewszystkiem dużo, a to, co im damy, jest dla nich obojętne. Druga kategoria chorych—to t. zw. „źle jedzący“, którzy stanowią prawdziwą plagę jadłalni sanatoryjnych, jak to wszyscy specjaliści jednozgodnie twierdzą. Tym musimy dawać pokarmy o dużej wartości, t. j. takie, któreby w małej objętości dostarczały dużo ciepłotek, zatem w pierwszej linii tłuszcze, więc masło, śmietankę, szmalc i t. p. z odpowiednią ilością wodoru węgla, pokrywając ich potrzeby azotowe białkowymi pokarmami, z którymi możemy wprowadzać jednocześnie większe ilości tłuszczów, jak np. jajecznicę, wieprzowinę, gęś, kaczka i t. p. Brakujące ilości kalorii możemy pokryć tranem lub lipaniną oraz alkoholem w postaci wina, piwa lub koniaku w niewielkich ilościach.

Mimo to—jak jednozgodnie twierdzą specjaliści—bez ciągłych nauk i perswazyi ze strony lekarza trudno jest bardzo takich chorych dostatecznie odżywić.

Co się tyczy chorych gorączkujących, to i tu odżywianie bywa nieraz dość trudne ze względu na brak apetytu, jaki tych chorych przesładuje. Chorzy tacy mają wstręt do jedzenia. DETTWEILER radzi w tych razach obniżyć gorączkę przy pomocy takich środków, jak antyfebryna [0,25], fenatęcyna [0,5] lub antypirina [1,0], co usuwa brak apetytu i poprawia trawienie. Środki te podaje w południe lub wieczorem [o 6-ej], ponieważ ranne podniesienia gorączkowe u gruźliczych bywają wogóle rzadkie. Ci chorzy, zarówno jak i należący do kategorii „źle jedzących“, wymagają nieraz pokrycia swych potrzeb azotowych sztucznymi przetworami odżywczymi białka, jak np. nutroza, samatoza i t. p.

Niektórzy z silnie kaszlących chorych mają często wymioty po jedzeniu [przy kaszlu], przyczem zwracają część zawartości żołądkowej. Tym dajemy przed końcem obiadu nieco środka wstrzymującego kaszel, zatem morfiu, kodeiny etc., każemy się zachowywać bardzo spokojnie, nie mówić i nie kaszlać. Taki rozkaz pomaga częstokroć bardziej, niż wszelkie środki narkotyczne.

Chorzy z przypuszczalną lub stwierdzoną gruźlicą kiszek również stanowią kategorię trudniej odżywiających się. Tu jednak pamiętać wiśniśmy, że w prawidłowo zorganizowanym sanatorium takich chorych bywa stosunkowo niewiele. Powtóre—wiemy o nich z doświadczenia, że mają wprawdzie rozwolnienie, ale oddają stolec stosunkowo rzadko i stosunkowo w ilościach niewielkich, a przytem rzadko bardzo zdarza się, iżby duża część błony śluzowej utraciła zdolność wchłaniania. To więc ułatwia nam dyetetykę takich chorych. Dajemy im więc pokarmy, nie pozostawiające resztek kałowych, więc mleko, mięso drobno siekane, jaja, nutrozę i t. p., powstrzymując o ile to możliwe, zbyt szybką parystaltykę kiszek przetworami mawkowca w sporych dozach.

* * *

Na tem kończę powyższe uwagi ogólne, dotyczące głównych metod leczenia sanatoryjnego gruźlicy płuc.

Jak to w pierwszej części odczytu wygłosiłem, metody te, ze względu na ich wynik, mamy prawo zaliczyć do najpomyślniejszych, jakimi wogóle rozporządzamy przy obecnym stanie nauki. Poznaliśmy bowiem, że dają one 18% zupełnych wyleczeń, bardzo znaczną odsetkę całkowitego odzyskania sprawności zarobkowej i bardzo znaczną odsetkę poprawy stanu ogólnego. Wobec tych danych żadna inna metoda lecznicza nie da się porównać z metodą sanatoryjnego leczenia suchot płucnych. Jest to wniosek, do którego każdy nieuprzedzony dojść musi.

Zachodzi dalej pytanie, czy możemy przy obecnym stanie tej kwetyści wzmódz odsetkę wyleczeń w sanatoryach, innymi słowy, czy wprowadzając pewne ulepszenia do sanatoryów, nowe metody lecznicze, jak np. seroterapię i t. p., możemy liczyć na to, że w ten sposób zdołamy powiększyć odsetkę całkowitych wyleczeń. Trudno jest na to pytanie odpowiedzieć przecząco, jakkolwiek z drugiej strony wydaje mi się wątpliwem, iżbyśmy ulepszając dziś stosowane metody, osiągnęli lepsze, niż dziś, wyniki. Trzeba zgodzić się z tym faktem, że sanatoria leczą całkowicie tylko tych chorych, którzy mają szanse wyleczenia. Żaden z chorych bardzo ciężkich nie może liczyć na wyleczenie w sanatorium. Z powyższego wynika, że im we wcześniejszych okresach chorzy wstępują do sanatoryów, tem metody lecznicze, stosowane tam do nich, dadzą lepsze wyniki. Odsetka więc wyleczeń w sanatoryach da się powiększyć raczej przez oddziaływanie poza sanatorium, niż w jego obrębie. Najbardziej powiększyć może odsetkę wydajności sanatoryjnej prawidłowa organizacja rozpoznawania gruźlicy wśród mas, ponieważ to jedno wpłynie na powiększenie się w sanatoryach liczby chorych w okresach początkowych.

To też im wcześniej będziemy rozpoznawać gruźlicę w każdym z odpowiednich przypadków, im wcześniej i bezwzględniej będziemy nastawać na chorych, iżby udawali się do sanatoryów, tem bardziej będziemy mogli liczyć na ich wyleczenie. Z tego wynika, że im wszechstronniej zorganizujemy się w walce z gruźlicą, stwarzając odpowiednią liczbę miejsc w sanatoryach oraz instytucje społeczne dla ułatwienia dyagnostyki gruźlicy wśród mas, przeświadczonych o skuteczności sanatoryów, tem lepsze wyniki da nam sanatoryjne leczenie suchot płucnych.

Co do mnie to jestem pewien, i Szan. panowie niewątpliwie podzielą moją dobrą nadzieję, że niedalekim jest czas, kiedy metoda sanatoryjnego leczenia suchot płucnych stanie się istotnem błogosławieństwem ludzkości, w tym samym stopniu, w jakim dziś suchoty są jej klęską.

Warszawa 1. VI. 1902.

ODCINEK.

Listy z wycieczki letniej.

Napisał

Wacław Lapiński.

I. Leczenie gruźlicy zewnętrznej w uzdrowiskach nadmorskich.

Zwalczanie gruźlicy pod wszelkimi jej postaciami, jako jednego z najpóźniejszych wrogów rodzaju ludzkiego, stało się w ostatnich czasach jednym z najpierwszych zadań medycyny. O tej obojętności, nieomal rezygnacji, o tym, wedle trafnego wyrażenia VERNEUIL'a, iście wschodnim fatalizmie, z jakimi do niedawnych jeszcze czasów patrzano na niezliczone ofiary gruźlicy, dzisiaj mowy już niema. Wobec olbrzymich spustoszeń, jakie wśród życia ludzkiego szerzy gruźlica, ze sfer powołanych zaczęły brzmieć pobudki ostrzegawcze a tym wkrótce zawtórowały zwarte szeregi bojowników, zbrojnych w zdobywcze wiedzy współczesnej, ożywionych dobrą wolą, świadomością potrzeby i pożytku społecznego, wiarą w powodzenie.

Ogłoszono hasło „walki z gruźlicą“ a pod sztandar powołano całe społeczeństwo: wróg groźny, ukryty a wszechobecny, stąd niedostateczność walki jednostek i potrzeba gromadnego i świadomego w niej udziału całego ogółu.

Usiłowania poruszenia naszego społeczeństwa w zaznaczonym wyżej kierunku i zwrócenia uwagi na zadania, jakie ma pełnić, zostały już podjęte: wznieszone obecnie sanatorium dla suchotników należy uważać za jedną z pierwszych zdobyczy realnych.

W racjonalnym atoli planie walki należy z jednej strony starać się osaczyć nieprzyjaciela ze wszystkich stron, z drugiej zaś stawiać szanse obronne na wszystkich zagrożonych placówkach.

Zdawna znany jest związek, jaki zachodzi pomiędzy skrofulozą a gruźlicą. Jeżeli dzisiaj od czasu przełomowych prac KOCH'a i VILLEMIN'a skrofuloza, jako jednostka nosologiczna, została niemal wykreślona z patologii i jest--o ile dotyczy cierpień kości, stawów i zserowacjalnych, gruczolów chłonnych-- powszechnie uważana za gruźlicę, jeżeli zaś termin „skrofuloza“ utrzymuje się dotychczas ze względów praktycznych w klinice i oznacza szczególny, mało odporny stan ustroju, pewne jego zбочenie (*endzündliche Irritabilität*), czy też idealne „podłoże“ [autorów francuskich] dla gruźlicy, to właśnie zwrócenie baczej uwagi na zołży i gruźlicę t. zw. zewnętrzną zajmować musi w ogólnym planie zwalczania gruźlicy jedno z najpocześniejszych miejsc.

Gruźlica zewnętrzna [inaczej chirurgiczna, lub miejscowa] nie upośledza wprawdzie wielkich funkcji życiowych, jak to czyni gruźlica płuc, nerek lub kiszki, stąd nie grozi ona bezpośrednio życiu i nie zaznacza tak wysokiej odsetki śmiertelności. Nie należy jednak z tego, na pozór pocieszającego, faktu wyciągać optymistycznych i błędnych wniosków. Osobniki, dotknięte gruźlicą

zewnątrzną, *resp.* skrofulozą—to istoty słabe i mało odporne, to po części „kandydaci na suchotników“ [LANDOUZY], po części kaleki, wreszcie twórcy już w zarodku zdegenerowanych pokoleń przyszłych, a zawsze niemal—ciężar rodziny i społeczeństwa.

Statystyka jednego z lekarzy francuskich stwierdza, że 37% dzieci zółzowatych pochodzi od rodziców, dotkniętych gruźlicą, z drugiej zaś strony 41% suchotników—to dawniejsze dzieci skrofuliczne. Mamy tu więc innemi słowy błędne koło: skrofuloza u dzieci zjawia się jako dziedzictwo gruźlicy rodziców i naodwrot—gruźlica w wieku młodzieńczym rozwija się na tle zółzów dziecka.

Według statystyki ze szpitali, ambulatorów i przytułków z rozmaitych miast Europy okazuje się, że $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$, a nawet połowa dzieci badanych dotknięta jest przewracami skrofulozy.

Przejawione cyfry wykazują aż nadto wymownie, jakie znaczenie mieć musi racjonalne leczenie skrofulozy. Opieka nad dziećmi zółzowatemi staje się pierwszorzędnem zadaniem lekarsko-społecznem. Rozumiał to doskonale lekarz angielski RUSSEL—właściwy inicjator w sprawie zwalczania zółzów na szerszą skalę—gdy jeszcze w połowie XVIII w. radził zwrócić przedewszystkiem uwagę na słabe i zagrożone w przyszłości dzieci i żądał już nie doraźnego ich leczenia, lecz wprost przetworzenia niejako ich wätłego ustroju.

RUSSEL pierwszy—jeśli pominąć luźne wzmianki lekarzy starożytnych—zwrócił uwagę na zbawienny wpływ pobytu nad morzem na obrzmienia skrofuliczne. Liczne badania późniejsze nad wpływem klimatu i kąpeli morskich na ustrój wogóle i z drugiej strony gromadzący się z biegiem czasu zapas doświadczenia doprowadziły do przekonania, że pobyt nad morzem jest potężnym czynnikiem leczniczym wobec zółzów, *resp.* gruźlicy zewnętrznej i jej wielolicznych przejawów.

Prace RUSSEL'a nie pozostały bez wpływu, bo oto w r. 1791 dr LATHAM powziął myśl założenia szpitala nadmorskiego, a po zebraniu drogą składek odpowiednich środków założono w r. 1796 pierwszy szpital nad morzem na 16 łózek w Margate w pobliżu Londynu. Szpital ten z biegiem czasu stopniowo się rozrastał i dzisiaj tworzy wielkie uzdrowisko tak dla dorosłych, jak i dla dzieci.

Z pośród obu czynników, jakie wchodzą w grę w kuracyi nadmorskiej, t. j. powietrza i kąpeli, rolę przemożną w danym razie ma pierwszy. Czystość powietrza, wysokie ciśnienie barometryczne, znaczna równomierność temperatury, silne prądy powietrza, wilgotność powietrza, obecność w niem ozonu oraz cząsteczek soli, wreszcie bogata insolacja—oto czynniki, których działanie wzmacniające na ustrój ludzki powszechnie są znane.

O ile leczenie nadmorskie wpływa dodatnio na młody organizm, obarczony tą lub inną postacią skrofulozy, lub gruźlicy zewnętrznej, dowodzą dane statystyczne, ogłaszane przez większość szpitali nadmorskich; dane te brzmią naogół zgodnie i wykazują według sumiennej statystyki bardzo zasłużonego na tem polu dra CAZIN'a przeciętnie 70,7% wyzdrowień.

Jak już zaznaczono, celem zakładów jest nie tylko poprawa stanu zdrowia lub usunięcie jakiegos ogniska chorobowego w kości, lecz poniekąd przekształcenie i regeneracya ustroju, zmiana terenu, a więc stałe uodpornie na przyszłość. Takie wielkie wymagania stawiać można jedynie w tych razach, gdy pobyt w uzdrowisku nie ogranicza się do paru tygodni lub miesięcy, lecz trwa długie miesiące i lata.

Statystyka wymienionego wyżej dra CAZIN'a określa średni pobyt nad morzem dla dzieci, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną, *resp.* skrofulozą—na dni 423. Długotrwały pobyt nad morzem uważany jest dzisiaj powszechnie za najwłaściwszy w przeciwstawieniu do propanowanego przez niektórych, nielicznych

zresztą, lekarzy systemu wielokrotnych krótszych [4 o miesięcznych] pobytów. I tu niechaj mówiący cyfry: w niektórych uzdrowiskach francuskich, np. w Arcachon nad Atlantykiem przy długim, bezterminowym pobycie chorych odsetka wyzdrowień dochodzi do 86%, we włoskich zaś, trzymających się systemu 6-cio tygodniowych sezonów—zaledwie 32%. Co się tyczy dalszego losu dzieci po opuszczeniu sanatorium, to w tym kierunku posiadamy zaledwo jedno sprawozdanie dra SCHEPELERN'a z Refsnaës [Dania]; lekarz ten zdołał się dowiedzieć o losie 815 dzieci, które przed 8—12-tu laty wyszły z sanatorium: z tych 60% było zdrowych, 21% chorych, zmarło 19%. Dalsze poszukiwania w tym kierunku byłyby nader pożądane i cenne.

Pomyślnie zejście gruźlicy zewnętrznej nad morzem nie zależy bynajmniej, jakby to się mogło zdawać na pierwszy rzut oka, od jakiegoś specyficznego działania morza na ogniska gruźlicze; na to zwracają uwagę wszyscy lekarze. Ogniska gruźlicze nie leczą się nad morzem poronnie, nie znikają lecz podlegają wszystkim właściwym sobie przemianom rozwojowym i wstecznym, sprowadzają jednak, być może, mniejsze zniszczenia.

Długotrwały pobyt nad morzem wpływa dodatnio przede wszystkim na stan ogólny chorego: pogłębia oddechy, pobudza łaknienie, wznaga przemianę materii, powoduje przyrost na wadze, zwiększa liczbę czerwonych krążków krwi, a więc wzmacnia siły i odporność chorego, który tym sposobem będzie mógł łatwiej uporać się ze swem cierpieniem miejscowem. Słowem, aczkolwiek miejscowa sprawa chorobowa zachowuje nad morzem swój zwykły przebieg, to jednak chorzy są więcej usposobieni, więcej zdolni do wyzdrowienia.

Przykład, dany przez lekarzy angielskich, nie rychło znalazł naśladowców. Na drodze postępu pierwsze zapisały się Włochy, gdzie już w r. 1851 zarządził szpitala miejskiego w Luca zaczął wysyłać rachityczne i skrofuliczne dzieci nad morze do pobliskiego Viareggio i wkrótce zbudował tam szpital. Dopiero wszakże dzięki inicjatywie, niespożytej energii i niestrudzonej w ciągu lat trzydziestu działalności dra BARELLA'ï, w drugiej połowie XIX wieku sprawa wznoszenia szpitali nadmorskich szybko posunęła się naprzód. Jeszcze za życia dra BARELLA'ï — prawdziwego apostoła sprawy — powstało we Włoszech dwadzieścia z górą uzdrowisk nadmorskich, a dzisiaj liczba ich przenosi trzydzieści ¹⁾.

Wspomnieć tu jeszcze można nawiasem, że niektóre miasta włoskie [Medyolan, Turyn] wzniosły dla dzieci rachitycznych zakłady specjalne o charakterze leczniczo-wychowawczym (*scuole dei rachitici*).

W połowie XIX w. zaczęto wznosić z prywatnej inicjatywy drobne zakłady lecznicze na wybrzeżach Francji; zakłady te, dzięki propagandzie lekarzy (założenie w r. 1887 stowarzyszenia *L'oeuvre nationale des hôpitaux marins*) oraz poparciu paryzkiej Rady Dobroczynności publicznej (*Assistance Publique*), rozwinęły się znakomicie. Dzisiaj Francja przoduje w omawianym kierunku innym państwom tak ilościowo, jak i pod względem urządzeń rzeczonych zakładów. Obecnie Francja posiada na swych wybrzeżach dla dzieci, dotkniętych gruźlicą zewnętrzną, 24 uzdrowiska, liczące 3923 łóżka; z uzdrowisk tych więcej są znane: Berek-sur-Mer i Pen-Bron na Pas-de-Calais, Arcachon, Hendaye, Sain-Trojan nad Atlantykiem, Banyuls-s-Mer nad morzem Śródziemnem.

N i e m c y z zapoczątkowania BENECKE'go posiadają od r. 1881 stowarzyszenie „*Verein für Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten*“, pod którego zarządkiem znajdują się uzdrowiska tak nad morzem Północnem [Norderney—

¹⁾ Do więcej znanych wypada zaliczyć na wybrzeżu zachodniem: w Sestrievante, Viareggio, Porto d'Anzio, Loano, na wybrzeżu wschodniem: w Lido pod Wenecją, Fano, wreszcie w Palermo na Sycylii.

240 łózek i Wyk na wyspie Föhr—80 łózek] oraz nad Bałtykiem [Gross-Miritz—70 łózek i Soboty—40 łózek].

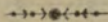
W A u s t r y i znajdujemy od r. 1886 również stowarzyszenie „*Verein zur Einrichtung und Erhalten von Seehospizen und Kinderasylen*” oraz zależne od tegoż sanatorium nadmorskie w San Pelagio [150 łózek] nad Adryatykiem; poza tem istnieją jeszcze zakłady nadmorskie w Grado [200 łózek], w Tryeście [225 łózek].

Dalej wymienić tu jeszcze należy Belgię [Middelkerke i Venduynę], Holandję [Zandvoort, Scheveningen, Wyk van Zee], Danię [światny szpital w Refsnaës [135 łózek] i otwarte w r. b. uzdrowisko w Juelsminde], Norwegię [Fredriksvaern].

Nie wszystkie uzdrowiska nadmorskie są tego samego typu. Zakłady np. włoskie i niektóre niemieckie są czynne jedynie w ciągu lata i przyjmują dzieci na kilkotygodniowe sezony; są to więc nie tyle uzdrowiska w ścisłym i zwykłym tego słowa znaczeniu, ile raczej kolonie lecznicze dla dzieci wątłych i skroficznych *sensu strictiori*. Drugi typ—to czynne rok cały szpitale chirurgiczne, zaopatrzone we wszelkie urządzenia nowoczesne. W szpitalach tych, oprócz dzieci, wspomnianej dopiero co kategorii, gromadzą się—i to przeważnie—dzieci z gruźlicą kości, stawów i gruczołów i podlegają leczeniu chirurgicznemu [Beck-s.-Mer, San Pelagio, Norderney, Refsnaës]. Gruźlica wewnętrzna [płuc, kiszki] jest, rzecz jasna, wyłączona *a priori* z uzdrowisk tak jednego, jak i drugiego typu.

Dawne *si vis pacem para bellum*, według znanej a zastosowanej *ad hoc* parafrazy prof. LANDOUZY, głosi: chcesz być zdrow, gotuj się do walki z chorobą! Jak to widać z powyższego pobieżnego szkicu, na Zachodzie przygotowania rozpoczęte.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie z dn. 24. VI. b. r.

1. St. KOPCZYŃSKI przedstawił chorego, lat 26, dotkniętego syringomyelią. Rozpoznanie takie K. postawił na zasadzie stwierdzenia zaników mięśniowych, rozszczepienia czucia, zwężenia obu szpar ocznych i źrenic, zaburzeń odżywczych na palcach. K. podnosi, iż w danym przypadku na kończynach górnych stwierdzić się daje nadezłość na ból przy zniesieniu zupełnym wrażliwości na bodźce termiczne. Na zapytanie DUNINA, czy obecność bólów nie przemawia przeciw rozpoznaniu syringomyelii, K. odpowiada, iż bóle i różne parestezye nie należą do rzadkich objawów przy syringomyelii.

2. ZDZIŚŁAW DOBRÓWOLSKI przedstawił dwóch chorych ze szpitala Dziecięcego [wieku lat 12 i 8] z pierwotną gruźlicą nosa i gruźlicą nosa i krtani. D. podnosi rzadkość obu przypadków.

3. STEINHAUS przedstawił preparaty anatomiczne i mikroskopowe z przypadku *lymphadeniae* górnej połowy ciała. Obok tego istniał olbrzymi przerost grasicy. Rozpoznanie makroskopowe pseudoleukemii nie zostało potwierdzone przez badanie mikroskopowe; w guzach udało się wykazać laseczniki gruźlicze. W tym przypadku była więc to ta postać gruźlicy, którą PALTAUF nazwał „szczególną postacią gruźlicy aparatu chłonnego” a która klinicznie do złudzenia naśladuje pseudoleukemję.

W dyskusji JANOWSKI zwraca uwagę, iż jednorazowe badanie krwi w podobnym przypadku nie wystarcza; na dowód przytacza przypadek podobny z własnego doświadczenia, gdzie pierwsze badanie krwi nie wykryło zmian, przy drugim zaś badaniu stwierdzono bardzo wybitną limfemię. DUNIN zaznacza, iż rozpoznanie w przypadkach, podobnych przedstawionemu przez St., jest bardzo trudne; podniesiona ciepłota nasuwać powinna jednak myśl o gruźlicy. Badanie na laseczniki i dokonywanie szczepień powinno zawsze uzupełniać badanie. Pseudoleukemię uważa D. za miano zbiorowe.

4. RZĘTKOWSKI odczytał rzecz p. t. Wyniki i najnowsze metody leczenia suchot płucnych w sanatoryjach⁴. Na zasadzie danych statystycznych z wielu sanatoryjów zagranicznych ludowych i prywatnych oraz z sanatorium w Otwocku, R. podnosi fakt, iż metoda lecznicza gruźlicy płuc w sanatoryjach ludowych daje w 18,3% wyleczenie zupełne, oraz bardzo znaczną odsetkę odzyskania całkowitej sprawności zarobkowej. R. omawia różne metody leczenia w sanatoryjach: leczenie świeżem powietrzem, leżeniem, ruchem, hydroterapią, forsownem odżywianiem.

W dyskusji HEWELKE zaznacza, iż przy ocenie wartości leczenia w sanatoryjach uwzględniać należy fakt samoleczenia gruźlicy; omawia podział gruźlicy na okresy TURBAN'a i zwraca uwagę, iż prelegent za mało uwzględnia wyniki, otrzymane przez różnych autorów przy leczeniu tuberkuliną KOCH'a.

Zdaniem DUNINA, w leczeniu gruźlicy główną rolę odgrywa świeże powietrze; forsowne odżywianie postawić należy na drugim miejscu.

J. Brudziński.

XII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 39].

Dr POMORSKI opisał przypadek wycięcia śledziony z powodu białaczki, dokonanej przed 3-ma miesiącami. Po operacji wystąpiły krwotoki kiszczkowe; chorej podawano, oprócz makuwca, żelazo i arsenik; stan jej obecnie jest zupełnie dobry. Wobec wielkiej śmiertelności po wycięciu śledziony wskutek białaczki, tak pomyślny wynik jest bardzo rzadki. Po tym zabiegu wątroba, która pierwotnie sięgała do pępka, zmniejszyła się znacznie.

Prof. TRZEBICKI zaznacza, że splenektomii dokonał w 3-ch przypadkach: 1) z powodu białaczki z zejściem śmiertelnem w 5 dni po operacji, 2) z powodu przerostu śledziony, 3) z powodu guza śledziony. Dwa ostatnie miały zejście pomyślnie.

Dr HORDYŃSKI przedstawił dwóch chorych, dotkniętych promieniłą: u jednego sprawa umiejscowiła się na przedramieniu, u drugiego na szyi przy objawach ucisku krtni i tchawicy.

Następnie dr HORDYŃSKI przedstawił chorego, u którego powstał ropień mózgowy w następstwie uderzenia sztydłem lewej kości ciemieniowej. Ropień otworzono po dokonanej trepanacji. W 4 tygodnie po operacji wystąpiły objawy epileptyczne, następnie bóle głowy, porażenie połowiczne i epilepsja JACKSON'a. Po ponownej trepanacji, dokonanej w celu usunięcia blizny, uciska-

jącej mózg, objawy powyżej opisane ustępowały. Obecnie chory ten mi napady padaczkowe w odstępach 1—2 tygodni.

Doc. BOSSOWSKI przedstawił chorego, dotkniętego *cephalo-hydrocele traumatica*, przyczem przeprowadził różniczkowanie pomiędzy tem cierpieniem a *hydrocele congenita*.

Prof. KADER mówił o zwicnięciu wrodzonym stawu biodrowego. Aczkolwiek, według dotychczas przyjętego poglądu, ustawienie kończyny niekrwawe możliwe jest tylko od 6—7 roku życia, prof. K. jest zdania, że repozycja da się na tej drodze dokonać nawet w wieku późniejszym i jako dowód przedstawia chorą lat 16-u, u której dokonał wzmiankowanej operacji z dobrym wynikiem. Przy tem postępowaniu prof. K. najpierw dokonywa forsownego zgięcia i możliwie największego odprowadzenia kończyny, którą w takiej pozycji umocowuje zapomocą opatrunku gipsowego. Przy zmianie opatrunków odprowadzenie stopniowo zmniejsza.

Następnie prof. KADER przedstawia dziewczynkę lat 10-iu, dotkniętą *pes equinus paralyticus* na tle *poliomyelitis anterior.*, u której otrzymał wynik pomyslny po przedłużeniu ścięgna Achillesa, skróceniu ścięgien mięśni wyprostnych i po połączeniu *n. peroneus* z *n. tibialis*.

W dyskusyi dr BR. SAWICKI zaznacza, że oprócz prof. KADERA przeszczepiania nerwów dokonali u nas DROBNIK i SZTEYNER. SZTEYNER w przypadku porażenia nerwu twarzowego przyszył ten nerw do nerwu dodatkowego WIL-LISA; skutek wystąpił dopiero po 1/2 roku; czynność nerwu wróciła do stanu prawidłowego. Przy tej okazji S. wspomina o doświadczeniach, dokonanych na zwierzętach wspólnie z dr FLATAUEM nad łączeniem *n. peroneus* z *n. tibialis*. Po 3—4-ch miesiącach przszyty nerw odzyskiwał swą czynność i drażniony prądem oddziaływał skurczem odpowiednich mięśni.

Dr FROMMER w odczycie p. t. „Przyczynki do techniki amputacji“ na podstawie spostrzeżeń, dokonanych na oddziale prof. TRZEBICKIEGO, zaleca sposób BIER'a.

Dr ZAREMBA przedstawił przypadek perlaka (*cholesteatoma*) u kobiety lat 16-u umiejscowiony w jamie kostnej o ścianach gładkich, komunikującej się z jamą bębenkową. Chora ta, w ciągu lat 27-iu operowana trzykrotnie z powodu zapalenia ucha średniego, przybyła do kliniki prof. KADERA z objawami sprawy ropnej poza uchem. Przy operacji radykalnej z następczą atikotomią przekonano się, że przyczyną ropienia był perlak w stanie rozkładu. Następnie dr ZAREMBA opisał przypadek perlaka śródblaszkowego w sklepieniu czaszki, który wystąpił u mężczyzny lat 32-u, w postaci guza półkulistego, wielkości jaja kurzego na wysokości guza czołowego, na zewnątrz od oczodołu. Przy operacji, okazało się, że perlak, powodując ubytek okrągły, wielkości guldena, poprzedzielany listewkami kostnymi w okolicy ciemieniowo-czołowej, sięgał aż poza siodło tureckie, szerząc się wśród blaszek kostnych czaszki. Guz istniał od 12-go roku życia, a w ostatnich 2-ch szybko zaczął się rozrastać. Chory po operacji wyzdrowiał.

Prof. ZIEMBICKI opisał „przypadek krwotoku śmiertelnego po tracheotomii dolnej” wskutek przeżarcia odleżynowego tętnicy bezimiennej.

Doc. SCHRAMM mówił „w sprawie leczenia operacyjnego zapalenia otrzewnej u dzieci”. Na mocy doświadczenia, opartego na 45-iu przypadkach, doc. SCHRAMM przemawia za operacją w razie dużego wysięku, która daje wyniki najlepsze, aczkolwiek w razie zrostów lub też ropni laparotomię uważa za wskazaną.

Następnie dr SCHRAMM przedstawił rzadki preparat zwyrodnienia torbielowego sieci, wydobyty przy operacji u dziecka.

Trzeciego dnia Zjazdu dr SZUMAN mówił „o rozgraniczeniu wskazań do cholecystotomii i do wycięcia pęcherzyka żółciowego”. Prelegent przemawia przeciwko pochopności do wycinania pęcherzyka żółciowego, który jako zbiornik żółci posiada wielkie znaczenie przy trawieniu. To też za wskazanie do cystektomii dr Sz. uważa owrzodzenie pęcherzyka lub zrosty jego z częściami otaczającymi; cholecystotomię idealną stosuje tylko wtedy, gdy posiada dane, że w drogach żółciowych zmian chorobowych niema. Najczęściej wykonywa cholecystostomię z następczą tamponadą lub sączkowaniem.

W dyskusyi dr SAWICKI zaznacza, że zwykle przekładamy cholecystostomię nad wycięcie pęcherzyka żółciowego z obawy, by się nie wytworzyła przetoka żółciowa do jamy brzusznej. Celem uniknięcia tego rodzaju niebezpieczeństwa, S. w jednym przypadku zmienił nieco ogólnie przyjęty sposób wykonywania cholecystektomii. Zamiast wycinać pęcherzyk żółciowy wraz z otrzewną i wpuszczać podwiązany przewód wprost do jamy brzusznej, S. naciął otrzewną na pęcherzyku, odłuszczył ją, podwiązał przewód i obciął pęcherzyk, a odłuszczonej z tegoż pęcherzyka otrzewnę wszył w ranę ściany brzusznej. Tym sposobem kikut podwiązanego przewodu znajdował się wewnątrz worka z odłuszczonej otrzewnej. W następstwie po oddzieleniu się podwiązki wytworzyła się przetoka na zewnątrz, co jednakże nie pociągnęło za sobą złych następstw. Chora zupełnie wyzdrowiała.

Dr POMORSKI opisał operowany przez siebie ze skutkiem pomyślnym przypadek *osteosarcoma cystoides* czaszki u dziecka 1½ rocznego oraz przypadek raka pierwotnego wątroby u dziewczynki lat 7, która zmarła nazajutrz po operacyi.

Dr SAMANEK przedstawił chorego, dotkniętego ropieniem na goleni. W przypadku tym stwierdzono w ropie obecność pneumokoków. Gojenie w tych razach jest przewlekłe i bardzo uporczywe.

Następnie dr SAMANEK przedstawił dotychczasowe wyniki własnych badań nad przeszczepianiem raka i mięsaka, dokonane na klinice prof. KADERA. Raki i mięsaki szczepił S. bezowocnie u psów, następnie szczepił raka kozie, z początku podskórnie, następnie do gruczołu sutkowego. Stałe występował zanik szczepionego guza; przy przeniesieniu na sutkę z początku guz powiększał się, następnie zanikł.

W dyskusyi prof. WEHR zachęca do badań w tych kierunku. Sam za zgodą chorych, dotkniętych rakiem, przeszczepiał ten nowotwór na inne miejsce, zawsze skutecznie, u zwierząt zaś doświadczenia te nie udają się. Tego rodzaju obserwacje przemawiają za istotą zakaźną raka, przeciw czemu powstają anatomo-patolodzy, nie mający doświadczenia klinicznego.

Prof. KADER, wychodząc z założenia, że rak jest chorobą zakaźną, przeprowadzał w swej klinice różne w tym kierunku doświadczenia. Być może, że przez systematyczne, wielokrotne przeszczepianie raka uda się ten sam ustrój zwierzęcia zakazić rakiem człowieka.

Dr SOŁTYSIK opisał przypadek przepukliny uwięzłej brzusznej z przedziurawieniem jelita, powstałej po uderzeniu widłami; po otworzeniu ropnia sprawa zakończyła się pomyślnie.

Dr HERMAN mówił „w sprawie doszętnego operowania raka wargi dolnej”. H. jest zdania, że w każdym przypadku raka wargi dolnej bez względu na czas jego trwania i rozmiary, operację zacząć należy od wyczyszczenia okolicy podżuchwowej od istniejących tam przerzutów rakowych. Technikę operacyi autor opisuje w sposób następujący [p. Przegl. lek. Nr. 36 z r. b.]:

„Po uczynieniu zadość wymaganiom aseptyki, w każdym przypadku, choćby początkującego nabłoniaka wargi dolnej, rozpoczynamy operację od wyjęcia gruczołów chłonnych z okolicy podbródkowej. Ten bowiem akt operacyi

uważamy za najważniejszy i operować możemy rękoma dokładnie wyjąłowionemi, nie zwalaniem jeszcze wydzieloną jamy ustnej. Poprzez podbródek prowadzimy cięcie poprzeczne, nieco łukowate, wypukłością ku bródce zwrócone i przebiegające na 1 — 1½ palca powyżej fałdu pomiędzy podbródkiem a szyją. Na prawo i na lewo zachodzimy nożem ponad mięśnie mostko-obojezyko-sutkowe. Przecinamy tylko skórę i podpreparowujemy ją z jednej strony w górę aż poza krawędź żuchwy, z drugiej zaś ku dołowi aż po kość gnykową. Następnie częściowo nożem i nożyczkami, częściowo zaś na tępo podważamy śliniankę podżuchwową i na jej zewnętrznej krawędzi tętnicę szczękową zewnętrzną, którą niedaleko od miejsca wyjścia z tętnicy dogłowowej zewnętrznej podwiązujemy podwójnie i przecinamy. Ten akt wstępny powtarzamy i po drugiej stronie. Następnie, pociągając za wyważoną i uruchomioną śliniankę, wypreparowujemy ten gruczoł całkowicie [przecinając przewód jego, naciągnięty możliwie wysoko] a wraz z nim całą tętnicę podszczękową z gruczołami obok niej usadowionymi. Następnie nożem odpreparowujemy tkankę łączną, otaczającą mięśnie, zabierając naturalnie mięsień szeroki (*platysma myoides*) wraz z tkanką tłuszczową, zwykle ponad tym mięśniem się znajdującą. Zbliżamy się ku linii środkowej szyi, pozostawiając za sobą czysto wypreparowane mięśnie. W środku podbródka, ze szczeliny między mięśniami dwubrzuścowymi szyi a podbródko-gnykowymi, wyłaniają się zwykle same gruczoły rakowato zwyrodniałe, lub też łatwo wydostajemy je nożem i nożyczkami. W końcu przechodzimy na drugą stronę poza linię środkową i tę samą czynność powtarzamy tu, ale w porządku odwrotnym.

Tak w jednym kawale wydostajemy z dna jamy ustnej płat, złożony ze ślinianek podżuchwowych, gruczołów chłonnych i naczyń limfatycznych je łączących, mięśnia szerokiego szyi, tkanki łącznej i tłuszczowej. Gdy się potem spojrzy na preparat anatomiczny podbródka, demonstrujący przebieg mięśni i gdy prócz mięśni widzi się jeszcze tylko pętlicę nerwu podjęzykowego i obok niej przebiegającą żyłę językową, ma się to wrażenie, że ta część operacji została chyba doszczętnie wykonana.

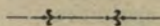
Dzięki wstępnemu podwiązaniu obu tętnic podszczękowych zewnętrznych, krwawienie znacznie mniejsze i nigdy tak gwałtowne, jak bez tego podwiązania; dzięki zaś usunięciu ślinianek podżuchwowych—nie koniecznych dla człowieka zdrowego, zbędnych dla dotkniętego rakiem,—dostęp swobodny i przegład pola operacyjnego doskonały.

Po opatrzeniu naczyń krwawiących i zaszyciu rany podbródkowej, przystępujemy dopiero do wycięcia nowotworu“.

[D. n.]

Pruszyński.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



79. Stiller. Enteroptoza i jej objaw żebrowy.

Autor już przed 6-iu laty pisał o żebrowym objawie, a w ostatnich czasach liczne spostrzeżenia coraz więcej przekonywają go o znaczeniu patognomicznem tego objawu.

Prawidłowo koniec chrząstkowy 10-go żebra łączy się z 9-em żebrzem i zlewa się z łukiem żebrowym, tak, że końca tego żebra wcale nie wyczuwamy.

W stanie patologicznym mamy większy lub mniejszy brak chrząstkowego końca żebra i z tego powodu połączenie pomiędzy 9-em a 10-em żebrzem bywa luźniejsze i zależnie od stopnia połączenia 10 e żebro bywa więcej lub mniej ruchomem. W lekkich stopniach zбочzenia wyczuwamy ostre chrząstkowe zakończenia tego żebra; przy daleko posuniętych stopniach wyczuwa się tępy jego koniec, przetrzeń pomiędzy 10-em a 9-em żebrzem bywa wtedy większą, żebro możemy palcem poruszać; w wyższym jeszcze stopniu omawianego zбочzenia 10 e żebro wyczuwa się na wzór 11-go i 12-go żebra, jako zupełnie swobodnie leżące z zakończeniem tępem; koniec żebra bywa wtedy pokryty cieniłą zaledwie warstwą chrząstkową. W najwyższym zaś stopniu zбочzenia i 9-c^ę żebro bywa ruchomem, a nawet w pewnych rzadkich przypadkach możemy skonstatować brak 12-go żebra.

To zбочce różnostopniowe ze strony chrząstkowego zakończenia 10-go żebra uważa autor za stygmat wrodzony często przytrafiającej się konstytucjonalnej sprawy chorobowej, która zdradza się następującymi cechami obarczonego nią osobnika: *habito paralytico*, słabo rozwiniętym układem kostnym i mięśniowym, długą klatką piersiową z obszernymi przestrzeniami międzyżebrowymi i mocno zaostrozonym kątem nadbrzusznym (*angulus epigastricus*), brakiem tkanki tłuszczowej, niedokrwistością, wzmocnionym odruchem kolanowym, drażliwością.

Z objawem żebrzym spotykamy się przy pewnej postaci neurastenii, która w ścisłym stoi związku z zaburzeniami d₁ speptycznymi, zapewne z powodu udziału w sprawie chorobowej nerwu sympatycznego trzewowego, — przy tej postaci neurastenii, która pod nazwą *dyspepsia nervosa* wywalczyła sobie w patologii pewne prawo obywatelstwa z czasów BEARD-ROCKWELL'a i LEBE'go.

Dalej bardzo liczne spestrzeżenia pouczają autora, że dyspepsja nerwowa spotyka się u ludzi z większą lub mniejszą enteroptozą i zbieg tych zjawisk bywa tak częsty, że dla autora dyspepsja nerwowa i enteroptoza są zjawiskami identycznymi.

Omawianą sprawę chorobową autor uważa za wrodzoną, czasami oddziedziczoną, konstytucjonalną *sui generis*.

Odnacza się ona ogólną atonią całego organizmu, zwłaszcza trzew brzuszych z astenią systemu nerwowego. Autor proponował nazwać sprawę tę: *asthenia universalis congenita*.

Nieomylnym znakiem omawianej sprawy będzie wykrycie ruchomego 10-go żebra.

Na mocy objawu żebrzego autor pozbawia większą część przypadków choroby REICHMANA (*hypersecretio acida*) ich samodzielnej klinicznej postaci i umieszcza je w ramach enteroptozy; choroba ta bowiem nieraz idzie w parze z enteroptozą.

Wykrycie objawu żebrzego u dziecka jest zapowiedzią przyszłej jego neurastenii, dyspesyi i enteroptozy.

Objaw ten u sobnika wieku podeszłego, gdy cierpienie podmiotowe, pomimo istnienia enteroptozy, jest już przytępione, odsłania nam przeszłość dyspeptyczno-neurasteniczną badanego osobnika.

W wielu przypadkach ze stopnia zбочzenia i ruchomości żebra można wnioskować o stopniu nerwowo-dyspeptycznych obciążeń i o stopniu enteroptozy.

Autor nie zgadza się ze zdaniem GLÉNARD'a i BLECHER'a, jakoby enteroptoza spowodowana była li tylko czynnikami urazowymi i jakoby wszelkie z tego powodu zaburzenia zależały od zmian anatomicznych, dowodem czego jakoby było usuwanie zaburzeń zapomocą odpowiednich zabiegów chirurgicznych.

Prócz jednej tylko postaci enteroptozy LANDAU'a, powstającej nieraz u wieloródek na drodze mechaniczno-urazowej, a charakteryzującej się obwisłym brzuchem, brakiem neurastenii i dobrym ogólnym stanem obciążonych nią kobiet, zdaniem STILLER'a wszystkie inne postaci są wrodzone, astenicznego pochodzenia.

Spostrzeżenia kliniczne pouczają nas, że najczęściej niema równoległości pomiędzy stopniem przemieszczenia trzew a zaburzeniami nerwowo-dyspeptycznymi. Charakterystycznym właśnie w tem cierpieniu jest to, że przy stałej enteroptozie, raz chory czuje się lepiej, drugi raz gorzej, zależnie od różnych okoliczności, dodatnio lub ujemnie wpływających na jego układ nerwowy.

Zabiegi chirurgiczne, którym BLECHER przypisuje tak wielkie znaczenie przy leczeniu enteroptozy, wprawdzie usuwają zaburzenia, wynikiłe z powodu silnego przemieszczenia trzew (*hydronephrosis*), lecz wcale nie wpływają na polepszenie stanu ogólnego. Tylko takie zabiegi lecznicze, jak hydro-klimato-terapia, sporty, gimnastyka, skierowane przeciwko neurastenii, która jest *primum movens* sprawy chorobowej, wpływają dodatnio na tego rodzaju chorych.

Nie wytrzymuje też krytyki identyfikacja enteroptozy z przepukliną przewlekłą, jak to czyni BLECHER na mocy faktu, jakoby zaburzenia przy enteroptozie i przepuklinie z czasem znikaly, *eo ipso* jakoby zaburzenia, od jednej i drugiej sprawy powstałe, zależaly od zmian anatomicznych.

Zdaniem autora referowanego artykułu, żadnego niema porównania pomiędzy ptozą a przepukliną. Jak wiadomo, polepszenie stanu podmiotowego u cierpiących na enteroptozę zależy od przytępienia objawów neurastenicznych [neurastenia, jak wogóle wszelka czynnościowa neuroza, z czasem traci swój ostry charakter], gdy stan cierpiących na przepuklinę przewlekłą polepsza się skutkiem rozszerzania się wrót przepuklinowych, z czem spotykamy się nieraz już w wieku dziecięcym; z drugiej strony rozszerzanie się wrót przepuklinowych w wieku starszym prowadzi nieraz do ewentracji, co wcale nie wpływa na zmniejszenie zaburzeń.

Nie można się zgodzić z poglądami BLECHER'a i TENDLER'a, jakoby opisany brak ze strony chrząstkowego zakończenia 10-go żebra, oraz zdarzający się brak 12-go żebra były zjawiskami ewolucyjnymi, a zatem fizyologicznem. Jeżeli bowiem pewne wrodzone anatomiczne zboczenie [w danym razie brak chrząstki żebrowej] zawsze idzie w parze z pewną określoną postacią chorobową [enteroptozą], to *volens nolens* musimy przyjąć to za zjawisko patologiczne.

Kończąc pracę swą, autor jeszcze raz podnosi znaczenie stygmatu żebrowego. Ważnym on jest dla specjalisty chorób żołądkowych, pozwala mu bowiem odróżniać dyspepsyę organiczną od czynnościowej, wrodzoną od nabytej; często wykrywa mu anomalię wydzielniczą nadkwaśności. Dla neuropatologa 10-te ruchome żebro jest stygmatem wrodzonej neurastenii dyspeptycznej.

Ginekologowi stygmat ten pozwala odróżniać mechaniczną ptozę z brzuchem obwisłym od wrodzonej neurasteniczno-dyspeptycznej, poucza go, że przemieszczenia macicy najczęściej są objawem ogólnej atonii organizmu.

Dla pedyatry stygmat ten jest zapobiegawczem *memento*, że przyszlemu neurastenikowi należy zawczasu wzmacniać układ nerwowy, aby mu zapewnić lepszą przyszłość, niż mu macocha natura przeznaczyła.

(*Deutsche medic. Wochenschrift*. 1902. Nr. 21. 22.

Puterman.

Wiadomości bieżące.

- Na następcę po VIRCHOW'ie powołano prof. ORTH'a z Getyngi.
- Sejm bawarski zdecydował utworzenie katedry homeopatyi przy uniwersytecie w Würzburgu.
- W Paryżu otwarto Instytut dla medycyny kolonialnej, w którym odbywać się będą wykłady teoretyczne i demonstracye laboratoryjne, a kliniczne nauczanie w szpitalu w Auteuil. Wykładać będą: CHANTEMESSE bakteryologię i technikę hematologiczną, BLANCHARD parazytologię, LE DENTU chirurgię, zastosowaną do potrzeb podzwrotnikowych, LAPERSONNE oftalmologię podzwrotnikową, WURTZ takąż patologię i higienę, JEANSELINE dermatologię. Dyrektorem instytutu jest prof. BROUARDEL.
- Profesorem kliniki chorób skórnych po NEUMANN'ie w Wiedniu, który przeszedł do emerytury, został MRAČEK.
- W Fovières [departament Meurthe et Mosel] na domu, w którym urodził się dr LIÉBAULT, twórca psychoterapii, szef t. zw. szkoły Nancy, wmurowano tablicę pamiątkową dla uczczenia żyjącego jeszcze 79-letniego starca.
- **Zmarli:** HASSE b. prof. w Getyndze, autor jednego z najstarszych podręczników neuropatologii; STOKVIS prof. w Amsterdamie; MEYER znany okulista w Paryżu.

O G Ł O S Z E N I A.

— 3 —

Komitet zarządzający Kasą Pomocy dla osób pracujących na polu naukowym, imienia J. MIANOWSKIEGO, podaje do wiadomości, że z zapisu JAKÓBA NATANSONA przyznane zostaną w r. 1905 dwie nagrody pieniężne.

Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych, [matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi], ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach: 1901, 1902, 1903, 1904; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych lub tym podobnych. Zgodnie z ustawą Kasy Pomocy i stosownie do zastrzeżeń, uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym. Komitet zarządzający Kasą własnem staraniem usiłował zebrać, dla poddania ocenie, prace, ogłoszone drukiem w wymienionym okresie; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu lub na ręce jednego z członków Komitetu.

Prezes Komitetu, *H. Struwe.*

Członek Komitetu, Sekretarz, *Feliks Kucharzewski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych ma honor zaprosić WP. na ogólne posiedzenie wszystkich Członków tejże Kasy, odbyć się mające we Wtorek, dnia 14-go października 1902 roku, o godzinie 8-ej wieczorem, w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ulica Niecała Nr. 7]. Na zebraniu tem komitet, w myśl § 13 ustawy, złoży Członkom Kasy Wsparcia publiczne zdanie sprawy ze swych czynności za r. 1901,

Egzemplarz sprawozdania i lista członków załączają się.

Zarządzający Kasą Wsparcia, *Dr M. Jakowski.*

Wydawca, *Dr Jan Pruszyński.*

Redaktor odpowiedzialny, *Dr Wł. Gajkiewicz.*